

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. П. ГУБАРЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

А. Я. КРАССОВСКАГО,

АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВСНО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.

А. М. МАКѢЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ КИЕВѢ.

В. Ф. СНЕГИРЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,

БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСЪДАТЕЛЯ
К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,

ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

и

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИН-
СКОМЪ РОДОВСМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѣ.

ТОМЪ XI.

СЕНТЯБРЬ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

С.-Петербургская Губернская Типографія, улица Глинка, № 8.

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологического Общества въ С.-Петербургѣ,
годъ одиннадцатый.

СЕНТЯБРЬ 1897, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Оперативное лѣченіе раковоперерожденной матки.

Проф. А. П. Губарева (въ Москвѣ).

Je déclare donc d'une manière générale que l'opération (du cancer) doit
 tre pratiqué toute les fois que les
dernières racines de la maladie paun
ent être extirpées sans occasionner
une perte de substance peu considérable, et querien n'en démontre l'exis-
tence dans les autres organes".
Velpau Leçons orales P. 1841 t. II
pag. 164.

Оперативное лѣченіе всякаго злокачественнаго новообразованія можетъ имѣть смыслъ только тогда, когда принятаво вниманіе возможность рецидивовъ и сдѣлано все, что можетъ быть достигнуто искусствомъ для ихъ устраниенія, или предупрежденія. Это есть принципъ, который современная хирургія настойчиво примѣняетъ при выработкѣ оперативныхъ методовъ для удаленія новообразованій безразлично въ какой бы области оно ни развилось. Наибольшей разработкѣ въ этомъ направлениі подверглась въ послѣднее время операція при ракѣ грудной железы. Въ настоящее время уже не можетъ быть рѣчи объ удаленіи, помимо новообразованія, только увеличенныхъ и инфильтрированныхъ или подозрительныхъ железъ, недостаточно даже удаленія и здоровыхъ железъ: въ томъ видѣ въ какомъ детали этой операціи разработаны

проф. Kocher'омъ *), Watson Cheyne **) и другими, удаление всей клѣтчатки подмыщечной впадины и въ окружности *musculi pectoralis majoris*, есть условіе, необходимость коего едва-ли можетъ быть обсуждаема. Словомъ удаление тѣхъ тканей, въ которыхъ легче и чаще всего развиваются рецидивы есть правило, усвоенное современной хирургіей. Совершенно случайными и мало понятными поэтому представляются принципы, которыми руководится современная гинекологія при оперативномъ лѣченіи рака матки: во многихъ случаяхъ удаляются вовсе не тѣ ткани, которая наиболѣе опасны въ смыслѣ рецидива, а именно тѣ, въ которыхъ рецидивы появляются только какъ рѣдкость, или исключеніе и которая долѣе другихъ ему противостоятъ.

Въ самомъ дѣлѣ при наиболѣе частой формѣ ракового заболѣванія матки, при ракѣ ея шейки, удаление всей матки есть правило, котораго придерживаются всѣ; удаляютъ при этомъ тѣло и дно т. е. ткани совершенно здоровыя и мало, или почти вовсе неблагопріятныя для распространенія новообразованія, а оставляютъ клѣтчатку и лимфатические пути широкихъ связокъ т. е. именно ту ткань, въ которой легче всего развивается и распространяется новообразованіе.

Удаление клѣтчатки основанія широкихъ связокъ при операцияхъ *per vaginam* есть дѣло чрезвычайной технической трудности и едвали вообще выполнимое даже при боковыхъ разрѣзахъ черезъ своды и стѣнки влагалища по способу Schuchardt'a, да и не видно, чтобы кто либо примѣнялъ этотъ методъ какъ непремѣнное условіе, сопровождающее всякую экстирпацию раковой матки черезъ влагалище. Обыкновенно, какъ правило, считается необходимымъ удалить всю матку даже если поражена ракомъ только ея шейка, а по удаленіи матки если нужно, то изсѣкаютъ еще и придатки т. е. трубы и яичники. Проходя во время влагалищной экстирпации матки черезъ основаніе широкихъ связокъ, всякий операторъ, по необходимости, старается держаться какъ можно ближе къ боковой поверхности удаляемаго органа, потомучто въ против-

*) Kocher.—Chirurgische Operationslehre Jena 1894, pag. 123.

**) Watson Cheyne.—Lettsomian lectures on the object and limits of operations for cancer Br. Med. Jour. 1896, Febr. 15.

номъ случаѣ, или лигатуры могутъ соскальзнуть, или можно завязать мочеточникъ, т. е. это приходится дѣлать вслѣдствіе необходимости избѣгать осложненій, зависящихъ отъ топографическихъ особенностей поля операциі; и конечно никто при этомъ всей клѣтчатки широкихъ связокъ не удаляетъ и не пытается удалить; самое большее, что еще удается иногда въ этомъ моментѣ операциі, это вылущеніе одной или нѣсколькихъ инфильтрированныхъ железъ. По удаленіи самой матки правда не трудно удалить и значительную часть широкихъ связокъ, но самую клѣтчатку основанія этихъ связокъ при этомъ отдѣлить отъ верхней поверхности *musculi levatoris ani*, или отъ внутренней поверхности *musculi obturatoris interni* дѣло чрезвычайно трудное, опасное и едвали отчетливо выполнимое. Работать при этомъ приходится въ глубинѣ, поле операциі сдѣлать вполнѣ доступнымъ очень трудно, а иногда и вовсе не возможно, да и самая ткань, клѣтчатка, стягивается и ускользаетъ отъ пинцета; наконецъ обходить при этомъ вены малаго таза чрезвычайно затруднительно. Намъ лично провести отчетливо этотъ моментъ операциі не удавалось ни разу.

Уже изъ этихъ замѣчаній ясно, что влагалищная экстирпация матки, при ракѣ ея, далеко не удовлетворяетъ условіямъ, которыя ставятся современной хирургіей для лѣченія злокачественныхъ новообразованій. Въ томъ видѣ, какъ въ настоящее время дѣлается эта операциі, ея результаты должны мало чѣмъ отличаться отъ того, что достигается высокой ампутацией шейки.

Единственный случай, когда влагалищная экстирпација раково-перерожденной матки является, повидимому, дѣйствительно вполнѣ удовлетворяющей своей цѣли это первичный ракъ тѣла и дна этого органа, т. е. случай довольно рѣдкій.

Во всякомъ случаѣ, имѣющіяся въ настоящее время данные о развитіи и теченіи рака матки могутъ намъ дать многія точки отправленія, дабы приблизиться къ разрѣшенію затронутыхъ нами вопросовъ.

Для этого намъ придется прежде всего разсмотрѣть пути, по которымъ распространяется раковое новообразованіе, имѣющее своей исходной точкой ткань матки, а также и способы, которыми возможно достигнуть дѣйствительнаго удаленія всего

того, что способствуеть этому распространенію т. е. разрѣшеніемъ вопроса возможно ли свести оперативное лѣченіе рака матки къ тому, къ чему сведено лѣченіе рака грудной железы современной разработкой этой операциіи и если возможно, то какъ этого можно достигнуть.

Извѣстно, что злокачественные новообразованія: раки, саркомы разростаясь захватываютъ сосѣднія ткани и органы, но не всѣ ткани относятся къ этому процессу одинаково. Такъ ткани, обильныя рыхлой клѣтчаткой и сосудами болѣе благопріятны для распространенія новообразованія *per continuatatem*. Апоневрозы и сухожилія напротивъ оказываются болѣе стойкими, тоже относятся и къ мышцамъ, и къ костямъ. Направленіе лимфы въ лимфатическихъ сосудахъ и пространствахъ, по которымъ новообразованія распространяются всего легче имѣть въ этомъ отношеніи существенное значеніе.

Что лимфатические пути поражаются очень рано, это фактъ давно извѣстный. Анатомы давно пользуются изученіемъ распространенія новообразованій по группамъ лимфатическихъ железъ, чтобы провѣрять расположение лимфатическихъ сосудовъ, найденное помошью другихъ методовъ изслѣдованія, и чтобы определить куда именно направляется та или другая группа лимфатическихъ сосудовъ и тѣмъ намѣтить путь для дальнѣйшихъ опытовъ съ инъекціями.

Благодаря изслѣдованімъ *Sappey* и его ученика *Poirrier* наши свѣдѣнія о расположениіи лимфатическихъ сосудовъ матки и ея придатковъ обогатились многими цѣнными подробностями, которая даютъ право на многіе интересные выводы и сообщенія по интересующимъ насъ вопросамъ. Въ прошломъ году *Russell* *) пытался воспользоваться ими при оцѣнкѣ оперативныхъ методовъ лѣченія рака матки, но всетаки до сихъ поръ гинекологи еще не воспользовались многими слѣдствіями, вытекающими изъ изслѣдованій лимфатической системы Парижской анатомической школой.

Такъ какъ раковое новообразованіе имѣть источникомъ отправленія: 1, слизистую оболочку полости матки (рѣдко);

*) W. W. Russell. The operative significance of metastases and post-operative recurrences in carcinoma of the uterus. The Am. Jour. of Obst. Dec. 1896 pag. 851.

2, шейного канала (чаще) и 3, границы шейного канала съ влагалищной частью (очень часто), то понятно, что вопросъ о лимфатическихъ путяхъ и сосудахъ—этихъ классическихъ, для развитія рака, областей долженъ представлять существен-ный интересъ при разсмотрѣніи затронутыхъ нами вопросовъ.

Изслѣдованія *Sappey* и *Poirrier* показали, что лимфатиче-скіе сосуды слизистой влагалищной части и шейного канала (т. е. тѣхъ мѣсть, где ракъ развивается всего чаще) вли-ваются въ железы, расположенные въ толщѣ клѣтчатки осно-ванія широкихъ связокъ на высотѣ боковыхъ сводовъ влагалища т. е. собственно по сосѣдству и немнога ниже распо-ложенія петли *arteriae uterinae*. Главный трактъ лимфатиче-скихъ сосудовъ помѣщается здѣсь какъ разъ на тазовомъ днѣ и заложенъ въ клѣтчаткѣ, находящейся на верхней поверх-ности тазовой фасціи (*fascia pelvæa*), покрывающей верхнюю поверхность *musculi levatoris ani*. Сосуды эти направляются также какъ и кровеносные сосуды (*art. uterina* и ея вены) прямо кнаружи къ стѣнкѣ малаго таза и тамъ соединяются съ лимфатическими сосудами и железами, расположенными вдоль большихъ кровеносныхъ сосудовъ таза, но по преиму-ществу кпереди отъ дѣленія большихъ сосудовъ (*art. et ven. iliac. comm.*) и далѣе кверху съ лимфатическими железами, расположеннымми вдоль позвоночника (люмбарныя железы). Суще-ствуетъ ли связь между лимфатическими сосудами широкой связки съ железами паховой области черезъ лимфатические сосуды сопровождающіе *vasa obturatoria* какъ это думалъ *A. Guerin* и можетъ ли лимфатический токъ занести каки-либо болѣзнетворные продукты кпереди, къ задней поверхности *osris pubis* (*adenophlegmox juxta –pubien. Guerin*)—вопросъ не рѣшенный, хотя теоретически вполнѣ допустимый и понят-ный: если здѣсь возможны анастомозы кровеносныхъ сосу-довъ, то почему-бы не анастомозировать и, сопровождающимъ кровеносные сосуды, лимфатическимъ сосудамъ.

Во всякомъ случаѣ характернымъ для расположенія лим-фатическихъ путей влагалищной части и слизистой шейного канала, является группа лимфатическихъ сосудовъ въ самой глубинѣ основанія широкой связки и два препятствія: 1, группа жеlezъ (одна, или нѣсколько, а иногда и ни одной) по со-

съдству съ сводами влагалища и 2, другая группа железъ на боковой стѣнкѣ таза. Эта особенность расположения лимфатическихъ путей выражается клинически тѣмъ, что все что попадаетъ черезъ раны слизистой въ сказанныхъ областяхъ, задерживается въ толщѣ широкой связки и вызываетъ воспаленіе, инфильтрацію, нагноеніе и т. п. въ ея основаніи,—т. е. то что извѣстно подъ именемъ *parametritis*. Раковая инфильтрація тоже прежде всего поражаетъ именно эти пути и находя здѣсь благопріятныя условія для своего питанія легко и быстро разростается. Кверху на мышечную ткань раковое новообразованіе распространяется весьма медленно потому что, какъ уже было упомянуто, сама мышечная ткань мало благопріятна для такого распространенія и потому, что въ ней нѣть лимфатическихъ путей, которые шли бы въ этомъ направлѣніи (кверху—по направлѣнію къ тѣлу и дну). Отсюда слѣдствіе простое: новообразованіе выполняетъ основаніе широкихъ связокъ, разростается по клѣтчаткѣ къ пузырю, къ прямой кишкѣ (органамъ богатымъ лимфатическими сосудами) и можетъ выполнять весь малый тазъ, можетъ подняться вверхъ по лимфатическимъ сосудамъ лумбарной области, проникнуть въ венозную систему и убить больную, произведя метастазы въ важныхъ для жизни органахъ, а на вскрытии тѣло и дно матки могутъ оказаться совершенно здоровыми. Интереснымъ представляется и то обстоятельство, что метастазы въ придаткахъ матки: трубахъ, яичникахъ—являются не ранѣе, чѣмъ въ печени въ легкихъ, въ мозгу т. е. заносятся путемъ кровеносныхъ, а не лимфатическихъ сосудовъ и лимфатические сосуды, сопровождающіе *art. ovaricam*, а также и тѣ, которые расположены между листками *meso-salpinx* могутъ быть вовсе не заинтересованы также, какъ и находящіеся въ почечной области железы куда они изливаются.

Какъ относятся лимфатические пути и сосуды къ слизистой оболочкѣ тѣла и дна матки выше ея внутренняго отверстія, т. е. тамъ, где встрѣчается другая форма ракового перерожденія матки—*cancer corporis et fundi uteri*,—это вопросъ который инъекціями еще окончательно не разрѣшенъ. Человѣческая матка представляетъ объектъ чрезвычайно неудобный для изслѣдованія этимъ путемъ. Все что добыто до сихъ

поръ инъекціями показываетъ, что здѣсь можно получить тончайшую сѣть лимфатическихъ сосудовъ, расположенную между железами слизистой матки. Сообщается ли эта сѣть съ лимфатическими сосудами дна, передней и боковой поверхности матки т. е. съ сосудами расположеннымими въ широкой связкѣ около верхняго ея края и изливающимися въ железы, находящіяся противъ *synchondrosis sacro—iliaca* и далѣе въ ломбарные железы—доказать нельзя. У нѣкоторыхъ животныхъ напр. у овцы и у коровы лимфатическая сѣть слизистой матки представляется чрезвычайно обильной. L. Tait *) и главнымъ образомъ Johnston (изъ Kentucky) **) пытались объяснить менструальное кровотеченіе у женщины особенностью лимфатической системы слизистой оболочки матки, ея несостоительностью и предположили что съ кровотечениемъ удаляется у женщины то, что не можетъ быть удалено лимфатическими сосудами слизистой матки, которыхъ у женщинъ очень мало, и что съ успѣхомъ удаляется лимфатическою сѣтью овцы и коровы. Правда клиническія наблюденія показываютъ, что полость матки можетъ всасывать жидкости, напр. уменьшеніе количества околоплодной жидкости въ случаѣ смерти плода, поступление заразныхъ началъ при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ и т. п.; но появленіе мѣстныхъ ограниченныхъ процессовъ въ области лимфатическихъ железъ, въ которыхъ изливаются лимфатические сосуды тѣла и дна матки не извѣстно совершенно: мы не встрѣчаемъ ни воспаленій, ни нагноеній въ области ломбарныхъ железъ, какъ слѣдствіе зараженія, проникшаго изъ слизистой оболочки полости матки. Тоже самое относится и къ раковой инфильтраціи. Иногда поражаются железы въ толще основанія широкой связки—слѣдовательно раковая инфильтрація идетъ въ этихъ случаяхъ по тѣмъ же путямъ, какъ при ракѣ шейки, а железы ломбарные все-таки остаются нетронутыми и обыкновенно проходитъ долгое время прежде, чѣмъ новообразованіе до нихъ достигнетъ. Значительная часть маточной стѣнки успѣетъ уже разрушиться и только тогда, когда новообразованіе приблизится къ серозному пок-

*) L. Tait. Diseases of women and abdominal surgery Leichester 1889
page 331.

**) ibid.

рову матки, быстро наступает поражение лимбарныхъ железъ (предполагая, конечно, что онъ еще не заразились черезъ лимфатические сосуды основанія широкой связки и боковой поверхности таза).

Что лимфатическая система слизистой оболочки матки очень несовершена и легко дѣлается несостоятельной, это видно изъ того, что при *endometritis septica post partum* главная масса заразного начала поступаетъ повидимому, прямо, въ кровь (въ вены), вызывая сразу общія явленія, чего не могло бы быть (въ такой рѣзкой формѣ) еслибы оно было профильтровано черезъ систему лимфатическую. Приходится думать, что лимфатическая система слизистой оболочки при этомъ закупоривается вслѣдствіе воспалительного состоянія окружающихъ тканей и заразныя начала или вытекаютъ вмѣстѣ съ отдѣленіями наружу подобно менструальной крови, или оставаясь въ полости матки проталкиваются вслѣдствіе ея сокращеній въ зіяющія отверстія венъ и, поступая прямо въ кровь, заражаютъ весь организмъ. Въ случаѣ ракового заболѣванія слизистой матки могутъ имѣть мѣсто два случая: или, 1, какъ уже сказано выше, раковая инфильтрація распространяется по тѣмъ же лимфатическимъ путямъ, какъ при ракѣ шейки, но это можетъ быть только тогда, когда поражена слизистая около шейнаго канала и когда еще не разрушены лимфатические пути т. е. въ самомъ началѣ заболѣванія; или 2, если ракъ поражается слизистая дна, а лимфатические сосуды уже разрушены канкрознымъ перерожденіемъ, то новообразованіе останется мѣстнымъ и будетъ захватывать и разрушать маточную ткань до тѣхъ поръ пока оно не подойдетъ къ лимфатическимъ сосудамъ серозной поверхности матки т. е. когда оно разрушить большую часть мышечной ткани этого органа. Въ этомъ случаѣ, какъ уже сказано раковая инфильтрація можетъ уже поразить лимбарные железы, а основаніе широкихъ связокъ остается здоровымъ.

Эта форма, первичный ракъ тѣла и дна матки есть единственный случай, гдѣ влагалищная экстирпација матки можетъ имѣть право на название радикальной операции, но для этого необходимо два условія: 1, чтобы широкія связки были совершенно здоровы (не было инфильтраціи) условіе, которое

можетъ быть выяснено двойнымъ изслѣдованіемъ и 2, чтобы железы лумбарныя и ихъ лимфатическіе пути были совершенно нетронуты, по счастію послѣднее условіе исчезаетъ обыкновенно послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго существованія заболѣванія и можетъ слѣдовательно быть исключено съ значительною вѣроятностью.

Въ случаихъ сомнительныхъ, конечно, вопросъ этотъ можетъ быть выясненъ только путемъ пробнаго чревосѣченія. Если экстирпациія матки будетъ сдѣлана при только что приведенныхыхъ условіяхъ и если кромѣ того будутъ удалены придатки матки, а вмѣстѣ съ ними слѣдовательно и лимфатическіе пути, идущіе отъ тѣла и дна матки, то это будетъ операциія столь же радикальная, какъ операція рака грудной железы, въ современномъ намъ пониманіи этой операціи. Къ сожалѣнію случаи первичнаго рака тѣла и дна матки т. е. именно тѣ формы, при которыхъ влагалищная экстирпациія является дѣйствительно радикальной операціей, рѣдки и большая часть влагалищныхъ экстирпаций раковой матки совершаются при такой болѣзненной формѣ, коей теченіе исключаетъ, какъ уже было сказано, всякое предположеніе о радикальности такого лѣченія. Неудивительно поэтому что статистики *Hofmeier*'а, *Schroeder-Winter*'а не могли выяснить окончательно вопроса о рецидивахъ послѣ экстирпациіи и послѣ высокой ампутації маточной шейки: и та, и другая операція все таки имѣютъ за себя случаи, гдѣ больныя жили 12, 16 и даже 17 лѣтъ, какъ въ случаѣ *Byrne* (высокая ампутація гальванокаустической петлей *).

Мало того, наблюденія показываютъ, что удаленіе всей матки, когда поражена одна шейка, нерѣдко сопровождается чрезвычайно быстротечнымъ и злокачественнымъ теченіемъ. Фактъ этотъ давно и рельефно отмѣченъ Проф. *Снегиревымъ* **), а что новообразованіе имѣетъ наклонность распространяться по бокамъ, инфильтрируя своды и не поднимаясь кверху выше внутренняго отверстія, было описано еще *Cruveilhier*. При удаленіи матки какъ бы устраняется какое то препятствіе,

*) *Byrne*.—A digest 20 years experience in the treatment of uterine cancer. Amer. Journ. of obst 1889. t. xxij pag. 1052.

**) *B. Снегиревъ*.—Маточная кровотеченія изд. 1-е Москва 1884.

удерживавшее распространеніе новообразованія выше внутренняго отверстія.

Приведеннымъ выше расположениемъ лимфатическихъ путей не трудно объяснить это явленіе. Въ самомъ дѣлѣ послѣ перерѣзки широкихъ связокъ открываются сосуды верхняго отдѣла этихъ связокъ и даются условія для пораженія железъ расположенныхъ на *linea innominata* и, лежащихъ выше, лумбарныхъ железъ.

Выше уже было сказано, что при влагалищномъ удаленіи матки удаленіе всей клѣтчатки основанія широкой связки представляется въ высокой степени затруднительнымъ и едвали даже когда нибудь выполнимымъ. Совершенно тоже можно сказать объ условіяхъ удаленія этой клѣтчатки при высокой ампутації, хотя здѣсь быть можетъ, пользуясь разрѣзомъ *Schuchardt'a*, и возможно что нибудь выработать. По условіямъ техническимъ и топографическимъ обѣ эти операциі: и влагалищная экстирпациія, и высокая ампутація шейки имѣютъ много общаго и въ смыслѣ радикальности мало отличаются другъ отъ друга. Другими словами непонятно какимъ образомъ удаленіе тѣла и дна матки могло бы уменьшить шансы на рецидивъ при ракѣ шейки.

Если отнести рационально къ этому вопросу, то слѣдуетъ прежде всего воспользоваться тѣмъ, что известно о расположении лимфатическихъ путей и сосудовъ, а также и о направленій, въ которомъ по нимъ протекаетъ лимфа и попытаться выработать такой методъ, при которомъ можно было бы дѣйствительно удалить всѣ тѣ ткани, которыя наиболѣе благопріятны для послѣдующаго развитія рецидива.

Здѣсь приходится коснуться принципіального вопроса столь часто и столь горячо обсуждавшагося въ послѣднее время, вопроса о томъ, слѣдуетъ ли отдавать предпочтеніе влагалищному методу, или слѣдуетъ отдавать предпочтеніе чревосѣченію *).

Надѣлавшая въ свое время такъ много шума operaція *Freund'a* даже съ тѣми разъясненіями, которыя сдѣланы недавно относительно метода Страсбургскаго профессора его аssi-

*) См. мою статью въ этомъ журналь 1897 Т. IX. Оперативное лѣченіе фиброму матки.

стентомъ д-ромъ *Funke* *) не удовлетворяла и не удовлетворяетъ тѣмъ условіямъ, которыя могли бы гарантировать отъ послѣдующаго рецидива, потому что она не даетъ возможности удалять клѣтчатку основанія широкихъ связокъ, а удаленіе ихъ верхушки отъ рецидива не обеспечивается. Неудивительно поэтому что влагалищный методъ, какъ болѣе простой и болѣе удобный для послѣдующаго лѣченія получилъ всеобщее распространеніе и лишь въ исключительныхъ случаяхъ и немногіе хирурги рѣшаются оперировать *per laparotomiam* такія формы заболѣванія, которыя удалить черезъ влагалище уже нельзя, т. е. все таки преслѣдуютъ радикальность удаленія уже пораженныхъ тканей, а не тѣхъ, которыя служатъ почвой для рецидива.

Единственный случай, гдѣ можно разсчитывать на относительно прочный результатъ послѣ операциіи *per vaginam* при ракѣ шейки матки это тогда, когда ракъ развивается изъ полости самаго шейнаго канала, такъ называемый *cancer canalis cervicalis*, справедливо выдѣляемый въ отдѣльную группу при клинической классификациі. Условія, при которыхъ разростается, при этой формѣ, новообразованіе напоминаютъ до нѣкоторой степени то, что мы видѣли при ракѣ тѣла и дна (полости матки): новообразованіе имѣетъ наклонность разростаться въ полости, давать грибовидную форму; но самую шейку оно поражаетъ медленно, потому что мышечная ткань противостоитъ нѣкоторое время распространенію новообразованія *per continuatatem*. Отсюда довольно позднее пораженіе лимфатическихъ путей и сосудовъ и сравнительно благопріятное предсказаніе. Въ этихъ случаяхъ, быть можетъ, наиболѣе умѣстной должна бы быть ампутація шейки, потому что новообразованіе имѣетъ мало наклонности проростать внизъ на слизистую сводовъ влагалища, довольно поздно поражаетъ параперикальную клѣтчатку, и вовсе не имѣетъ наклонности поражать тѣло и дно матки. Если удастся удалить всю пораженную ткань помошью ампутаціи то можетъ получиться случай, подобный случаю *Burgne*, гдѣ даже черезъ 17 лѣтъ не было рецидива.

*) *Funke*.—Zur totalen Uterus-extirpation per Laparotomiam Z. f. G. u. G. 1897 B. XXXVj H. I.

Другое дѣло если ракъ поражаетъ влагалищную часть и еще хуже если онъ имѣть наклонность переходить на слизистую сводовъ и влагалища. Обильные лимфатические пути обеспечиваютъ скорое пораженіе параперикальной клѣтчатки, а клиническія наблюденія показываютъ, что здѣсь рецидивы въ рубцѣ есть дѣло весьма обычное. Не помогаетъ и вырываніе помошью термокаутера, потому что съ этимъ инструментомъ надо быть еще много осторожнѣе, чѣмъ съ ножемъ, работая въ клѣтчаткѣ, а удалить помошью его такое же количество тканей едвали возможно.

Вліяніе тепла, поджаривание тканей правда закрываетъ лимфатические пути и предупреждаетъ непосредственное зараженіе лимфатическихъ сосудовъ, но подвергшаяся вліянію тепла клѣтчатка утрачиваетъ эластичность и тогда нѣть ничего легче, какъ прижечь мочеточникъ, или иной сосѣдній органъ.

Въ случаѣ рака влагалищной порціи, въ особенности если онъ рано поражаетъ своды, ни одна изъ влагалищныхъ операций не даетъ возможности удалить всю клѣтчатку и всѣ ткани, которые могутъ послужить субстратомъ для рецидива.

Остается подумать объ операциіи абдоминальной, *per laparotomiam*. Только эта операция можетъ при современномъ положеніи дѣла дать необходимый доступъ ко всѣмъ тканямъ, которые слѣдуетъ удалить. Только *laparotomia* можетъ решить окончательно вопросъ о пораженіи лумбальныхъ железъ и тѣмъ исключить надобность въ радикальномъ оперативномъ вмѣшательствѣ. Только чревосѣченіе можетъ доказать съ несомнѣнностью, что лимфатические железы на боковой поверхности таза уже поражены и что слѣдовательно и идущіе къ нимъ лимфатические сосуды тоже поражены. Никакое комбинированное изслѣдованіе не можетъ дать этого указанія, потому что прощупать измѣненія въ лимфатическихъ сосудахъ невозможно вовсе и о нихъ можно судить только или по микроскопической картинѣ, или по логическимъ признакамъ, которые добыть иначе какъ помошью лапаротоміи иногда тоже нельзя вовсе. Въ самомъ дѣлѣ параперикальные железы могутъ не прощупываться вовсе, потому что онѣ отсутствуютъ, или вслѣдствіе аномалии помѣщаются кнаружи на боковой

стѣнкѣ таза вмѣстѣ съ второй группой лимфатическихъ же-
лезъ, или отъ иныхъ подобныхъ причинъ.

Правда непосредственный исходъ послѣ влагалищной опе-
раціи, пока лучше, чѣмъ послѣ абдоминальной, но операцией
будущаго надо, конечно, считать операцию чревосѣченія, потому
что она можетъ дѣйствительно дать то же, или почти то же,
при операции рака матки, что требуется современной хирур-
гіей при оперированіи рака грудной железы, или другихъ
областей.

Втеченіе двухъ послѣднихъ семестровъ я могъ убѣдиться
на трехъ случаяхъ рака шейки матки, что послѣ предвари-
тельной перевязки *arteriae uterinae* по способу Айтухова
Снегирева, не трудно (помощью чревосѣченія, при Тренделен-
бурговскомъ положеніи) отыскать мочеточникъ и отдѣлить
осторожной препаровкой значительную часть той клѣтчатки,
которая окружаетъ этотъ протокъ, а также и той, которая
лежитъ въ основаніи широкой связки и кнаружи касается вну-
тренней поверхности *musculi obturatoris interni*. Благопріятное
теченіе этихъ случаевъ, (не отличавшихся ничѣмъ отъ теченія
послѣ влагалищной экстирпациіи) конечно не даетъ намъ право
дѣлать какія либо заключенія о преимуществахъ экстирпациіи
раковой матки *per laparotomiam*: для этого и времени и наб-
людений еще слишкомъ мало. Но пытаться примѣнять прин-
ципы, вытекающіе изъ топографическихъ особенностей, въ кото-
рыхъ приходится оперировать и наши свѣденія о законахъ и
послѣдовательности распространенія новообразованія, есть, ко-
нечно, одна изъ первыхъ нашихъ обязанностей. Быть можетъ
ближайшее изученіе патологіи покажетъ, что нѣкоторыя формы
рака совершенно невозможно оперировать радикально, а слѣ-
дуетъ лѣчить только паліативно,—это конечно вопросъ, кото-
рый решить будущее; но что многія формы рака шейки нельзя
оперировать радикально черезъ влагалище—это мы можемъ
утверждать и теперь.

II.

Задняя кольпотомія (colpotomia posterior) при воспаленіяхъ придатковъ матки и новообразованіяхъ въ нихъ.

Прив.-доцента И. В. М. ЛЬВОВА.

(ТРЕТЬЕ КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ).

Въ 1892 году, во «Врачѣ», я напечаталъ первую свою статью—удаленіе придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ влагалище. Въ этой статьѣ я на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій рекомендовалъ для нѣкоторыхъ случаевъ новый оперативный способъ для удаленія большихъ придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ. Эта статья моя вызвала только одну критическую замѣтку д-ра Типякова въ томъ же «Врачѣ» въ которой онъ высказывался противъ этой операциіи. На эту статью я отвѣтилъ второй статьей тоже во Врачѣ за тотъ же 1892 годъ, въ которой новыми клиническими наблюденіями доказывалъ умѣстность и превосходство этой операциіи предъ чревосѣченіемъ въ извѣстныхъ случаяхъ. Затѣмъ до 1895 года на мое предложеніе не было обращено вниманія и только съ этого времени, когда въ нѣмецкой литературѣ стала разрабатываться вопросъ о *vaginae fixatio uteri* и затѣмъ когда сдѣлано было проф. *Dührssen*'омъ предложеніе удалять придатки матки и нѣкоторыя новообразованія матки помошью *colpotomiae anterior*, съ этого времени вопросъ о значеніи *colpotomiae anterior et posterior* для удаленія большихъ придатковъ матки и ихъ новообразованій сдѣлся моднымъ на страницахъ специальной

медицинской прессы. Въ настоящее время литература этого вопроса довольно велика и излагать ее я здѣсь не стану, такъ какъ вопросъ этотъ подробно будетъ разсмотрѣнъ въ специальной работе моего товарища д-ра *П. Я. Теплова*, имѣющей скоро появиться въ печати. Я въ настоящее время же ляю только подвести краткій итогъ моимъ клиническимъ даннымъ на *colpotomia posterior*.

Собственно, первый начинъ этой операциі положенъ былъ случайно въ 1857 году *Atlee*, а сознательно она начала производиться съ 1870 года *Gallard-Tomas'омъ* и затѣмъ *Battey*. Хотя въ годы съ 1870 по 1874 эта операциі производилась въ томъ или иномъ видѣ, но результаты ея вслѣдствіе неудовлетворительного примѣненія антисептики, были на столько не блестящи, что нѣкоторые изъ лицъ, производившихъ эту операцио, какъ напр. *Battey*, отказалась отъ нея въ пользу чревосѣченія. Да и самая операциі въ большинствѣ случаевъ того времени носила характеръ не радикальной операциі, хотя и описывалась подъ названіемъ *colpotomia posterior*. Въ доказательство я сошлюсь на статистическую работу *Mignona* 1878 года, цитируюю всѣми. Въ этой работе приведено 113 случаевъ кольпотомії съ 73 излѣченіями. Но если мы разсмотримъ подробно все эти случаи, то увидимъ, что между этими 113 случаями имѣются только два случая *colpotomiae posterioris*, въ которыхъ этой операцией удалены больные органы, въ остальныхъ же случаяхъ дѣло ограничивалось только *colporacentesis'омъ* безъ всякой попытки удалить и больные органы.

Затѣмъ, общее увлечение чревосѣченіями, дававшими до тѣхъ поръ неслыханные результаты, заставилъ забыть этотъ методъ и онъ оставался въ забвениі до 1890-хъ годовъ. Но у операторовъ, производящихъ чревосѣченія при больныхъ придаткахъ матки, не могло не возникнуть сомнѣніе относительно удобства чревосѣченія во многихъ изъ таковыхъ случаевъ. Громадныя и очень крѣпкія сращенія больныхъ придатковъ съ окружающими частями, глубокое положеніе ихъ въ тазу, попаданіе нерѣдко гнойного содержимаго изъ больныхъ трубъ при операциі въ полость живота съ печальнымъ исходомъ, -- все это или не давало возможности окончить вполнѣ операцио-

или же при такихъ операціяхъ имѣло довольно большой процентъ смертности.

Принимая во вниманіе только-что сказанное и убѣдившись въ очію при чрѣвосѣченіяхъ въ томъ, что сращенія больныхъ придатковъ съ окружающими частями тѣла слабѣе и рыхлѣе, чѣмъ они глубже лежать въ Дугласовомъ пространствѣ и что воспаленные придатки въ подобныхъ случаяхъ смѣщены книзу, въ глубину Дугласова пространства и легко достижимы чрезъ рукавъ, я съ 1891 года началъ производить въ нѣкоторыхъ случаяхъ удаленіе больныхъ придатковъ матки чрезъ задній сводъ (первая моя операція была произведена 10 февраля 1891 г.). Этимъ же путемъ я началъ удалить и новообразованія въ яичникахъ, если они лежали глубоко въ тазу.

Всего до настоящаго времени, до августа 1897 года, мною и моими товарищами въ моемъ отдѣленіи при Казанской Губернской Земской больнице и Лихачевскомъ родильномъ домѣ произведены 122 colpotomiae posterioris (мною сдѣлано 82; д-мъ *П. Я. Тепловымъ* 39 и *М. Я. Кассержскому* 1), при чемъ по поводу новообразованій въ придаткахъ операція была произведена 33 раза и по поводу воспаленій 89 разъ. Изъ 33 случаевъ съ новообразованіями было:

Однополостныхъ кистъ яичника	16
Пролиферирующихъ кистомъ его	7
Дермоидовъ	6
Пароваріальныхъ кистъ	1
Саркома яичника	2
Фиброма широкой связки	1

Изъ нихъ въ 9 случаяхъ удалены только новообразованія, а въ остальныхъ удалены и другие придатки вслѣдствіе ихъ заболеваній, при чемъ въ 4 случаяхъ одновременно былъ и pyosalpinx. Всѣ эти больныя поправились.

Что касается до остальныхъ 89 случаевъ, въ которыхъ операція была произведена при воспалительныхъ процессахъ въ придаткахъ, то по этиологіи они распредѣляются такъ: заболеванія придатковъ возникли на почвѣ зараженія при родахъ или выкидыши въ 37 случаяхъ, тѣ же заболеванія развились сначала половой жизни женщинъ (триперное и смѣшанное зараженіе) въ 31 случаѣ. Причина заболеванія точно не выяснена въ 19 случ. и при трубной беременности въ 2 случаяхъ.

Гнойное содержаніе въ трубахъ (Salpingitis purulenta et Pyosalpinx) былъ въ 32 случаяхъ.

Придатки удалены съ обоихъ сторонъ въ . . .	14	случаевъ
» » съ одной стороны въ . . .	42	»
Удалены только яичники съ обѣихъ сторонъ въ . . .	3	»
Удалены яичники съ одной стороны въ . . .	4	»
Удалены трубы только съ одной стороны въ . . .	9	»
Удалены трубы съ обѣихъ сторонъ въ . . .	1	»
Удалены обѣ трубы и 1 яичникъ въ . . .	5	»
Удалены обѣ трубы и резецированы яичники по <i>Hedra</i> въ	4	»

Colpotomia conservativa сдѣлана 7 разъ.

Изъ этого отдѣла умерли послѣ операциіи удаленія гноиныхъ придатковъ 4. Слѣдовательно, общій процентъ смертности, полученный мною при кольпотомії, около 3%.

Возрастъ больныхъ былъ крайне различный, самой молодой было 18 лѣтъ и самой старой около 60 лѣтъ, но наибольшее число—96 случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 20 до 35 лѣтъ. Не рожавшихъ было 44 и рожавшихъ 78. Что касается до продолжительности болѣзни до операциіи, то я приведу данные только относительно воспалительныхъ процессовъ, такъ какъ относительно новообразованій очень трудно узнать отъ больной начало болѣзни,—обыкновенно онѣ указываютъ за начало болѣзни появленіе какихъ либо осложненій, заставившихъ больную подвергнуться лѣченію.

Менѣе года болѣло . . .	11
Отъ году и до 5 лѣтъ. . .	40
Отъ 5 и до 10 лѣтъ . . .	22
и отъ 10 до 20 лѣтъ . . .	11

Относительно остальныхъ 5 начало заболѣванія опредѣлить трудно. Продолжительность операциіи колебалась отъ 7 до 30 мин. отъ начала хлороформированія, ибо въ чистыхъ случаяхъ, безъ особыхъ срошеній операциѣ была моментальная.

Операциѣ обыкновенно производилась такимъ образомъ, что матка за шейку захватывалась щипцами *Mügeux* и низводилась насколько возможно книзу. Предварительно дѣлалась тщательная дезинфекція наружныхъ половыхъ частей, нижняго отдѣла живота и бедерь больной, при чемъ волосы на лобкѣ всегда сбивались. По низведеніи матки, рукавъ и шейка

матки съ цервикальнымъ каналомъ тщательно вымывались и вытирались рукой. Вымываніе мною производились растворомъ 1:2000 з chlorjod; предварительно же дня три рукавъ обеззараживался спринцеваніемъ съ супемой и вкладываніемъ тампоновъ съ Ichthyol'емъ.

Затѣмъ разрѣзался задній сводъ ножемъ или ножницами, при чемъ старались прямо вскрыть и брюшину, что въ большинствѣ случаевъ легко и удастся. Затѣмъ разрѣзъ расширялся ножницами до ширины двухъ пальцевъ и если стѣнка разрѣзца кровоточила, или если предполагали имѣть дѣло съ гнойными придатками, то сводовая рана съ брюшинной соединялась 1—2 швами. Затѣмъ пальцами отдѣляли срошенія подлежащихъ удаленію частей и если они стояли сравнительно высоко, то надавливаніемъ снаружи на животъ больной другой рукой, низводили придатки и отдѣляли ихъ вполнѣ отъ окружающихъ частей. Въ числѣ нашихъ операций не было ни одного случая совершенно безъ сращеній, въ большинствѣ сращеній были довольно крѣпкія. Что касается до срошеній съ сальникомъ, что встрѣтилось въ 8 случаяхъ, то онъ были отдѣлены уже тогда, когда подлежащія удаленію придатки были выведены въ рукавъ, при чемъ въ 5 случаяхъ сальникъ былъ резецированъ. Сращеній съ кишками крѣпкихъ ни разу не наблюдалось, а легкія легко отдѣлялись, при общемъ изолированіи объекта, подлежащаго удаленію. Затѣмъ пальцами придатки подводились къ сводной ранѣ и выводились въ рукавъ. Если опухоль была велика, то по низведеніи ея къ сводной ранѣ, она захватывалась пулевыми или Мюзевскими щипцами и постепенно выводилась или щѣликомъ, или послѣ предварительного прокола ея. Если подлежащій удаленію яичникъ выскакивалъ изъ пальцевъ, то онъ надвигался къ сводной ранѣ путемъ влечения его за ножку — Фаллопіеву трубу вмѣстѣ съ lig. ovarii. Въ рѣдкихъ только случаяхъ на выведеніе подлежащихъ удаленію придатковъ тратили времени не сколько минутъ, обыкновенно же это дѣжалось быстро. По выведеніи въ рукавъ, на основаніе подлежащихъ удаленію частей накладывалась 1—3 лигатуръ, обыкновенно шелковыхъ, и больныя части срѣзались. Затѣмъ тоже продѣливали съ придатками другой стороны. Если по осмотрѣ некоторые при-

датки оказывались еще не сильно измѣненными, то они снова вправлялись на свое мѣсто. Если при этомъ находили матку въ ретроревіаціи и приращенной, то приращенія отдавались и матка ставилась на свое мѣсто. Затѣмъ операционное поле обильно промывалось теплымъ растворомъ 1 : 2000 з chloriodi и въ Дугласово пространство вводился стерелизованный марлевый тампонъ. Этимъ операція и оканчивалась.

Не оконченныхъ или не выполненныхъ операцій ни одной не было. Изъ встрѣтившихся при операціи осложненій укажу на слѣдующія: а) не рѣдко выпадали кишкы и сальникъ въ рукавъ,—что бывало обыкновенно при сращеніяхъ этихъ органовъ съ больными придатками матки или если во время отдѣленія придатковъ у больной дѣлались подъ наркозомъ рвотныя изверженія. Эти осложненія легко устранились простымъ вправленiemъ выпавшихъ частей; б) 1 разъ наблюдалось соскальзываніе лигатуры съ art. spermatica съ послѣдующимъ кровотеченіемъ изъ нея; в) 2 раза придатки были настолько измѣнены, что при отдѣленіи сращеній они отрывались легко. Въ этихъ случаяхъ кровотеченія легко останавливались тугой тампонаціей Дугласова пространства стерелизованной марлей. г) Наблюдался не особенно рѣдко разрывъ трубы и содержимое ея попадало въ Дугласово пространство, въ этихъ случаяхъ по удалению больныхъ частей много промывали Дугласово пространство. Всѣ эти случаи окончились выздоровленіемъ, хотя въ нѣкоторыхъ изъ нихъ послѣоперационное теченіе сопровождалось лихорадкой.

Швы во всѣхъ случаяхъ накладывались шелковые, при чемъ въ 22 случаяхъ наложены поперечные швы, въ 93 случаяхъ концы швовъ выведены были въ рукавъ и въ 7 случаяхъ colpotomiae conservativaе швы не накладывались совсѣмъ.

Послѣоперационный періодъ велся такимъ образомъ: больная лежала на спинѣ 7 дней; первые двое сутокъ была на строгой діэтѣ,—кромѣ холодной воды, молока съ виномъ, ничего не давалось. Съ 3-го дня постепенно переходили къ питательной діэты. На 6-й день давалось слабительное. Тампонъ дренажъ удалялся на 3—5 дни. На 7-й день больная промывалась и послѣ этого назначались рукавные спринцеванія и позволяли больной ворочаться въ постели, а иногда и сидѣть,

а съ 9—10 дня разрѣшалось и ходить при правильномъ течениі послѣоперационнаго періода.

Что касается до теченія послѣоперационнаго періода въ нашихъ случаяхъ, то совершенно гладкое теченіе было въ 34 случаяхъ, т. е. почти въ 28%; небольшое и не продолжительное повышеніе температуры, наблюдалось въ 48 случаяхъ, т. е. почти въ 40 %. Слѣдовательно, благопріятное теченіе послѣоперационнаго періода было въ 82 случаяхъ, что составляетъ около 68 %. Въ остальныхъ 40 случаяхъ, послѣоперационное теченіе сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ съ явленіемъ мѣстнаго воспаленія въ тазовой полости, изъ этихъ случаевъ въ 4 наступила смерть больныхъ: въ 3-хъ отъ септическаго перитонита и въ 1 отъ гонорройнаго міокардита, обострившагося въ послѣоперационномъ періодѣ. Почти всѣ случаи лихорадочнаго теченія послѣоперационнаго періода принадлежать случаямъ съ гнойнымъ пораженіемъ придатковъ матки. Выходъ больныхъ изъ больницы обыкновенно происходилъ на 3 или 4 недѣль. Такъ какъ мои пациентки—народъ бѣдный и живущій физическимъ трудомъ, то изъ за этого обстоятельства выходъ больныхъ изъ больницы часто замедлялся, чтобы дать возможность больнымъ вполнѣ окрѣпнуть физически и тотчасъ же приняться за работу. Изъ дальнѣйшихъ наблюдений надъ этими больными выяснилось, что онѣ чувствуютъ себя здоровыми, способными къ физическому труду; прежнихъ жалобъ нѣтъ; coitus нормаленъ, о двухъ извѣстно, что онѣ прекрасно родили, одна отъ случайныхъ причинъ абортировала; у двухъ только чрезъ нѣкоторое время пришлось прибѣгнуть ко вторичной операциі: къ удаленію придатковъ и другой стороны, которые при первой операциі были оставлены вслѣдствіе незначительности ихъ патологическихъ измѣненій.

Показаніями для рассматриваемыхъ нами операций я считаю: а) кисты яичниковъ и ихъ придатковъ до дѣтской головки величиною, лежащія въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и тамъ ущемленныя или сросшіяся съ сосѣдними частями; б) больные Фаллопіевы трубы и яичники или широкія связки матки en masse, когда онѣ крѣпко сращены съ окружающими частями и нѣсколько опущены кзади; в) больные яичники, опущенные кзади, хотя бы и подвижные.

Въ означенныхъ случаяхъ выгоды coeliotomiae vaginalis posterioris передъ coeliotomia abdominalis будутъ слѣдующія: а) болѣе скорое заживленіе раны и болѣе скорое выздоровленіе; б) меньшая опасность для жизни больной, въ особенности при удаленіи гноиныхъ придатковъ; в) возможность скорѣе поворачиваться въ постели, сидѣть и ходить; г) меньшая продолжительность строгой діеты, а отсюда и меньшее истощеніе больныхъ; д) возможность скорѣе перейти къ обычной жизни и е) отсутствіе рубца на животѣ съ возможностію въ послѣдствіи образования грыжи бѣлой линіи.

Всѣ эти положенія я высказалъ еще въ первомъ своемъ сообщеніи объ этой операциі въ 1892 году (Удаленіе кисть яичниковъ и придатковъ матки чрезъ влагалище. «Врачъ» 1892 г. № 12). Въ настоящее время на большомъ матеріалѣ я снова подтверждаю, что въ извѣстныхъ указанныхъ мною случаяхъ, coeliotomia vaginalis posterior какъ оперативный методъ для удаленія больныхъ придатковъ матки и ихъ новообразованій заслуживаетъ предпочтенія предъ чревосѣченіемъ. Что же касается до coeliotomiae vaginalis anterior, предложеній проф. Dürssen'омъ, то для нея найдется меныше случаевъ, ибо заболѣвшіе придатки и новообразованія ихъ въ большинствѣ случаевъ смыщаются кзади и дѣлаются болѣе доступными черезъ задній сводъ. Конечно, если опухоль будетъ помѣщаться впереди матки и будетъ нѣсколько выпячивать передній сводъ, то въ такомъ случаѣ вполнѣ показана coeliotomia vaginalis anterior.

III.

О возбуждении преждевременных родовъ при помощи кольпейрингера и баллона *Champetier de Ribes*.

(Изъ акушерской клиники проф. А. М. Маклева).

Приватъ-доцента Московскаго Университета Н. И. Побѣдинскаго.

Большое количество способовъ, предложенныхъ и до сего времени предлагаемыхъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ, несомнѣнно указываетъ на то, что до сихъ поръ мы не имѣемъ ни одного метода, съ помощью котораго при полной его безопасности какъ для матери, такъ и для плода въ возможно короткое время навѣрное можно вызвать правильную родовую дѣятельность.

Наиболѣе употребительнымъ способомъ, вслѣдствіе его простоты и безопасности, считается въ настоящее время введеніе бужа между стѣнкою матки и оболочками—такъ называемый способъ *Krause*. И мы въ клиникѣ до послѣдняго времени исключительно придерживались этого метода, который имѣеть то преимущество передъ другими способами, что съ помощью его теченіе родовъ всего болѣе приближается къ нормальному, если случайно при проведеніи бужа не произойдетъ разрыва оболочекъ, такъ какъ сохраненіе плоднаго пузыря составляетъ главное достоинство этого метода.

Но одинъ изъ недостатковъ способа *Krause* состоитъ въ томъ, что нерѣдко бужъ остается въ маткѣ въ теченіи несколькиихъ сутокъ прежде, чѣмъ начнется правильная родовая дѣятельность. На ряду съ случаями, гдѣ роды начинались

черезъ нѣсколько часовъ послѣ введенія бужа, не разъ менѣ приходилось видѣть и такие случаи, когда самый толстый бужъ оставался въ маткѣ въ теченіи 1—2 сутокъ, не производя никакого эффеќта, и когда введеніе даже двухъ бужей не вызывало родовъ.

Отъ употребленія бужей изъ цеплюлоида мы въ постѣднее время совершенно отказались, такъ какъ замѣтили, что при возбужденіи родовъ такими бужами начавшаяся родовая дѣятельность вскорѣ прекращается, что можно объяснить размягченiemъ цеплюлоида подъ вліяніемъ высокой температуры въ полости матки; практика показала, что цеплюлоидный бужъ, пролежавшій нѣсколько часовъ въ маткѣ, дѣлается мягкимъ, а потому не можетъ оказывать надлежащаго дѣйствія, какъ раздражитель.

Медленное возбужденіе родовъ при помощи способа *Krause* отмѣчается почти всѣми акушерами. Такъ *Kehrer*¹⁾ говоритъ: «на ряду съ случаями, гдѣ правильныя схватки появлялись уже въ первые часы, намъ часто встречались другие случаи, гдѣ даже пребываніе катетера въ маткѣ въ теченіи цѣлаго дня и повторная катетеризация вызывали лишь отдѣльныя схватки, но не возбуждали родовъ. Въ одномъ изъ послѣднихъ нашихъ случаевъ не удалось вызвать родовъ, несмотря на 8-ю дневную катетеризацію, которая возобновлялась съ повторными промежутками». На медленное дѣйствіе бужа указываютъ также *Kaltenbach*²⁾, *Runge*³⁾, *Ribemont-Dessaignes*, *et Leverage*⁴⁾, *Winckel*⁵⁾, *Феноменовъ*⁶⁾.

Очевидно, что возбудимость матки бываетъ неодинаковой во всѣхъ случаяхъ, и что раздраженіе, вызываемое бужемъ, не всегда настолько значительно, чтобы возбудить родовую дѣятельность.

Другого недостатка этого метода, именно, возможности внесенія заразныхъ началъ въ полость матки, легко можно избѣжать при надлежащемъ соблюденіи правильнѣ антисептики и асептики. Такъ по статистикѣ клиники проф. *A. M. Макьевъ* на 12 искусственныхъ преждевременныхъ родовъ по поводу узкаго таза съ примѣненіемъ бужа не было ни одного случая заболѣванія матери⁷⁾.

Если при возбужденіи родовъ по поводу узкаго таза не

имѣть особаго значенія большая продолжительность времени, черезъ которое начнутся правильныя родовыя боли, то въ другихъ случаяхъ, когда необходимо по возможности быстро вызвать роды для спасенія жизни матери или ребенка, какъ напримѣръ при некомпенсированныхъ порокахъ сердечныхъ клапановъ, остромъ нефритѣ, эклампсіи и т. п., весьма важно обладать такимъ способомъ, при помощи котораго можно по желанію быстро вызвать и окончить роды.

Такимъ средствомъ являются каучуковые расширители служащіе для расширенія маточнаго зѣва. Въ Московской Акушерской клиникѣ мы уже около пяти лѣтъ примѣняемъ обыкновенный кольпейринтеръ *Braun'a*, вводя его въ матку за внутреннее отверстіе, при чемъ большую частію присоединяемъ умѣренное потягиваніе за конецъ трубки для скорѣйшаго раскрытия шейки матки ⁸⁾. Въ своемъ докладѣ ⁹⁾ въ Акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ Москвѣ я разобралъ употребляющіеся съ цѣлью расширенія шейки матки каучуковые баллоны (*Tarnier*, *Barnes'a*, *Emmet'a*, *Greder'a*) и остановился на преимуществахъ обыкновенного кольпейрингера *Брауна*, который былъ рекомендованъ профессоромъ *Schauta* ¹⁰⁾ для введенія въ матку при преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря въ случаяхъ поперечнаго положенія плода для замѣны отсутствующаго пузыря. Въ моемъ докладѣ описаны какъ случаи примѣненія кольпейрингера для расширенія шейки матки во время уже начавшихся родовъ, такъ и для вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Послѣ опубликованія этихъ случаевъ въ клиникѣ многократно примѣнялся способъ расширенія маточнаго зѣва для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ по поводу различныхъ показаній. Изъ практики выяснилось, что при употребленіи кольпейрингера какихъ-либо осложненій въ смыслѣ измѣненія положенія плода и образованія неправильнаго его положенія вмѣсто правильнаго не наблюдалось.

Но въ некоторыхъ случаяхъ, гдѣ приходилось быстро расширять маточный зѣвъ, мы наблюдали слѣдующее явленіе: маточный зѣвъ, который послѣ выхожденія тугого наполненнаго кольпейрингера долженъ быть вполнѣ раскрытымъ, оказывался мало раскрытымъ. Это можно объяснить тѣмъ, что кольпей-

ринтеръ вслѣдствіе своей растяжимости не вступалъ всѣмъ своимъ объемомъ въ шейку, а вытягивался въ длину, причемъ нижняя часть его опускалась во влагалище и здѣсь раздувалась, такъ что большая часть содеражавшейся въ немъ жидкости выступала изъ верхней части баллона, находящейся въ маткѣ, въ нижнюю часть, опустившуюся во влагалище, и кольпейринтеръ получалъ форму песочныхъ часовъ. Такимъ образомъ, кольпейринтеръ, наполненный до величины дѣтской головки, послѣ выхожденія его изъ матки имѣлъ въ діаметрѣ около 10 сантиметровъ, а маточный зѣвъ, черезъ который онъ прошелъ, былъ раскрытъ, на 5 см., т. е. пропускалъ только $2\frac{1}{2}$ —3 пальца.

Такое наблюденіе заставило меня обратиться къ баллону, предложеному *Champetier de Ribes*¹¹⁾: его особенность состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что онъ сдѣланъ изъ шелковой матеріи и покрытъ снаружи и внутри слоемъ каучука. Благодаря тому, что онъ сдѣланъ изъ нерастяжимой ткани, онъ при своемъ выхожденіи изъ полости матки сохраняетъ конусообразную форму и расширяется маточный зѣвъ настолько, насколько это нужно для полнаго раскрытия матки. *Champetier de Ribes* сравниваетъ такой способъ вызыванія родовъ съ родами при двойняхъ, причемъ роль первого ребенка здѣсь играетъ баллонъ; послѣ его выхожденія мягкие родовые пути настолько раскрыты и растянуты, что выхожденіе плода происходитъ легко.

Послѣ *Champetier de Ribes* д-ръ *Oui*¹²⁾ опубликовалъ благопріятные результаты, полученные имъ при примѣненіи баллона *Champetier*.—Затѣмъ появилось видоизмѣненіе баллона, сдѣланное *Boissard'омъ*¹³⁾. Въ нѣмецкой литературѣ д-ръ *Müller* рекомендуетъ баллонъ *Champetier*, при употребленіи которого онъ совѣтуетъ примѣнять притяженіе за конецъ трубки, навѣшивая тяжесть до 3 kilo при помощи двухъ блоковъ, укрепленныхъ у края кровати также, какъ при повязкахъ съ вытяженіемъ.

Что касается нашей клиники, то мы употребляли обыкновенно кольпейринтеръ *Брауна* и баллонъ *Champetier de Ribes* (парижская модель и баллонъ, устроенный фирмой *Швабе* по этой модели). Сначала я опишу 20 случаевъ примѣненія коль-

пейрингера и баллона *Champetier'a*, а затѣмъ уже на основаніи опыта разберу особенности того и другого и способъ ихъ примѣненія.

1-й случай. (1896 г. № 65). Первородящая 25 лѣтъ, на 35 недѣлѣ беременности. Размѣры таза: dist. intertrochant.=25, dist. spinar.=18, d. crist.=20, conj. ext.=16 $\frac{1}{2}$ с. v.=8, tub. isch.=9. 1-е затылочное положеніе, головка надъ входомъ, шейка вполнѣ сохранилась. Введенъ бужъ въ 10 часовъ утра 27/1. Но правильная родовая дѣятельность не начиналась, хотя изрѣдка появлялись небольшія боли. 28/1 утромъ шейка слажена, маточный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Ввиду такой продолжительности дѣятствія бужа рѣшено прибѣгнуть къ колпейрингеру. 28-го въ 1 ч. 30 м. дня введенъ колпейрингеръ *Брауна* и затѣмъ наполненъ $\frac{1}{2}$ литромъ раствора лизоля. Родовыя боли приняли вскорѣ совершенно правильный характеръ и стали очень сильными. Въ 5 ч. дня колпейрингеръ подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній вышелъ изъ матки, послѣ чего маточный зѣвъ былъ почти вполнѣ раскрыты, головка все въ томъ же 1-мъ положеніи надъ входомъ въ тазъ. Тогда былъ разорванъ околоплодный пузырь въ маточномъ зѣвѣ. Родовыя боли вполнѣ правильны. Въ 9 ч. 45 м. вечера головка опустилась къ выходу таза, послѣ чего начался періодъ изгнанія плода, и въ 11 ч. вечера того же дня самопроизвольно родилась живая дѣвочка въ 2200 grm., длина ея=43 см., окружность головки=31 см. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 25 минутъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально.

2-й случай. (1896 г. № 66). Беременная 6-мъ, 28 лѣтъ, на 37 недѣлѣ беременности. Размѣры таза нормальны. Первые три беременности окончились въ срокъ, четвертая—трехмѣсячнымъ выкидышемъ, пятая—семимѣсячнымъ мертвымъ плодомъ. Беременная поступила въ клинику по поводу того, что послѣдніе дни перестала слышать движенія плода. 1-е поперечное положеніе, задній видъ. Сердцебіеніе плода слышно, но слабо. Шейка сохранилась; наружное и внутреннее отверстія раскрыты и пропускаютъ 1 палецъ. Введенъ колпейрингеръ за внутреннее отверстіе; черезъ полчаса начались правильныя родовыя боли; черезъ 3 часа стали производить рукою медленное притяженіе колпейрингера за трубочку, который черезъ 50 минутъ извлеченъ. Маточный зѣвъ оказался раскрытымъ на 4 поп. пальца. Ввиду поперечного положенія произведенъ поворотъ на ножку, а затѣмъ черезъ $\frac{1}{2}$ часа начали извлеченіе, ввиду того, что сердцебіеніе плода не было слышно. 17/1 въ 8 ч. 20 м. вечера извлечена дѣвочка въ легкой асфиксіи и вскорѣ оживлена. Вѣсъ ея 2100 grm. длина 42, окружность головки 31. Черезъ 15 м. вышелъ самопроизвольно послѣдъ. Послѣродовой періодъ совершенно нормальный.

3-й случай. (1896 г. № 159). Беременная 2-мъ, 31 года, на 36 недѣлѣ. Кифозъ въ нижней грудной части позвоночника. Раз-

мѣры таза: d. intertroch.=28 $\frac{1}{2}$, d. spin.=25 $\frac{1}{2}$, d. crist.=23, conj. ext.=16 $\frac{1}{2}$, разстояніе между сѣдищными буграми=8. Первая беременность окончилась самопроизвольнымъ рожденіемъ 7 мѣсячнаго мертваго младенца. Въ послѣднее время настоящей беременности замѣчается усиленіе сердцебиенія и одышки, которыми больная страдала раньше. За мѣсяцъ до поступленія въ клинику у нея появились отеки ногъ и рукъ. Тоны сердца чисты, въ мочѣ небольшое количество бѣлка. Сильно отвислый животъ. 1-е затылочное положеніе плода, головка надъ входомъ. При внутреннемъ изслѣдованіи, шейка вполнѣ сохранилась, черезъ наружное и внутреннее отверстія можно свободно провести палецъ. Возбужденіе родовъ по поводу узкаго таза при помощи кольпейринтера Брауна. 16/и въ 6 ч. вечера въ кольпейринтеръ, введенный въ матку, влито $\frac{1}{2}$ литра раствора лизоля.

Черезъ 1 $\frac{1}{2}$ часа легкія родовыя боли. Въ кольпейринтеръ влито $\frac{1}{2}$ литра того же раствора. Въ 10 ч. начали слегка потягивать кольпейринтеръ, который черезъ $\frac{1}{2}$ часа былъ легко извлечень. Головка все въ томъ же положеніи надъ входомъ въ тазъ, полное раскрытие маточнаго зѣва. Произведенъ поворотъ на ножку и затѣмъ извлечена живая дѣвочка вѣсомъ въ 2280 грм., длиною 48 см., окружность головки 34 см. Самопроизвольное выхожденіе послѣда черезъ 10 м. Послѣродовой періодъ прошелъ совершенно нормально со стороны половой сферы, и родильница выписалась здоровую изъ клиники.

4-й случай. (1896 г. № 162). Первородящая 25 лѣтъ, на 36 недѣлѣ. Размѣры таза: 30, 23, 25, 18. Принята въ клинику съ сильнымъ общимъ отекомъ, особенно же наружныхъ половыхъ частей. Количество мочи за сутки 400 грм., моча содержитъ большое количество бѣлка, зернистые цилиндры, почечный эпителій и кровяные шарики въ небольшомъ количествѣ. Ввиду этого рѣшено произвести преждевременные роды. Съ этой цѣлью въ 10 ч. утра 14 февраля былъ введенъ бужъ. Черезъ 5 часовъ начались слабыя родовыя боли, а въ 8 ч. вечера шейка матки, пропускавшая свободно палецъ еще до введенія бужа, была раскрыта только на 2 пальца, причемъ каналъ шейки еще существовалъ. Тогда ввиду общей слабости роженицы рѣшено ускорить роды введеніемъ кольпейринтера въ полость матки. Къ 12 ч. ночи, притягивая кольпейринтеръ рукою, удалось раскрыть зѣвъ матки пальца на 4. Головка все въ томъ же 1-мъ затылочномъ положеніи надъ входомъ въ тазъ. Тогда подъ хлороформомъ былъ совершенъ поворотъ на ножку для ускоренія родовъ, послѣ которого съ извлеченіемъ ребенка не торопились вслѣдствіе неполного раскрытия матки. Черезъ 1 ч. 40 м. начали прорѣзываться ягодицы, осталъшая половина плода была извлечена. Мальчикъ родился въ слабой аспфиксіи и вскорѣ началъ кричать. Вѣсъ его 2280 грм., длина 48 см., окружность головки 32 см. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 35 минутъ. Въ послѣродовомъ періодѣ заболѣваній со стороны половыхъ органовъ не было; болѣзненныя явленія, обусловленныя заболѣваніемъ почекъ, постепенно стихли, и родильница выписана здоровую.

5-й случай. (1896 г. № 301). Беременная 5-мъ, 31 года, на 37 недѣль. Размѣры таза: 30, 22, 25, 18. Шейка сохранилась, наружное и внутреннее отверстія пропускаютъ свободно палецъ. Головка надъ входомъ въ тазъ въ 1-ой затылочной позиції. Всѣ прежніе роды были трудные, только 1-й ребенокъ родился живымъ, а всѣ остальные рождены мертвыми. Ввиду этого и ввиду суженія таза, съ цѣлью получить живаго ребенка рѣшено возбуждить роды. 25/III въ 8 ч. вечера введенъ въ матку кольпейринтеръ. Очень слабыя схватки начались спустя часъ послѣ введенія кольпейрингера. Послѣ извлеченія его шейка раскрыта только на 3 пальца, не растяжима, головка все въ томъ же положеніи. Произведенъ поворотъ на ножку подъ наркозомъ, а затѣмъ извлеченъ живой ребенокъ черезъ 2 часа послѣ поворота. Извлеченіе головки было очень трудное, такъ какъ она задержалась при прохожденіи черезъ входъ въ тазъ. Послѣ родовъ до выхожденія послѣда кровотеченіе, которое остановилось послѣ удаленія послѣда по *Credé*. Родившаяся дѣвочка вѣсомъ 2680 грам. длина 49 см., окружность 34. Родильница не хворала и выписалась изъ клиники здоровую.

6-й случай. (1897 г. № 440). Беременная 2-мъ, 28 лѣтъ, 37 недѣля беременности. Размѣры таза: 27 $\frac{1}{2}$, 24 $\frac{1}{2}$, 26, 16, с. в. 7. 1-е поперечное положеніе, передній видъ, шейка сохранилась, свободно пропускаетъ палецъ. Въ первую беременность были, по ея словамъ, возбуждены искусственные преждевременные роды, окончившіеся рожденіемъ мертваго ребенка. 20 Сентября въ 11 ч. утра введенъ кольпейринтеръ за внутренній маточный зѣвъ, черезъ полчаса послѣ введенія кольпейрингера начались легкія родовыя боли, а затѣмъ начали постепенно извлекать кольпейринтеръ. Матка раскрылась только на 3 пальца, затѣмъ былъ произведенъ поворотъ на ножку, причемъ въ матку была введена только половина руки. Спустя полчаса послѣ поворота былъ извлеченъ живой ребенокъ—дѣвочка вѣсомъ 2600 грам., длина 49 см.; окружность головки 32 см. Послѣродовой періодъ протекъ совершенно нормально, и родильница выписана здоровую.

7-й случай. (1896 г. № 451). Беременная 2-й разъ, 34 лѣтъ, явилась въ клинику недѣли за двѣ до срока. Первые роды были окончены при помощи поворота на ножку и перфораціи послѣдней головки. Размѣры таза: 32, 26, 27, 19, conj. vera=8 $\frac{1}{2}$. 1-я затылочная позиція. Ввиду неблагопріятнаго окончанія первыхъ родовъ и ввиду укороченія истинной конъюгаты, рѣшено немедленно приступить къ возбужденію родовъ, хотя оставалось очень немного времени до конца беременности. 20/IX въ 12 ч. дня былъ введенъ кольпейринтеръ обычнымъ способомъ. Послѣ введенія кольпейрингера показалось немнога оклонлодной жидкости; черезъ 1 часъ начались родовыя боли, а въ 3 часа кольпейринтеръ извлеченъ при небольшомъ притяженіи его за трубку. Маточный зѣвъ почти совершенно раскрытъ, головка надъ входомъ въ тазъ. Ввиду узкаго таза былъ произведенъ тотчасъ же профилактическій поворотъ на ножку, а затѣмъ, въ 3 ч. 30 м.

дня извлеченъ живой мальчикъ вѣсомъ въ 2900 грам., длина 51 см., окружность головки 34. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 20 минутъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально.

8-й случай. (1896 г. № 583). Беременная 4-мъ, 26 лѣтъ, поступила въ клинику съ жалобой на то, что при 1-хъ и 3-хъ родахъ она переставала слышать движенія ребенка и затѣмъ разрѣшалась мертвымъ плодомъ. 2-я беременность окончилась 3-хъ мѣсячнымъ выкидышемъ. Тазъ: 31, 22, 26, 19. с. в. 10. Ввиду того, что прежніе дѣти умирали до начала родовъ и въ теченіи послѣднихъ дней роженица слабо слышитъ движенія плода, рѣшено возбудить роды, не дожидаясь ихъ саопроизвольнаго начала. 18/х въ 10 ч. утра былъ введенъ кольпейринтеръ, и въ 11 ч. 20 м. дня начались родовые боли. Въ 12 ч. дни кольпейринтеръ былъ извлеченъ, маточный зѣвъ раскрытъ нальца на 4; а затѣмъ тотчасъ произведенъ поворотъ на ножку плода, находящагося въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Послѣ поворота пришлось тотчасъ же дѣлать извлеченіе, такъ какъ сердечные тоны плода слышны очень слабо. Дѣвочка извлечена живою, вѣсъ ея 2330 грам., длина 48, окружность головки 31. Послѣ извлечения ребенка послѣдъ вышелъ черезъ 1 ч. 45 м. самопроизвольно. Ввиду довольно значительного разрыва шейки матки съ лѣвой стороны были наложены швы на шейку матки. Послѣродовой періодъ протекъ нормально.

9-й случай. (1896 г. № 769). Беременная въ 1-й разъ, 26 лѣтъ. Въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности страдаетъ бленнорреей (былъ urethritis, bartholinitis, vaginitis). При соотвѣтственномъ лѣченіи явленія бленнорреи стихли. Тазъ: 29, 22, 24, 17 $\frac{1}{2}$, с. в. 8. Головка надъ входомъ въ тазъ въ первой затылочной позиціи. Ввиду узкаго таза, на 36 недѣль были возбуждены преждевременные роды. 20/х въ 1 ч. дня былъ введенъ баллонъ *Champetier de Rives*, причемъ прошли околоплодныя воды, вскорѣ начались родовые боли. 21/х въ 3 ч. утра баллонъ вышелъ самопроизвольно, но головка оставалась надъ входомъ въ тазъ. При почти полномъ раскрытии былъ произведенъ поворотъ на ножку, спустя одинъ часъ послѣ выхожденія баллона. Извлеченіе головки было очень трудное, дѣвочка извлечена въ глубокой асфиксіи, изъ которой вывести ее не удалось. Вѣсъ ея 2320 грам. длина 47, окружность головки 33. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 5 минутъ. Въ послѣродовомъ періодѣ родильница не хворала.

10-й случай. (1896 г. № 793). Беременная въ 6-й разъ, 28 лѣтъ, на 36 недѣль беременности. Тазъ: 31, 22, 26, 17, с. в. 8. Первые роды были трудны, родила самопроизвольно живого ребенка, при 2-хъ родахъ шинцами извлеченъ мертвый ребенокъ, при 3-хъ и 4-хъ былъ сдѣланъ поворотъ на ножку, и дѣти извлечены мертвыми, при 5-хъ родахъ родился при помощи поворота и извлечения недоношенный ребенокъ. Въ 8 ч. 20/х въ полость матки былъ введенъ баллонъ *Champetier* и при постепенномъ притягиваніи былъ извлеченъ черезъ 2 часа. Головка,

стоявшая до введенія баллона надъ входомъ въ тазъ въ 1-мъ затылочномъ положеніи, оставалась все въ томъ же положеніи и послѣ выхожденія его; маточный зѣбъ оказался раскрытымъ нальца на 4. Послѣ введенія всей руки въ полость матки совершенъ поворотъ на ножку, а затѣмъ извлеченъ живой мальчикъ въсомъ 2550 грам., длина его 46, окружность головки 36. Черезъ 20 минутъ вышелъ самопроизвольно послѣдъ. Родильница оставалась въ клинике все время здоровово.

11-й случай. (1896 г. № 858). Беременная въ 3-й разъ, 28 лѣтъ. Тазъ: 29, 22, 26, 16, с. в. $7\frac{1}{2}$. Первые роды были трудные, окончились рожденіемъ мертваго ребенка, при 2-хъ родахъ ребенокъ родился живымъ. Беременная явилась въ клинику незадолго до срока родовъ (недѣли за два). 2-я затылочная позиція, шейка пронускаетъ палецъ. Тотчасъ же послѣ поступленія въ 5 ч. дня 31/хп былъ введенъ бужъ. Но бужъ, лежавшій въ маткѣ почти 2 сутокъ, не вызвалъ родовъ, тогда 2/1 1897 г. въ 3 ч. дня былъ введенъ баллонъ *Champetier* въ матку. Черезъ часъ начались родовые боли, а къ 12 ч. ночи того же дня баллонъ вышелъ самопроизвольно изъ матки, и маточный зѣбъ оказался совершенно раскрытымъ. Такъ какъ головка не вступала во входъ въ тазъ, то былъ разорванъ плодный пузырь. Не смотря на сильныя родовые боли головка стояла подвижно надъ входомъ въ тазъ, поэтому былъ произведенъ поворотъ на ножку, а затѣмъ приступили къ извлечению младенца, который до головки вышелъ легко, но головку ручными приемами освободить не удалось. Ввиду невозможности извлечения головка перфорирована и тогда извлечена. Послѣ родовой періодъ протекъ нормально.

12-й случай. (1897 г. № 17). Беременная 10-мъ, 35 лѣтъ. Размеры таза: 28, 23, 25, 16, с. в. 8. При первыхъ родахъ родилась мертвая девочка, при вторыхъ—недоношенный недѣли на три живой мальчикъ, при третьихъ—щницами извлеченъ живой мальчикъ, при четвертыхъ самопроизвольное рожденіе мертваго младенца, при пятыхъ—щницами извлечена живая девочка, при шестыхъ—самопроизвольное рожденіе мертваго мальчика, въ седьмую, восьмую и девятую беременность были произведены преждевременные роды, при чёмъ при седьмыхъ и восьмыхъ родахъ родились живые мальчикъ и девочка, а при девятыхъ—мертвый младенецъ. На 36 недѣль 8/1 въ 1 ч. 45 м. дня въ полость матки при открытии шейки на 1 палецъ былъ введенъ баллонъ *Champetier de Rives*. 1-ое затылочное положеніе. Родовые боли начались черезъ $1\frac{1}{2}$ часа; въ 8 ч. вечера при постепенномъ потягиваніи баллона вышелъ изъ матки, раскрывшейся нальца на 4. Въ $9\frac{1}{2}$ ч. вечера при полномъ раскрытии зѣба былъ разорванъ плодный пузырь. Родовые боли очень сильныя, но головка, плотно установившись во входѣ въ тазъ, дальше не подвигалась. Ввиду этого въ 1 ч. ночи, т. е. черезъ 3 часа послѣ полного раскрытия были наложены щипцы *Breusa* на высокостоящую головку, и былъ извлеченъ живой мальчикъ въ-

сомъ въ 2960 грам., длина его 48 см., окружность головки 34. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 5 минутъ. Родильница въ послѣродовомъ періодѣ не болѣла.

13-й случай. (1897 г. № 21). Беременная въ 1-й разъ, на 37 недѣлѣ, поступила въ клинику по поводу сильного отека всего тѣла, а особенно отека наружныхъ половыхъ органовъ. Изслѣдованіе мочи показало, что мы имѣемъ дѣло съ острымъ нефритомъ. Размѣры таза: 31, 25, 27, 18. Головка надъ входомъ во 2-й затылочной позиціи. Шейка вполнѣ сгладилась, маточный зѣвъ раскрыть на 1 палецъ. Ввиду того, что болѣнія измѣненія со стороны почекъ не улучшались, несмотря на примѣненную терапію, рѣшено возбудить преждевременные роды. Въ 2 часа дня 8/1 въ полость матки былъ введенъ кольпейрингъ, и конецъ трубки съ помощью марлеваго бинта былъ натянутъ и привязанъ къ ножному концу кровати, такимъ образомъ получилось постоянное притяженіе. Въ 1 часъ ночи, т. е. черезъ 11 часовъ послѣ введенія кольпейринга, онъ самопроизвольно былъ вытолкнутъ изъ матки; головка надъ входомъ въ тазъ; почти полное открытие. Тотчасъ же произведенъ новорожденіе на ножку и извлеченъ живой младенецъ. Весь его 2320 грам., длина 48, окружность головки 34 см. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

14-й случай. (1897 г. № 220). Беременная въ 1-й разъ 33 лѣтъ, поступила въ клинику по поводу отека всего тѣла, а главнымъ образомъ наружныхъ половыхъ органовъ, достигшихъ громадныхъ размѣровъ. Ввиду того, что отеки не давали возможности женщинѣ ходить, рѣшено возбудить роды недѣли за три до срока. Тазъ: 31, 25, 27, 18. 1-я затылочная позиція, головка надъ входомъ. При введеніи баллона *Champetier* 26/п въ 10 часовъ вечера прошли воды. Баллонъ былъ также привязанъ къ постели и вышелъ изъ матки черезъ 6 часовъ. Послѣ выхожденія баллона зѣвъ матки оказался почти вполнѣ раскрытымъ, головка плотно установилась во входѣ въ тазъ. Къ 10 ч. утра 27/п, т. е. черезъ 12 часовъ, головка въ выходѣ таза, но родовые боли постепенно ослабѣвали. Тогда въ 1 ч. дня были наложены щипцы д-ра *Боряковскаго* на головку, стоящую въ выходѣ таза въ косомъ размѣрѣ, и легко извлечена живая дѣвочка; вѣсъ 2460 грам. длина 47, окружность головки 31. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 1 часъ. Въ послѣродовомъ періодѣ родильница не хворала.

15-й случай. (1897 г. № 270). Беременная во 2-й разъ, 36 лѣтъ, поступила въ клинику съ разстройствомъ компенсаціи сердечной дѣятельности. Несмотря на примѣненное въ клиникѣ лѣченіе состояніе больной все ухудшалось. Ввиду этого рѣшено возбудить роды на 31 недѣлѣ, разсчитывая заранѣе на то, что родившійся ребенокъ не будетъ жизнеспособенъ. Въ 1 ч. дня 5/п былъ введенъ въ полость матки обыкновенный кольпейрингъ и при слабомъ наполненіи его постепенно притягивался рукою, такъ что черезъ 2 часа послѣ его извлеченія маточный

зѣвъ былъ раскрытъ на три пальца. Тотчасъ же произведенъ поворотъ на ножку плода, находящагося во 2-мъ затылочномъ положеніи, по способу *Braxton—Hicks'a* безъ наркоза. Ввиду недостаточнаго раскрытия маточнаго зѣва извлеченіе плода не производилось: родовыя боли очень рѣдки и слабы. Ввиду общаго ослабленія роженицы въ 11 ч. вечера приступили къ извлечению плода при не вполнѣ раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. Головка задержалась въ недостаточно раскрытої шейкѣ и поэтому была перфорирована. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 10 минутъ. Въ послѣродовомъ періодѣ родильница погибла отъ разстройства компенсациіи сердечной дѣятельности.

16-й случай. (1897 г. № 271). Беременная въ 1-й разъ, 22 лѣтъ, недѣли за 2 до срока. Тазъ нормальный, 1-е затылочное положеніе. Ввиду сильныхъ отековъ всего тѣла, а особенно наружныхъ половыхъ органовъ, и уремического состоянія въ зависимости отъ острого нефрита, 4/п въ $7\frac{1}{2}$ ч. вечера былъ введенъ кольпейринтеръ *Брауна* обычнымъ путемъ и привязанъ къ кровати. Въ $10\frac{1}{2}$ ч.—первый припадокъ эклампсіи; поэтому решено было немедленно извлечь кольпейринтеръ при постепенномъ его притяженіи рукою. Шейка матки раскрыта не вполнѣ. Тотчасъ же былъ произведенъ поворотъ на ножку плода, находящагося въ 1-мъ затылочномъ положеніи надъ входомъ въ тазъ. Дѣвочка, извлеченная ручными пріемами, родилась въ асфиксіи, но при помощи искусственного дыханія была оживлена. Вѣсъ 3380 грам., длина 51, окружность головки 36. Послѣдъ былъ удаленъ рукою тотчасъ же по рожденіи ребенка. Послѣродовой періодъ нормаленъ.

17-й случай. (1897 г. № 280). Беременная въ 4-й разъ, 26 лѣтъ. Первые двое родовъ были вызваны искусственно раньше срока, при чемъ при первыхъ родахъ, на 7-мъ мѣсяцѣ, ребенокъ живой, при вторыхъ—на 8-мъ мѣсяцѣ, ребенокъ мертвый при третьихъ—роды наступили произвольно на 7-мъ мѣсяцѣ, ребенокъ родился живой. Тазъ: $25\frac{1}{2}$, 19, 22, $15\frac{1}{2}$, с. в. около 6, tub. isch=8. 1-ое ножное положеніе. Ввиду такого значительного суженія таза и ввиду того, что на 8-мъ мѣсяцѣ беременности ребенокъ родился мертвымъ, решено вызвать роды раньше, на 30-й недѣлѣ, при чемъ, конечно, было мало шансовъ получить жизнеспособнаго ребенка; на кесарское сѣченіе, которое здѣсь было вполнѣ показано, роженица не согласилась. 10/п въ 6 ч. 45 м. вечера введенъ обычнымъ образомъ въ матку кольпейринтеръ, послѣ чего онъ былъ привязанъ къ кровати, чѣмъ и производилось постоянное натяженіе. Черезъ $\frac{1}{4}$ часа начались родовыя боли, а въ $3\frac{1}{2}$ ч. утра кольпейринтеръ вышелъ изъ матки, послѣ чего при полномъ раскрытии матки былъ прорванъ пузырь и затѣмъ извлечено живой ребенокъ, лежавшій въ ножномъ положеніи. Ребенокъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа умеръ по нежизнеспособности. Вѣсъ 1070 грам., длина 38, окружность головки 25. Послѣдъ вышелъ самопроизвольно черезъ 25 минутъ. Родильный періодъ протекъ вполнѣ нормально.

18-й случай. (1897 г. № 293). Беременная 2-мъ, 21 года. Первые роды были трудные и окончились рождениемъ мертваго плода. Беременная явилась въ клинику въ 3-й мѣсяцъ беременности; при изслѣдованіи ея въ средней трети влагалища оказался круговой рубецъ, оставшійся послѣ первыхъ родовъ и стягивавшій влагалище настолько, что съ трудомъ можно было провести палецъ. Тогда ей было предложено сдѣлать изсѣченіе рубца, что и было произведено съ успѣхомъ. Тазъ: 30, 23, 26, $17\frac{1}{2}$. с. в. $8\frac{1}{2}$, 2-е затылочное положеніе. Ввиду анамнеза и узкаго таза возбуждены роды на 37-й недѣль при помощи постояннаго притяженія баллона *Champetier*. Баллонъ введенъ 10/ш въ 6 ч. дня, а вышелъ въ $12\frac{1}{2}$ ч. ночи. Околоплодныя воды истекли еще при введеніи баллона. При правильныхъ родовыхъ боляхъ головка вставилась во входъ въ тазъ въ томъ же 2 мъ положеніи, какъ была и раньше, до введенія баллона. Роды окончились самопроизвольно въ 6 ч. 20 м. утра 11/ш. Вслѣдствіе частичнаго приращенія послѣда, онъ былъ отдѣленъ рукой. Живая дѣвочка—вѣсомъ въ 2800 грам., длиною 50, окружность головки 34 см. Послѣродовой періодъ нормальный.

19-й случай. (1897 г. № 303). Беременная въ 6-й разъ, 27 лѣтъ. При первыхъ родахъ щипцами извлеченъ живой доношенный ребенокъ; вторая беременность окончилась самопроизвольно выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ; при третьихъ родахъ были искусственные преждевременные роды 8-ми мѣсяцевъ, окончившіеся поворотомъ на ножку и рождениемъ мертваго ребенка; при четвертыхъ родахъ—преждевременные роды 7-ми мѣсяцевъ при двойняхъ, при чемъ дѣти родились живыми; пятая беременность окончилась рождениемъ мертваго доношенаго ребенка при помощи поворота на ножку. Тазъ: 29, 22, 25, 17, с. в. $8\frac{1}{2}$ -я затылочная позиція. На 36-й недѣль беременности 14/ш въ 4 ч. дня введенъ баллонъ *Champetier* съ цѣлью вызвать преждевременные роды; постоянное притяженіе баллона, привязаннаго къ краю кровати. Въ 7 ч. вечера баллонъ вышелъ, головка надѣ входомъ въ тазъ въ томъ же положеніи при почти полномъ раскрытии маточнаго зѣва. Въ 10 ч. вечера былъ прорванъ околоплодный пузырь, и головка послѣ нѣсколькихъ сильныхъ схватокъ спустилась къ выходу таза, а черезъ $\frac{1}{4}$ часа родился ребенокъ. Вѣсъ дѣвочки 2800 грам., длина 49, окружность головки 32. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 минутъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально.

20-й случай. (1897 г. № 356). Беременная 2-й разъ, 26 лѣтъ. Годъ тому назадъ былъ выкидышъ на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Тазъ: 29, 22, 24, $17\frac{1}{2}$, с. в. $8\frac{3}{4}$. 2-ое затылочное положеніе. Ввиду узости таза за 4 недѣли до срока возбуждены роды. 26/ш въ 1 ч. дня былъ введенъ бужъ, который оставался въ маткѣ до $7\frac{1}{2}$ ч. вечера того же дня безъ особаго результата. Тогда бужъ былъ вынутъ и замѣненъ кольпейринтеромъ *Брауна*, трубочка котораго была слегка натянута и привязана къ краю кровати. Вскорѣ начались схватки вполнѣ правильнаго харак-

тера. 27/III въ 6 ч. утра кольпейринтеръ вышелъ, при чемъ маточный зѣвъ оказался раскрытымъ пальца на 4, края его очень растяжимы. Головка плода все въ томъ же положеніи надъ входомъ въ тазъ. Вслѣдъ за выхожденiemъ кольпейринтера боли стали очень слабыми, тогда въ 10 ч. 30 м. утра были разорваны оболочки. Черезъ полчаса послѣ прохожденія водъ начались энергичныe схватки, и головка постепенно опускалась къ выходу въ тазъ. Въ 2 ч. 15 м. дня самопроизвольные роды живой дѣвочкой. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 минутъ. Вѣсъ ребенка 2600 грам., длина 48 см., окружность головки 34. Послѣ родовой періодъ протекъ безъ отклоненій отъ нормы.

И такъ, изъ 20 случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, 13 были произведены по поводу узкаго таза (№№ 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20), 4—по поводу нефрита или сильныхъ отековъ во время беременности (№№ 4, 13, 14, 16), въ 2 случаяхъ по поводу слабаго сердце-біенія плода, такъ называемаго привычнаго умирания плода (№№ 2 и 8), и въ одномъ случаѣ по поводу порока сердца съ разстройствомъ компенсаціи (№ 15).

Въ 13 случаяхъ былъ примѣненъ кольпейринтеръ *Брауна* (№№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 20), въ остальныхъ въ матку вводился шелковый баллонъ, устроенный по типу расширителя *Champetier de Ribes*, при чемъ въ четырехъ случаяхъ (№№ 1, 4, 11, 20) предварительно былъ испробованъ способъ *Krause*. Въ 1 случаѣ бужъ оставался въ маткѣ въ теченіи сутокъ, произвелъ сглаживаніе шейки, но не вызвалъ правильныхъ родовыхъ болей; въ 4 случаѣ бужъ лежалъ около 12 часовъ также безъ особаго результата; въ 11 случаѣ бужъ, находившійся въ маткѣ двое сутокъ, не возбудилъ родовъ и въ 20 онъ оставался безъ результата около 7 часовъ. Въ одномъ случаѣ (№ 1), кольпейринтеръ и въ двухъ (№№ 9, 11) баллонъ *Champetier*, введенныy въ матку, вызывавъ родовыя боли, подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній былъ изгнанъ изъ матки; въ одиннадцати случаяхъ кольпейринтеръ или баллонъ *Champetier* притягивался рукою съ большею или меньшею силою не постоянно, но съ перерывами до выхода его изъ матки (№№ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 15, 16), въ остальныхъ шести случаяхъ конецъ трубки кольпейринтера или баллона привязывался марлевой тесьмой къ ножному краю кровати, и такимъ образомъ производилось постоянное его

притяженіе до тѣхъ порь, пока онъ изгонялся изъ матки (№№ 13, 14, 17, 18, 19 и 20).

При введеніи кольпейрингера или баллона мы иногда наблюдали истеченіе околоплодныхъ водь, что не имѣло никакого значенія для теченія родовъ, такъ какъ кольпейрингеръ вполнѣ замѣнялъ плодный пузырь. Кромѣ того нерѣдко приходилось наблюдать, что послѣ выхожденія кольпейрингера родовыя боли значительно ослабѣвали и роды не подвигались впередъ. Въ этихъ случаяхъ приходилось прорывать плодный пузырь и тогда, если не было значительного несоответствія головки плода съ тазомъ, головка опускалась къ выходу въ тазъ, и роды происходили самопроизвольно. Выпаденія пуповины и измѣненія положенія плода въ неправильное не наблюдали ни разу. Каучуковый кольпейрингеръ *Брауна* былъ настолько прочень, что и при довольно сильномъ притяженіи его ни разу не былъ поврежденъ. Шелковый же баллонъ одинъ разъ лопнулъ при наполненіи его растворомъ лизоля.

Въ двухъ случаяхъ, где употреблялся обыкновенный каучуковый кольпейрингеръ *Брауна*, роды произошли самопроизвольно безъ всякой другой операциі (№№ 1 и 20), при чемъ въ 1 случаѣ отъ момента введенія кольпейрингера до рожденія ребенка прошло 9 ч. 30 мин., а въ 20—около 20 часовъ. При употребленіи баллона *Champetier* въ 18 случаѣ также роды протекли самопроизвольно, при чемъ роды длились около 12 часовъ, а въ 19-мъ случаѣ—самопроизвольное окончаніе родовъ около 6 часовъ.

Два раза (№№ 12 и 14) послѣ примѣненія баллона *Champetier* были наложены щипцы, при чемъ въ первомъ случаѣ—щипцы на высокостоящую головку, а во второмъ—въ выходѣ таза.

Въ 13 случаяхъ (№№ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16) былъ произведенъ поворотъ на ножку послѣ болѣе или менѣе полнаго раскрытия маточнаго зѣва. Въ одномъ случаѣ (№ 17) было произведено извлеченіе за ножку при ножномъ положеніи плода.

Къ повороту на ножку прибегала или при поперечномъ положеніи плода, или при узкомъ тазѣ, въ смыслѣ профилактическаго поворота, какъ это практикуется въ клиникахъ и при

срочныхъ родахъ, или для скорѣйшаго окончанія родовъ, какъ напр., при разстройствѣ сердечной дѣятельности, или при урэ-мическихъ явленіяхъ. Послѣ поворота на ножку извлеченіе плода производилось не тотчасъ же, а спустя нѣкоторое время (отъ $\frac{1}{2}$ —2 часовъ), что зависѣло отъ того, насколько былъ раскрыть маточный зѣвъ послѣ выхожденія кольпейrintera. Вообще, къ извлечению старались прибѣгать уже послѣ того, когда при помощи потугъ прорѣжутся ягодицы или ребенокъ родится до пупочнаго кольца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда сердцеображеніе плода измѣнялось, приходилось отступать отъ этого правила и извлекать ребенка вслѣдъ за поворотомъ. Такого быстраго извлечения послѣ поворота при не вполнѣ раскрытомъ маточномъ зѣвѣ надо избѣгать, такъ какъ очень легко получить разрывъ шейки матки до свода съ послѣдующимъ кровотеченіемъ.

Результаты такого введенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ были блестящи: ни въ одномъ случаѣ не было заболѣванія какою либо послѣродовою формою, только одна родильница, доставленная въ клинику въ безнадежномъ состояніи, съ разстройствомъ компенсаціи при порокѣ сердца, погибла вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности. Что же касается дѣтей, то живыми родилось 16 ($\text{N} \text{N} \text{N}$ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20), что на 20 случаевъ составляетъ 80% , а если исключить 2 случая, гдѣ пришлось по разнымъ причинамъ дѣлать роды раньше 32 недѣль, т. е. при малой жизнеспособности плода, то процентъ будетъ еще лучше (88%). Правда, мы должны оговориться, что изъ дѣтей, родившихся живыми, трое погибли въ первые дни жизни.

Я не буду говорить здѣсь о техникѣ производства операции, такъ какъ она уже описана въ моей статьѣ «Искусственное расширение маточнаго зѣва». На основаніи вышеуказанныхъ случаевъ я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Введеніе обыкновенного кольпейrintera *Brauna* или баллона *Champetier de Rives*, наполненнаго не очень сильно, вызываетъ обыкновенно родовую дѣятельность черезъ короткій промежутокъ времени, при чмъ расширителъ раскрываетъ маточный зѣвъ и, подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній, изго-

няется изъ матки; затѣмъ роды могутъ произойти самопроизвольно и вполнѣ безопасно для матери и плода, при чёмъ продолжительность родовъ приближается къ нормѣ. Наполненіе кольпейрингера производится очень хорошо при помощи большого баллона изъ толстаго каучука. Сильнаго наполненія кольпейрингера сразу производить не слѣдуетъ, такъ какъ при чрезмѣрномъ растяженіи нижняго маточного сегмента, схватки наступаютъ не такъ скоро, какъ при умѣренномъ наполненіи кольпейрингера. Послѣ наступленія правильныхъ родовыхъ болей можно наполнить кольпейрингеръ до величины дѣтской головки.

2) Введеніе кольпейрингера за внутреннее отверстіе матки не представляло затрудненій при возбужденіи преждевременныхъ родовъ. Обыкновенно, начиная уже съ 32-й недѣли у многородящихъ внутренній маточный зѣвъ оказывался настолько раскрытымъ и растяжимымъ, что проведеніе кольпейрингера не встрѣчало затрудненій. У первородящихъ въ послѣднія недѣли беременности иногда удается также безъ всякоаг насилія провести кольпейрингеръ; въ противномъ случаѣ я прибѣгалъ къ вставленію бужа, который уже черезъ 5—6 часовъ раскрывается зѣвъ настолько, что введеніе кольпейрингера совершается легко. Къ расширенію шейки при помощи расширители Hegar'a я не прибѣгалъ ни разу.

3) Баллонъ *Champetier de Rives* имѣетъ тотъ недостатокъ, что введеніе его въ матку, особенно у первородящихъ, можетъ оказаться невозможнымъ безъ предварительного расширенія шейки вслѣдствіе его большаго объема по сравненію съ каучуковымъ кольпейрингаторомъ. Кромѣ того, шелковый баллонъ оказался при употребленіи менѣе прочнымъ, чѣмъ кольпейрингеръ: при наполненіи его онъ легко можетъ лопнуть; затѣмъ, во время, притяженія его гуттаперчевая трубка, прикрепленная къ баллону, а не составляющая съ нимъ одного цѣлаго, какъ въ кольпейрингерѣ, можетъ скорѣе оторваться.

4) Каучуковый кольпейрингеръ *Brauna*, несмотря на его легкую сжимаемость, можетъ произвести полное раскрытие маточного зѣва совершенно такъ же, какъ и баллонъ *Champetier de Rives*, но подъ тѣмъ условиемъ, чтобы не производить сильнаго притяженія его рукою и не очень сильно натяги-

вать конецъ трубки, привязанной къ ножному концу кровати. При этихъ приемахъ, употребляемыхъ съ цѣлью скорѣйшаго окончанія родовъ, кольпейринтеръ, дѣйствительно, можетъ быть извлеченъ изъ матки, не раскрывши какъ должно маточнаго зѣва.

5) Лучше производить небольшое, но постоянное притяженіе кольпейрингера за конецъ трубки, привязанной къ краю кровати, или слабое притяженіе рукою съ промежутками, какъ бы подражая маточнымъ схваткамъ. Это несомнѣнно можетъ ускорить періодъ открытія безъ вреда для дѣла, тогда какъ кольпейринтеръ или баллонъ безъ притяженія иногда очень долго остается въ маткѣ, вызывая только слабыя боли. Предложенное *Müller'омъ* притяженіе баллона при помощи тяжести различнаго вѣса, по моему мнѣнію, заслуживаетъ полнаго вниманія.

6) Наблюдаемое послѣ изгнанія кольпейрингера, ослабленіе родовыхъ болей можетъ измѣниться въ усиленіе ихъ послѣ разрыва плоднаго пузыря, произведенного при полномъ раскрытии маточнаго зѣва. Разрывъ же оболочекъ, иногда случайно наступающій уже при введеніи кольпейрингера, никакъ не ухудшаетъ предсказанія, такъ какъ кольпейринтеръ вполнѣ замѣняетъ плодный пузырь.

7) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится производить поворотъ на ножку по тому или другому поводу, при невполнѣ раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, отнюдь не слѣдуетъ послѣ поворота торопиться съ извлечениемъ, такъ можетъ произойти задержаніе головки въ зѣвѣ матки, а при сильномъ извлечени— опасные разрывы шейки матки.

8) Отсутствіе послѣродовыхъ заболѣваній въ нашихъ случаяхъ объясняется, конечно, строгимъ примѣненіемъ антисептика и асептики. Кольпейринтеръ передъ употребленіемъ всегда помѣщался въ стерилизаторъ, что не оказывало вліянія на его прочность.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Kehrer*.—Учебникъ оперативнаго акушерства. Переводъ подъ ред. проф. *A. M. Макеева*. 1893 г., стр. 34.
- 2) *Kaltenbach*.—Lehrbuch der Geburtshilfe. 1893, s. 455.
- 3) *Runge*.—Учебникъ акушерства. Переводъ д-ра *Серебренникова*. 1894 г., стр. 159.
- 4) *Ribemont-Dessaigne et Lepage*.—Precis d'obstétrique. 2 edition, 1896, p. 997.
- 5) *Winckel*.—Lehrbuch d. Geburtshilfe, 1889, s. 622.
- 6) *Фепоменовъ*.—Оперативное акушерство. 1892, стр. 28.
- 7) *Соловьевъ Г. А.*.—Искусственные преждевременные роды по поводу узкаго таза.—Приложение къ отчету Акушерской клиники проф. *A. M. Макеева*. 1892—93 гг., стр. 70.
- 8) *Побединскій*.—Материалы къ учению о предлежаніи дѣтскаго мѣста въ клиническомъ отношеніи.—Диссерт. 1894, стр. 140.
- 9) *Побединскій*.—Искусственное расширение маточного зѣва въ акушерской практикѣ.—Труды Акушерско-Гинекологического общества въ Москвѣ. № 7, 1895 г.
- 10) *Schauta*.—Очеркъ основъ оперативнаго акушерства. Переводъ 1886 г., стр. 154.
- 11) *Champetier de Ribes*.—De l'accouchement provoqué etc.—Annales de Gynécologie. 1888. Decembre.
- 12) *Oui*.—Annales de Gynécologie. 1891, p. 401. 1892, Janvier.
- 13) *Boissard*.—Nouvelle technique pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel. (Bull. et mem. de la soc. obst. et gynéc. de Paris) Février, 1894. Ref. no *Ribemont-Dessaigne et Lepage*.—Precis d'obstétrique, p. 1003.
- 14) *Müller*.—Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier.—*Mäurer*.—Monatsschrift f. Geb. und Gynäk. 1896. Bd IV. Heft 5, s. 425.

IV.

Къ анатоміи и лѣченію виѣмнатачной беременности.

Д-ра В. О. Масловскаго,

Приватъ-доцента военно-медицинской академіи.

(Окончаніе *).

Относительно сосудовъ, мое изслѣдованіе дало результаты, сходные съ полученными другими изслѣдователями. Особенный интересъ представляютъ сосуды клѣточковаго слоя, въ частности тѣ изъ нихъ, которые, имѣя большой калибръ, обладаютъ только эндотеліальной оболочкой (капилляры) или даже лишены всякой оболочки (Blutlacnen v. Tussenbroek). Мнѣнія авторовъ расходятся относительно происхожденія этихъ сосудовъ изъ артерій или венъ, вслѣдствіе потери оболочекъ и расширенія ихъ. *Dobbert* признаетъ происхожденіе ихъ изъ артерій, по аналогіи съ беременной маткой и трубой. *Tussenbroek* нашла, что артеріи въ decidua сохраняли свое строеніе, и вѣточки ихъ, безъ потери мышечной оболочки и расширѣнія, подходили близко къ поверхности. Поэтому она источникомъ этихъ сосудовъ считаетъ вены. Что касается моего слу-чая, то я находилъ въ клѣточковомъ слоѣ, кромѣ капилляровъ и кровяныхъ полостей безъ слѣда оболочекъ, еще вѣточки артерій съ чрезвычайно тонкой соединительнотканной оболочкой, что особенно бросалось въ глаза при сравненіи съ оболочками артерій железистаго слоя. Поэтому я склоненъ

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.,» за Іюль и Августъ 1897 г. стр. 745.

признать происхождение этихъ кровяныхъ вмѣстилищъ изъ вѣточекъ артерій, вслѣдствіе потери оболочекъ и послѣдовательного ихъ расширенія. Такимъ образомъ мы здѣсь находимъ процессъ, аналогичный тому, который происходитъ въ decidua serotina при нормальной беременности, какъ это доказано работами *Waldeyer*¹⁰⁾, *Rohr*¹¹⁾, *Hofmeier*¹²⁾, *Gottschalk*¹³⁾ и другихъ. Присутствіе такихъ лишенныхъ собственной стѣнки, кровяныхъ полостей является второй характерной особенностью deciduae uterinae при внѣматочной беременности.

Ткань deciduae uterinae въ моемъ случаѣ представляла дегенеративная измѣненія: децидуальные клѣтки и ихъ ядра не ясно очерчены, плохо восприняли зозиновую и гемоксилиновую окраску, кромѣ того, нѣкоторыя клѣтки подверглись зернистому распаденію. Въ виду отсутствія въ протоплазмѣ клѣтокъ жировыхъ зернышекъ, эти измѣненія слѣдуетъ приписать коагуляціонному некрозу. Причиною его были экстравазаты и тромбозъ сосудовъ, которые отчасти давленіемъ на клѣтки, отчасти разстройствомъ кровообращенія сильно измѣнили питаніе ихъ. Коагуляціонный некрозъ Klein наблюдалъ часто въ decidua къ концу нормальной беременности и нашелъ его въ decidua uterina при внѣматочной. Измѣненія, встрѣчаемыя въ клѣточныхъ скопленіяхъ железистыхъ полостей слѣдуетъ приписать жировому перерожденію. Чтобы закончить анатомическую часть моей работы, мнѣ еще осталось разсмотрѣть интересный вопросъ о томъ, часто ли наблюдаются описанныя измѣненія слизистой матки при внѣматочной беременности? Привожу имѣющіяся литературные данные *Hecker*¹⁴⁾ изъ 40 собранныхъ имъ случаевъ трубной беременности только въ трехъ нашелъ увеличеніе матки безъ обра-

¹⁰⁾ *Waldeyer*.—Über den Placentarkreislauf d. Menschen. Sitzungsber. d. kgl. preuss. Akad. d. Wissensch. zu Berlin. 1887. Ref. въ Centralbl. f. Gyn. 1887. № 14 s. 223.

¹¹⁾ *Rohr*.—Die Beziehungen d. mütterl. Gefässse zu d. intervillös. Räumen d. reif. Placenta, speciell zur Thrombose derselben. Virchow's Arch. Bd. 115, s. 515.

¹²⁾ *Hofmeier*.—Die menschliche Placenta. Wiesbaden. 1890.

¹³⁾ *Gottschalk*.—Weitere Studien über d. Entwicklung d. mensch. Placenta. Arch. f. Gyn. 1891. Bd. 40, s. 169.

¹⁴⁾ *Hecker*.—Beitrag zur Lehre von Schwangerschaft ausserhalb d. Gebär-mutterhöhle. Monatsch. f. Geb. und Frauenkrankh. 1859. Bd. XIIII. s. 81.

зованія decidua; въ своемъ случаѣ онъ указываетъ на значительное увеличеніе матки; слизистая оболочка при этомъ была гладка, бѣла и покрыта тонкимъ слоемъ слизи.

Zweifel (L. C.) изъ 13 случаевъ въ двухъ наблюдалъ выходеніе decidua, въ 5 случаяхъ—увеличеніе матки, въ двухъ—размягченіе port. vaginalis, въ трехъ—свойственную беременности окраску наружныхъ частей.

*Wyder*¹⁵⁾ приводить 6 случаевъ внѣматочной беременности: въ 5 случаяхъ была decidua uterina—въ двухъ случаяхъ констатирована при вскрытии, въ трехъ выдѣлилась наружу (1 случай безъ микроскопического изслѣдованія); въ шестомъ случаѣ (grav. abdominalis, смерть плода на 10 мѣсяцѣ беременности, келіотомія чрезъ 12 недѣль), выскабливаніе на 12 мѣсяцѣ беременности дало отрицательный результатъ.

*Martin*¹⁶⁾ на основаніи 56 случаевъ считаетъ развитіе decidua uterina явленіемъ постояннымъ, хотя и не указывается, какъ часто въ этихъ случаяхъ она выдѣлялась наружу. Въ своемъ сочиненіи¹⁷⁾ *Martin* говоритъ, что въ его собственныхъ случаяхъ нельзя было указать на особенно частое выходеніе decidua, и abrasio probatoria въ 12 случаяхъ дала отрицательный результатъ.

Въ клиническомъ отношеніи мой случай затрагиваетъ вопросъ о лѣченіи трубной беременности въ первой ея половинѣ. Этотъ вопросъ разрѣшается различно въ зависимости отъ того, имѣется ли дѣло съ трубною беременностью до наступленія исходовъ ея (разрывъ и трубный выкидышъ), или съ этими послѣдними. Всѣ авторы согласны въ томъ, что установивъ діагнозъ внѣматочной беременности, безусловно слѣдуетъ удалять плодный мѣшокъ, какъ опасное новообразованіе (*Werth*); потому что нельзя предвидѣть размѣра кровотеченія и угрожающихъ жизни послѣдствій его. Мнѣнія авторовъ расходятся относительно оперативнаго пути, т. е. келіотоміи или кольпотоміи. Большинство стоитъ за келіотомію, при которой имѣется возможность хорошо осмотрѣть могущія

¹⁵⁾ *Wyder*.—Beitrage zur Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1891. Bd. 41 s. 153.

¹⁶⁾ *Martin*.—Über ektopische Schwangerschaft. Vom internationalen gynakologischen Kongress in Brüssel. Centralbl. f. Gyn. 1892. № 39. s. 771.

¹⁷⁾ *Martin*.—Die Krankheitend. Eileiter. Eileiteschwangerschaft. 1895. s. 368.

быть сращенія и удобнѣе остановить кровотеченіе. Во взглядахъ авторовъ на лѣченіе кровотеченія, вслѣдствіе разрыва трубы или трубнаго аборта замѣчается рѣзкое различіе. *Martin* (l. c. s. 398) считаетъ показанною келіотомію, при свѣжемъ кровотеченіи, пока больная дышетъ и опредѣляется пульсъ — изъ 5 случаевъ въ трехъ больныя выздоровѣли, два случая окончились смертью. Такого-же активнаго образа дѣйствія придерживается *Rossier*¹⁸⁾ на основаніи результатовъ оперативнаго вмѣшательства въ сообщенныхъ имъ 17 случаяхъ внѣматочной беременности. При свѣжихъ кровотеченіяхъ, келіотомію дѣлаютъ *Gusserow* и *Lawson-Tait* въ видахъ быстраго нахожденія и перевязки кровоточащаго мѣста (цит. у *Rossier*). При haematocele, одни придерживаются кольпотоміи, другіе келіотоміи (*Sanger*, *Rossier*). Съ другой стороны встрѣчаются сторонники консервативнаго метода лѣченія кровотеченій вслѣдствіе трубнаго аборта или разрыва трубы. *Thorn*¹⁹⁾ возводить въ принципъ выжидательное лѣченіе, даже на будущее время, и думаетъ, что слѣдуетъ оперировать только при строгихъ показаніяхъ. Только повторное, угрожающее жизни кровотеченіе въ свѣжихъ случаяхъ можетъ заставить прибегнуть къ келіотоміи; впослѣдствіи при нагноеніи и разложеніи (Verjauchung) haematocelis показана кольпотомія. *Condamin*, ученикъ *Laroyenne*'а,—также приверженецъ выжидательнаго лѣченія: абсолютный покой, ледъ въ теченіи 14 дней, пока больная не оправится отъ коллапса, затѣмъ проколъ и опорожненіе чрезъ сводъ влагалища кровяной опухоли, съ удалениемъ или безъ удаленія придатковъ. Келіотомію онъ считаетъ опасною и лѣченіе болѣе продолжительнымъ (цит. у *Rossier*). У насъ проф. *Лебедевъ*, *Феноменовъ*, и Д-ръ *Смольскій* придерживаются консервативнаго лѣченія haematocelis; *Vastenø*, напротивъ, производитъ келіотомію какъ можно раньше²⁰⁾.

¹⁸⁾ *Rossier*.—Über ektopische Schwangerschaft. Bericht über d. Verhandlungen d. VII Versammlung d. deutsch. Geselsch. f. Gyn. in Leipzig vom 7—11 Juni 1897. Centr. f. Gyn. 1897, № 25, s. 816.

¹⁹⁾ *Thorn*.—Über Beckenhämatoome. Samml. klin. Vorträge. N. F. 1895. № 119—120. s. 37 (355).

²⁰⁾ Труды Ч. съѣзда общ. русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. 1894, Т. I. стр. 450.

Въ моемъ случаѣ сильный коллапсъ былъ противупоказаніемъ для производства келютомії. Поэтому понятно, почему пришлось прибегнуть къ симптоматическому лѣченію; мѣры были направлены противъ угрожающаго жизни коллапса. Послѣ безуспѣшнаго примѣненія возбуждающихъ внутрь и подкожно, были примѣнены съ блестящимъ результатомъ клизмы изъ физиологического раствора поваренной соли. Считаю не лишнимъ, до изложенія этого способа, предложить краткій очеркъ лѣченія сильныхъ кровотеченій введеніемъ въ организмъ соляного раствора.

Съ давнихъ поръ при большихъ кровотеченіяхъ было предложено переливаніе крови въ венозную систему. Но опыты на животныхъ и наблюденія на людяхъ показали, что кровь одного животнаго, будучи введена въ организмъ другого, не приноситъ пользы, а напротивъ вредить организму, отравляя его гемоглобиномъ, вслѣдствіе распаденія красныхъ кровяныхъ шариковъ (*Mikulicz*²¹). Не менѣе опаснымъ оказалось переливаніе дефибринированной крови, дѣйствующей смертельно вслѣдствіе тромбоза сосудовъ, обусловленнаго находящимся въ ней свободнымъ фибриннымъ ферментомъ (*Bergmann*²²). Неудивительно, что всѣ отказались отъ этого способа пополнѣнія потерь крови и старались отыскать другое средство для его замѣны. Это стремленіе увѣнчалось успѣхомъ, благодаря ряду основательныхъ работъ, совершенно перемѣнившихъ взгляды на причину смерти отъ громадныхъ потерь крови. Работами *Goltz'a*²³, *Worm Müller'a*²⁴), *v. Lesser'a*²⁵) и *Cohnheim'a*²⁶) доказано, что смерть при громадныхъ потеряхъ крови не зависитъ отъ потерь гемоглобина и обѣдненія крови кислородомъ, но что непосредственную причину смерти слѣдуетъ

²¹⁾ *Mikulicz*.—Ueber d. Bedeutung d. Bluttransfusion und. Kochsalzinfusion bei acuter Anaemie. Wiener Klinik. 1884. s. 181.

²²⁾ *Bergmann*.—Die Schicksale d. Transfusion in d. letzten Decennium. 1884. s.s. 18 und 19.

²³⁾ *Goltz*.—Ueber Tonus d. Gefässe und seine Bedeutung f. d. Blutbewegung. Virchow's Arch. Bd. 29. ss. 394 und 423.

²⁴⁾ *Worm Müller*.—Die Abhängigkeit d. arteriel. Druck von d. Blutmenge. Berichte über d. Verhandl. d. sächsisch. Geselsch. d. Wissensch. zu Leipzig. 1873. Bd. 25. s. 573.

²⁵⁾ *v. Lesser*.—Ueber d. Vertheilung. d. rothen Blutscheiben. Arch. vom Reichert und Dubois—Reymond. 1878. Physiol. Abth. s. 41.

²⁶⁾ *Cohnheim*.—Ueber d. Verhalten d. fixen Bindegewebskörperchen bei d. Entzündung. Virchow's Arch. 1869. Bd. 45 s. 338.

искать въ несоответствіи между объемомъ сосудовъ и ихъ содергимымъ и вслѣдствіе этого недостаточномъ наполненіи сердца; оно далѣе работать не можетъ, потому что не наполняется кровью изъ венъ. Изъ этого весьма важнаго вывода слѣдуетъ, что мы должны стремиться не вводить въ организмъ кровь, а стараться сгладить указанное несоответствіе. Для достижениія этого, достаточно повысить количество жидкости въ сосудахъ, чтобы устранить угрожающую жизни опасность. Для этой цѣли пользуются индифферентнымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли ($0,6\%$), который сначала вводили въ кровеносные сосуды. Первый, примѣнившій при экспериментахъ вливаніе соляного раствора, былъ *Cohnheim* (1. с.). Онъ вводилъ его въ центральный конецъ *v. abdominalis* лягушки, при постоянномъ давленіи, въ теченіи 1—2 часовъ, и въ тоже время изъ периферического конца вены выпускалъ кровь до тѣхъ поръ, пока вытекающая жидкость дѣгалась безцвѣтною. При этихъ опытахъ, удавалось около половины лягушекъ сохранить живыми въ теченіи 2—3 дней, особенно если выбирались крѣпкіе экземпляры. Затѣмъ почти одновременно въ Германіи *Kronecker* и *Sander*²⁷⁾, а во Франціи *Jolyet* и *Laffont*²⁸⁾ опытами на теплокровныхъ животныхъ доказали, что введенный соляной растворъ въ состояніи спасти жизнь этихъ животныхъ (собакъ), потерявшихъ такое громадное количество крови изъ открытаго большого сосуда, что оставшейся крови недостаточно было бы для подержанія ж. Эти результаты были подтверждены на большомъ числѣ опытовъ, произведенныхъ на собакахъ и кроликахъ *Schwarzemъ*²⁹⁾ и *Д. О. Оттомъ*³⁰⁾. Опыты послѣдняго на собакахъ показали, что введеніе соляного раствора обезкровлен-

²⁷⁾ *Kronecker und Sander*.—Bemerkungen über lebensrettende Transfusion mit anorganischen Saizlösungen bei Hunden. Berlin. klin. Wochenschrift. 1879. № 57, s. 768.

²⁸⁾ *Jolyet et Laffont*.—Sur les effets des injections d'eau salée dans le systeme circulatoire des animeaux exsangués. Gazette méd. de Paris. 1879. p. 101.

²⁹⁾ *Schwarz*.—Ueber d. Werth d. Infusion alkalischer Kochsalzlösung in das Gefässsystem bei acuter Anämie. Habilitationsschrift. Halle. 1881; пиг. у *Omma*.

³⁰⁾ *v. Ott*.—Ueber d. Einfluss d. Kochsalzinfusion auf d. verbluteten Organismus im Vergleich mit anderen zur Transfusion verwendeten Flüssigkeiten. *Virchow's Arch.* 1883. Bd. 93. s. 114.

нымъ животнымъ имѣть преимущество предъ вливаніемъ нормальной и дефибринированной крови, а также кровяной сыворотки въ томъ отношеніи, что быстрѣе происходитъ возстановленіе плотныхъ составныхъ частей и форменныхъ элементовъ крови.

Maydl ³¹⁾ старался доказать, что одно введеніе солянаго раствора не спасаетъ животныхъ, когда малокровіе перешло извѣстныя границы; онъ признаетъ только оживляюще дѣйствіе раствора, имѣющее своимъ результатомъ повышеніе кровяного давленія, и совѣтуетъ, послѣ солянаго раствора, производить переливаніе крови.

Landerer ³²⁾ предложилъ вводить смѣсь солянаго раствора съ дефибринированною кровью, или прибавлять къ соляному раствору сахару, чтобы, кромѣ жидкости, вводить питательныя вещества. Не смотря на прекрасные результаты, полученные на животныхъ и людяхъ, это предложеніе не вошло въ употребленіе, и всѣ придерживаются физиологического раствора поваренной соли.

Изъ приведенного очерка видно, что имѣлись научныя основанія для примѣненія солянаго раствора въ практикѣ при большихъ кровотеченіяхъ. Имѣющіяся въ литературѣ данныя указываютъ, что при внутривенозномъ введеніи солянаго раствора, получались успѣшные результаты при большихъ послѣродовыхъ и другихъ кровотеченіяхъ и что при этомъ не наблюдалось тѣхъ опасныхъ для здоровья и жизни явлений, которыя были присущи переливанію крови. Но самый способъ введенія раствора въ вену представляется большія неудобства: возможность вхожденія воздуха въ вену, трудность ввести канюлю въ спавшійся сосудъ, иногда невозможность ввести большое количество раствора въ открытую вену—приходится перевязывать вену и вскрывать другую,—необходимость опытнаго ассистента—все это дѣлаетъ способъ мало пригоднымъ для общаго примѣненія и заставило искать другихъ путей

³¹⁾ *Maydl*.—Ueber d. Werth d. Kochsalzinfusion und Bluttrans fusion beim Verblutungstode. Medicinische Jahrbücher. 1884. S. 61.

³²⁾ *Landerer*.—Ueber Transfusion und Infusion. Virchow's Arch. 1886. Bd. 105. S. 351.

для введенія соляного раствора въ организмъ³³⁾). Такимъ путемъ была избрана подкожная клѣтчатка. Лѣченіе холеры не мало повліяло на уясненіе дѣйствія этого способа введенія соляного раствора. И здѣсь, какъ и при угрожающихъ кровотеченіяхъ, требуется быстрое введеніе большихъ количествъ жидкости взамѣнъ громадныхъ потерь воды изъ крови, чтобы предупредить прекращеніе кровообращенія. *Samuel*³⁴⁾ предложилъ лѣченіе холеры подкожнымъ введеніемъ физиологического соляного раствора съ прибавленіемъ соды, (1,0 Nat. bicarb. на литръ раствора). Благопріятные результаты, полученные *Cantani*³⁵⁾ при лѣченіи холеры этимъ способомъ, показали, что соляной растворъ, введенный въ большихъ количествахъ ($1\frac{1}{2}$ —5 литровъ) въ подкожную клѣтчатку, поступаетъ въ сосудистую систему, переносится хорошо организмомъ и оказываетъ благотворное вліяніе на пульсъ и дыханіе. Всасываніе происходитъ довольно быстро: $1\frac{1}{2}$ литра всасывается въ теченіи 15 минутъ. Эти наблюденія дали поводъ къ изученію экспериментальнымъ путемъ вопроса о подкожномъ введеніи соляного раствора.

*Feilchenfeld*³⁶⁾ нашелъ, что у животныхъ съ нормальнымъ количествомъ крови подкожное введеніе соляного раствора не оказываетъ никакого вліянія на повышеніе кровяного давленія; жидкость всасывается очень медленно, такъ что въ слѣдующіе дни видна еще опухоль на мѣстѣ впрыскиванія. У обезкровленныхъ животныхъ наблюдается повышеніе кровяного давленія, иногда до прежней высоты. Этотъ эфѣктъ наблюдается также и у животныхъ необезкровленныхъ, у которыхъ паденіе кровяного давленія зависѣло отъ голода и

³³⁾ *Rutgers* (Intraperitoneale Kochsalzinfusion bei acuter Verblutung. Cen-tralb. f. Gyn. 1887, № 37. S. 597.) послѣ безуспѣшнаго введенія соляного раствора въ вену и подкожную клѣтчатку, впрыснуль $\frac{1}{2}$ литра подогрѣтаго раствора въ полость рентгенои и спасъ отъ смерти родильницу, потерявшую послѣ IX родовъ громадное количество крови. *H. Kelly* (Resuscitation from impeding deat due to concealed Hemorrhage by the infusion of a litre of normal salt solution centrally into the radial artery. Amer. Journ. of Obst. und dissesases of women and childern. 1894 v. XXX. p. 184) съ успѣхомъ вводилъ соляной растворъ въ art. radialis въ направлениі къ сердцу при большихъ послѣродовыхъ кровотеченіяхъ.

³⁴⁾ *Samuel*.—Subcutane oder intravenöse Infusion als Behandlungs metode d. Cholera. Berl. klin. Wochenschr. 1884. №№ 40 и 41. SS. 637 и 652.

³⁵⁾ *Samuel*.—I c. S. 655.

³⁶⁾ *Feilchenfeld*.—Experimentelle Beobachtungen über subcutane Infusion. Virchow's Arch. 1886. Bd. 106. s. 479

жажды. Кроме животныхъ, *Feilchenfeld* испыталъ подкожное введеніе соляного раствора въ двухъ случаяхъ на людяхъ (*dysenteria*, и *pericarditis*, осложнившая *pyelitis*). Хотя не удалось спасти жизнь, но можно было констатировать благоприятное влияніе на повышеніе кровяного давленія и общее самочувствіе больныхъ. Эти случаи подтвердили, что введенный подъ кожу соляной растворъ быстро переходить въ кровь и оказываетъ свое полезное дѣйствіе.

Опыты *Pregaldino*³⁷⁾ подтвердили выводы *Feilchenfeld*'а, указавъ, что у обезкровленныхъ животныхъ происходит довольно быстро всасываніе соляного раствора изъ подкожной клѣтчатки; дыханіе и пульсъ улучшаются, кровяное давленіе повышается и животное оправляется; повышеніе кровяного давленія уже замѣчается чрезъ $\frac{1}{4}$ часа—доказательство быстроты всасыванія. Чѣмъ скорѣе послѣ кровопусканія послѣдуетъ введеніе раствора, тѣмъ скорѣе повышается кровяное давленіе.

Pregaldino примѣнилъ подкожное введеніе раствора соли у женщины, потерявшей при выкидыши громадное количество крови. Она была безъ пульса, толчекъ сердца опредѣлялся неясно, дыханіе поверхностное. Подогрѣтый до 40° С. растворъ соли, въ количествѣ 350 куб. сант., былъ введенъ въ подкожную клѣтчатку передней брюшной стѣнки; массажъ для ускоренія всасыванія. Пульсъ поднялся, сознаніе возвратилось. Было введено еще 500 куб. сант., раствора. Больная совершенно поправилась. На основаніи такого результата авторъ хвалить подкожное введеніе соляного раствора при всѣхъ случаяхъ острого угрожающаго малокровія. Эти работы вполнѣ выяснили, что большія количества соляного раствора, введенный подъ кожу, при сохранности кровообращенія, попадаютъ въ кровь, повышаютъ кровяное давленіе и возбуждаютъ сокращенія сердца, и что наконецъ самый способъ, при соблюдении, конечно, антисептическихъ мѣръ, безопасенъ.

Въ акушерствѣ и гинекологіи этотъ способъ введенія соляного раствора получилъ распространеніе послѣ опублико-

³⁷⁾ *Pregaldino*.—Des injections sous-coutanees d'une solution de sel marin dans l'anemie aigüe. Bull. de l'Academie de méd. de Belge. 1887. № 2; реф. въ Hirsch-Virchow's Jahresbericht. 1887. Bd. I. s. 303, и Bullet. de l'Academie de méd. de Belge. 1888. № 9, реф. въ Centr. f. Gyn. 1889. № 17. s. 302

вания наблюдений *Münchmeyer'a*³⁸⁾, который применилъ его въ 8 случаяхъ сильныхъ кровотечений во время и послѣ родовъ. Вводимый въ количествѣ литра въ подкожную клѣтчатку подклюничной области или между лопатками онъ быстро устранилъ опасный для жизни коллапсъ. *Münchmeyer* считаетъ этотъ способъ безопаснымъ сравнительно съ внутривенознымъ. Рядомъ съ этими случаями авторъ упоминаетъ о десяти другихъ, гдѣ подкожное введеніе солянаго раствора успѣха не имѣло. Въ этихъ случаяхъ оно примѣнялось при коллапсе послѣ келіотоміи у лицъ съ перерожденіемъ сердца. Послѣ сообщенія *Münchmeyer'a*, въ литературѣ появляются другіе случаи, въ которыхъ съ такимъ же успѣхомъ примѣнялось подкожное введеніе солянаго раствора при тяжелыхъ формахъ малокровія. Въ случаѣ *Chazan'a*³⁹⁾ произошло внутреннее кровотеченіе вслѣдствіе разрыва беременной трубы и сильный коллапсъ, который, послѣ безуспѣшнаго примѣненія возбуждающихъ, скоро уступилъ подкожному введенію 10% раствора поваренной соли; больная чувствовала себя хорошо въ теченіи 5 часовъ, когда наступилъ новый коллапсъ; введеніе солянаго раствора было повторено, на этотъ разъ съ абсолютно благопріятнымъ результатомъ—больная выздоровѣла.

*Frank*⁴⁰⁾ приводить два случая острого малокровія: при выкидыши и послѣ оваріотоміи. Послѣ оваріотоміи произошло послѣдовательное кровотеченіе, источникъ котораго—невполнѣ перевязанный сосудъ ножки кисты. Келіотомія; послѣ нея коллапсъ, введеніе 400 гр. солянаго раствора въ подкожную клѣтчатку бедра, пульсъ улучшился, но чрезъ 1½ часа снова стала нитевиднымъ; снова введено 700 гр., пульсъ сталъ ощущимъ въ ar. *radialis*, дыханіе правильнѣ. Больная поправилась. Такой же благопріятный результатъ получился и въ первомъ случаѣ.

*Ostermann*⁴¹⁾ сообщаетъ случай келіотоміи поповоду внѣ-

³⁸⁾ *Münchmeyer*.—Ueber d. Werth d. subcutan. Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anaemie. Arch. f. Gyn. 1889. Bd. 34. s. 381.

³⁹⁾ *Chazan*.—Darf d. subkutane Kochsalzinfusion bei schwerer Anämie infolge innere Blutung angewendet werden? Centralb. f. Gyn. 1889. № 33. S. 581.

⁴⁰⁾ *Frank*.—Beitrag zur Behandlung d. acuten Anämie mittels Kochsalzinfusion. Prager med. Wochenschr. 1890. № 51. s. 627.

⁴¹⁾ *Ostermann*.—Zur practischen Bedeutung d. Salzwasserinfusion bei acuter Anämie. Therapeutische Monatshefte. 1893. October, s. 483.

жаточной беременности, въ которомъ на слѣдующій день послѣ операциіи былъ 3 раза тяжелый коллапсъ, завгсѣвшій отъ повторныхъ внутреннихъ кровотеченій, потому что при операціи остановка кровоточенія была очень затруднительна. При каждомъ коллапсѣ, введеніе 700—800 гр. соляного раствора подъ кожу въ окружности маттаса. Наступившее выздоровленіе затянулось вслѣдствіе пролежня на крестцѣ. Авторъ рекомендуетъ дѣлать подкожное введеніе соляного раствора профилактически предъ поворотомъ при *placenta praevia* и предъ келіотоміей по поводу внутренняго кровоточенія при внѣматочной беременности.

Feis ⁴²⁾ примѣнялъ подкожное введеніе соляного раствора въ трехъ случаяхъ острого малокровія, развившагося послѣ операцій: неполной экстерираціи матки, пораженной ракомъ, и двухъ келіотомій, сопровождавшихся большими потерями крови. Въ двухъ случаяхъ получился хороший результатъ, въ третьемъ (келіотомія) больная оправилась, но на слѣдующій день умерла отъ паралича сердца.

Холмогоровъ ⁴³⁾ получилъ прекрасные результаты въ 24 случаяхъ сильныхъ кровоточеній *intra et post partum* въ Московскомъ родильномъ домѣ. Соляной растворъ вводился въ подкожную клѣтчатку брюшной стѣнки, груди и конечностей. Рядомъ съ этими случаями приводится 8 другихъ, гдѣ этотъ способъ оказался безполезнымъ: въ трехъ случаяхъ имѣлись разрывы шейки, въ одномъ—тѣла матки, въ 4 случаяхъ—ничѣмъ не остановимое кровоточеніе. Въ заключеніе статьи *Холмогоровъ* говоритъ, что подкожное введеніе соляного раствора должно примѣняться предпочтительно въ благоустроенныхъ родильныхъ домахъ, при хорошо обученномъ врачебномъ персоналѣ.

Не смотря на прекрасные результаты этого способа введенія соляного раствора, какъ видно изъ приведенной литературы, нельзя не указать на одну сторону его, мѣшающую обширному примѣненію въ частной и сельской практикѣ. Я

⁴²⁾ *Feis*.—Zur Frage und Technik d. subcutanen Kochsalzinfusion bei acuter Anæmie. Therapeutische Monatshefte. 1894. № 2.

⁴³⁾ *Cholmogoroff*.—Die Einführung von physiologischer Kochsalzlösung in d. Organismus bei grossen Blutverlusten während und nach d. Geburt. Samml. klin. Vorträge. N. F. № 161. 1896.

разумѣю сложность способа. Необходимо имѣть особый аппаратъ (состоящій изъ стеклянной воронки, гуттаперчевой трубы, въ метръ длиною, и длинной полой иглы), необходимо каждый разъ его и вводимый растворъ соли обезспложивать, что требуетъ извѣстного времени, наконецъ необходимо помощникъ для послѣдовательного массажа—все это, вмѣстѣ взятое, трудно выполнить въ практикѣ внѣ лѣчебныхъ заведеній. Кромѣ этого, опухоли, возникающія на мѣстѣ введенія раствора, весьма медленно разсасываются и бываютъ иногда очень болѣзнины (*Sahli*⁴⁴) и *Leichtenstern*⁴⁵). Поэтому въ практикѣ начали примѣнять съ большою пользою, при громадныхъ потеряхъ крови, введеніе въ организмъ физиологического раствора поваренной соли въ видѣ клизмъ.

*Bode*⁴⁶) примѣнилъ одинъ изъ первыхъ при остромъ малокровіи послѣ *placenta praevia* большія клизмы изъ соляного раствора; результаты получились прекрасные, всасываніе жидкости происходило быстро.

*Huzarski*⁴⁷) въ одномъ случаѣ громаднаго кровотечеія послѣ преждевременныхъ родовъ ввелъ литръ 0,6% раствора соли *in rectum*; состояніе больной улучшилось: головокруженіе прошло, пульсъ поднялся. Чрезъ 5 часовъ снова малый пульсъ, холодная конечности; подъ кожу введено 900 гр. соляного раствора, больная оправилась. Въ послѣродовомъ періодѣ t^0 доходила до 41^0 ; медленное выздоровленіе; родильница встала чрезъ 2 недѣли.

Въ случаѣ *Heer'a*⁴⁸) сильное кровотеченіе *sub partu* вслѣдствіе *placenta praevia lateralis*; поворотъ съ извлечениемъ, выдѣленіе постѣда; атоническое кровотеченіе, больная безъ пульса; клизма изъ 2 литровъ 1/2% раствора соли, больная оправляется; чрезъ часъ вторичный коллапсъ, сдѣлано вторая клизма, улучшеніе пульса и общаго состоянія. Родильница выписалась

⁴⁴⁾ *Sahli*.—Über Auswaschung d. menschl. Organismus und über d. Bedeutung d. Wasserzufuhr in Krankheiten. Samml. klin. Vorträge. N. F. 1890, № 11

⁴⁵⁾ v. *Leichtenstern*.—Ueber intravenöse Kochsalzinfusion bei Verblutungen Samml. klin. Vortr. N. F. 1891. № 25.

⁴⁶⁾ *Bode*—Centr. f. Gyn. 1886. № 30 s. 494. Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Dresden. Sitzung 1 April. 1886.

⁴⁷⁾ *Huzarski*.—Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie vermittels subcutaner Kochsalzinfusion. Cent. f. Gyn. 1890. № 28 s. 498.

⁴⁸⁾ *Heer*.—Un cas d'anémie grave post partum guéri par de grands lavements d'eau salée. Revue médic. de la Suisse romande. 1890. № 48. p. 424.

здравою. Авторъ настоятельно рекомендуется въ случаяхъ тяжелой анеміи примѣнять клизмы вмѣсто внутривенознаго и подкожнаго введенія солянаго раствора.

*Нейштубе*⁴⁹⁾ примѣнялъ клизмы изъ солянаго раствора въ трехъ случаяхъ сильныхъ кровотечений въ послѣродовомъ періодѣ и въ двухъ случаяхъ при выкидышахъ съ прекрасными результатами. Клизы дѣлались изъ обыкновенной эсмарховской кружки; на 3—3 $\frac{1}{2}$ стакана воды бралась чайная ложечка соли, t° жидкости 38—39° (С.).

*Warmann*⁵⁰⁾ также получилъ прекрасные результаты отъ клизмъ въ 27 случаяхъ угрожающихъ жизни кровотечений послѣ выкидыши и родовъ. Клизы дѣлались изъ неподогрѣтой жидкости, такъ какъ холодная вода, по мнѣнию автора, рефлекторнымъ путемъ дѣйствуетъ на центръ сосудодвигательныхъ нервовъ и вызываетъ сокращеніе стѣнокъ сосудовъ, вслѣдствіе чего возбуждается дѣятельность сердца. Дыханіе дѣляется правильнымъ и глубокимъ, обмѣнъ веществъ повышается. Преимущество клизмъ предъ внутривенознымъ введеніемъ заключается въ томъ, что не происходитъ чрезмѣрного разжиженія крови и растворенія красныхъ кровяныхъ шариковъ и уменьшенія гемоглобина; такъ какъ изъ кишечника всасывается столько жидкости, сколько нужно для организма. Всасываніе происходитъ въ теченіи 4 $\frac{1}{2}$ минутъ. Холодная вода обладаетъ болѣшимъ кровоостанавливающимъ дѣйствиемъ, чѣмъ подогрѣтая: авторъ не наблюдалъ повторныхъ кровотечений при холодной водѣ, при подогрѣтой, видѣль въ 2 случаяхъ; вводился обыкновенно литръ жидкости съ чайной ложечкой поваренной соли.

*Witte*⁵¹⁾ указываетъ на большую всасывающую способность recti и совѣтуетъ пользоваться ею для введенія въ организмъ жидкости. Значеніе этой способности авторъ иллюстрируетъ случаемъ внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрыва беременной трубы, гдѣ до келіотоміи были сдѣланы

⁴⁹⁾ Нейштубе.—Къ вопросу объ употреблении физиологического раствора поваренной соли при острой тяжелой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотечений. Журн. Акуш. и Жен. бол. 1892. Іюнь стр. 552.

⁵⁰⁾ Warmann.—Über d. rectale Applikationsweise d. phys. Kochsalzlös. bei Verblutenden. Therap. Monatshefte. 1893. Septemb. s. 451.

⁵¹⁾ Witte.—Die Resorptionsfähigkeit d. Dickdarmes in gynäkologischer Beziehung. Deutsch. med. Wochenschr. 1896. s. 465.

2 клизмы изъ теплого молока и воды, въ количествѣ 500 гр.⁴ съ промежутками въ 15 минутъ; пульсъ поднялся, но былъ еще слабъ. Послѣ келіотоміи были дѣлаемы клизмы въ 150 гр. каждый часъ до ночи; на слѣдующій день клизмы были повторены. Больная производила впечатлѣніе родильницы, но не келіотомированной. Во второмъ случаѣ послѣ келіотоміи (*pyosalpinx et ventrofixatio*) въ теченіе 5 дней не было стула; поставлена клизма изъ 1½ литровъ воды; чрезъ 1/2 часа сдѣлана вторая клизма изъ 1½ літр. раствора поваренной соли, въ виду бездѣйствія первой. Послѣ второй клизмы выдѣлилось около 50 гр. жидкости. Пульсъ, бывшій до клизмъ слабымъ и легко сжимаемымъ, сталъ болѣе твердымъ, и самочувствіе больной улучшилось. На основаніи всего этого *Wille* соvѣтуется при келіотоміяхъ, послѣ операциіи дѣлать каждыя 2—3 часа водяныя клизмы, а у истощенныхъ—питательныя. Онъ думаетъ, что этимъ можно предупредить упадокъ дѣятельности сердца; такъ какъ субъективное и объективное состояніе больныхъ послѣ клизмъ значительно улучшается.

Холмогоровъ (l. c.) въ 19 случаяхъ обильныхъ кровотечений *sub et post partum* примѣнялъ клизмы въ 250 гр. соляного раствора съ хорошимъ результатамъ и рекомендуется ихъ особенно въ частной практикѣ.

*Mitour*⁵²⁾ соvѣтуется употреблять соляные клизмы въ слѣдующемъ видѣ: сначала клизма изъ теплой воды, послѣ дѣйствія которой дѣлаются соляные (на літъ теплой воды кофейная ложка морской соли), сперва каждые 1/2 часа, при тяжелыхъ явленіяхъ, или часъ въ первый день; во второй чрезъ 2 часа, въ третій чрезъ 6 часовъ. Приводится 5 случаевъ сильныхъ кровотеченій (3—при *ulcus ventriculi rotundum*, 1—при геморроѣ и 1 случай маточного кровотеченія (повидимому затянувшійся выкидыши). Во всѣхъ этихъ случаяхъ методъ автора увѣнчался успѣхомъ: опасныя послѣдствія сильныхъ кровотеченій прошли, и больныя поправились.

Въ самое послѣднее время *Max Schmid*⁵³⁾ у экламптической родильницы съ нитевиднымъ, еле ощутимымъ пульсомъ,

⁵²⁾ *Mitour*.—*Traitemennt des accidents consecutifs aux grandes hémorragie par les lavements salés. La médecine moderne.* 1896. Supl. № 95. p. 728.

⁵³⁾ *Max Schmid*.—*Eklampsie bei Mutter und Kind.* Centralb. f. Gyn. 1897. № 25, 27 Juni, s. 821.

вследствие сильного кровотечения, ввелъ въ видѣ клизмы $\frac{1}{2}$ литра физиологического раствора соли и подъ кожу Ol. camphor; черезъ $\frac{1}{2}$ часа пульсъ поднялся, сдѣлался правильнымъ и медленнымъ. Въ клинике проф. Torrgler'a эти клизмы, по словамъ автора, примѣняются часто.

Изъ приведенной литературы видно, что уже накопилось достаточно материала, чтобы признать полезное дѣйствіе соляныхъ клизмъ при тяжелыхъ и опасныхъ для жизни послѣдствіяхъ большихъ кровотеченій. Всѣ известные случаи констатируютъ благопріятное вліяніе клизмъ при наружныхъ кровотеченіяхъ акушерскихъ и гинекологическихъ. Только въ случаѣ Witte (см. выше) клизмы изъ теплого молока и воды примѣнялись при внутреннемъ кровотечении вслѣдствіе разрыва беременной трубы. Въ этомъ случаѣ клизмы имѣли временное вліяніе: келіотомія была произведена при маломъ пульсѣ. Мой случай представляется единственнымъ, где соляные клизмы дали окончательный результатъ: опасный для жизни коллапсъ прошелъ и не повторялся; дыханіе стало глубже, пульсъ опредѣлялся въ лучевыхъ артеріяхъ, жажда уменьшилась, рвота прекратилась, и желудокъ сталъ переносить принятые вино и эфиръ. Это улучшеніе наступило чрезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ первой клизмы и шло прогрессивно. Что касается способа примѣненія, то, придерживаясь совета Холмогорова, я назначалъ небольшія клизмы (200—250 гр.) изъ физиологического раствора поваренной соли ($1\frac{1}{2}$ чайныхъ ложечки на литръ теплой воды) чрезъ 20 минутъ; клизмы дѣлались изъ эсмарховской кружки. Не смотря на коллапсъ, все клизмы задержались, хотя дѣлались при обыкновенномъ положеніи больной на спинѣ.

Простота, удобопримѣняемость при всякой обстановкѣ, ничтожная затрата времени, безопасность, быстрота всасыванія и вліянія на возстановленіе дѣятельности сердца составляютъ неоспоримыя преимущества этого метода предъ подкожнымъ введеніемъ, оцѣнку котораго я сдѣлалъ раньше. Поэтому нельзя не рекомендовать товарищамъ по специальному этого способа введенія въ организмъ физиологического раствора поваренной соли при опасныхъ внутреннихъ кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ исходовъ трубной беременности—

разрыва и трубного аборта, особенно въ частной практикѣ, гдѣ производство келіотоміи сопряжено съ громадными затрудненіями, а иногда и невозможно. Для клиники этотъ способъ также окажеть услуги, такъ какъ, устранивъ опасный коллапсъ, дастъ возможность произвести успѣшно келіотомію для отысканія и перевязки кровоточащаго мѣста. Слѣдуетъ также ознакомить съ нимъ и акушерокъ, которые бываютъ первыми свидѣтельницами большихъ кровотеченій и ихъ опасныхъ для жизни послѣдствій.

V.

Къ вопросу объ удаленіи придатковъ матки чрезъ влагалище.

В. И. Шелоумова.

(Изъ Гинекологической клиники проф. Дм. О. Отта при Императорскомъ Клиническомъ Институтѣ и Гинекологического отдѣленія Императорскаго Повивальнаго Института).

ГЛАВА I.

Влагалищная гистеректомія по поводу онкологическихъ нагноеній.

Операциія *Péan*'а¹⁾ названа авторомъ маточной кастраціей. Хотя это название очень часто недостаточно опредѣляетъ образъ дѣйствія хирурга, такъ какъ обыкновенно изсѣченіе матки дополняется удаленіемъ придатковъ, тѣмъ не менѣе оно должно быть предпочтено названіямъ «полной кастраціи или маточно-яичниковой,» по выражению *Doyen*'а²⁾. Оно показываетъ, что при операциіи главное значеніе имѣть удаление матки, а удаление придатковъ играетъ второстепенную роль и зависитъ отъ тяжести пораженія ихъ; «матка удаляется прежде всего, а придатки удаляются не вполнѣ и даже часто все ограничивается однимъ вскрытиемъ полостей», говоритъ *Segond*³⁾ Да и сама матка, всегда болѣе или менѣе фиксированная сращеніями, не можетъ быть удалена иначе, какъ при помощи кускованія и наложенія защемляющихъ пинцетовъ, какъ выразился *Pozzi*⁴⁾ и по этому онъ предлагаетъ назвать гистеректомію, когда она производится съ

¹⁾ *Péan*—Bull. méd. 1890 г. p. 633.

²⁾ *Doyen*—«324 opérations sur l'utérus et ses annexes»—Arch. prov. de chir. 1892, p. 477.

³⁾ *Paul Segond*—«De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri—utérines.»—Ann. de gyn. et d'obst., 1891 г. t. 35, p. 161. (Communication faite à la société de chir. le 25 fevrier 1891).

⁴⁾ *Pozzi*—Руководство по гинекологии стр. 736.

цѣлью излѣченія околоматочнаго нагноенія, опоражнивающей—
hysterectomy evacuatrix.

Лѣченіе околоматочныхъ нагноеній посредствомъ удаленія матки чрезъ влагалище было предложено *Péan'омъ*⁵⁾ и описано имъ подъ именемъ «Castration utriner». По его мнѣнію, во всѣхъ случаяхъ околоматочныхъ нагноеній, которая исключительно до того времени лѣчились per coeliotomiam съ насколько возможно полнымъ удаленіемъ пораженныхъ частей, надо примѣнять влагалищную гистеректомію съ удаленіемъ придатковъ или безъ этого, смотря по случаю.

Этотъ способъ, къ которому онъ прибѣгалъ 60 разъ безъ всякихъ осложненій, менѣе опасенъ, чѣмъ удаленіе придатковъ посредствомъ чревосѣченія; онъ даетъ болѣе полное выздоровленіе, значительно меныше располагаетъ къ послѣдующимъ фистуламъ и даетъ возможность избѣжать тѣхъ непрѣятныхъ, а подъ часъ очень тяжелыхъ осложненій, съ которыми сопряжено вскрытие брюшной стѣнки.

Такъ какъ исходной точкой тазовыхъ пораженій чаще всего бываетъ матка, говорить *Péan*,⁶⁾ то онъ совѣтуетъ сначала обращать вниманіе на первичный эндометритъ. Вяжущія мѣстныя лѣкарства, расширеніе, выскабливаніе достаточны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поражена одна слизистая оболочка матки. Если же нагноеніе захватило придатки и малый тазъ, слѣдуетъ прибѣгать, или къ влагалищному разрѣзу и дренажу въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нагноеніе рѣзко ограничено, или къ полному удаленію матки и, если возможно, придатковъ въ тяжелыхъ случаяхъ.

Свой способъ кускованія *Péan* описалъ подробнѣ только на Берлинскомъ конгрессѣ⁷⁾.

Съ такою же подробностью съѣ описание *Paul Segond'омъ*⁸⁾ проф. Славянскимъ⁹⁾ и *Pozzi*¹⁰⁾ почти буквально передаетъ описание *Segond'a*.

⁵⁾ *Péan*—Bull. mѣd. 1890, p. 633—636. Сообщено на X международномъ съѣздѣ въ Берлинѣ.

⁶⁾ *Péan*—I. c.

⁷⁾ *Péan*—Bull. mѣd. août, 1890, p. 817.

⁸⁾ *Paul Segond*.—I. c.

⁹⁾ Пр. К. Ф. Славянский—«Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней т. II, стр. 102 и 103.

¹⁰⁾ *Pozzi*—I. c. стр. 736—737.

Больную кладутъ въ лѣвое боковое или въ спинно-ягодичное положеніе, маточная шейка обнажается зеркалами, крѣпко захватывается и насколько возможно низводится. Послѣ предварительного выскабливанія полости матки дѣлается циркулярный разрѣзъ шейки и отсепаровка мочевого пузыря до брюшины пальцемъ или при помощи тупого конца длиннаго расширителя *Réan'a*, а потомъ сзади до брюшины Дугласова пространства. При такомъ отдѣленіи передней и задней поверхности матки дѣлаются видимы съ обѣихъ сторонъ основанія широкихъ связокъ; затѣмъ стараются сдвинуть клѣтчатку и сдѣлать болѣе доступными зрѣнію широкія связки, на нихъ потомъ накладываются зажимы и у самаго края матки съ той и другой стороны перерѣзывается основаніе широкихъ связокъ. Послѣ этого ножницами дѣлаются разрѣзы матки съ боковъ и получаются такимъ образомъ двѣ губы—передняя и задняя, которыя захватываются пинцетами и отрѣзаются. Затѣмъ операциѣ продолжается такимъ же образомъ, подвигаясь постепенно ко дну матки, т. е. сначала перевязывается извѣстный участокъ широкой связки, перерѣзывается и матка опять разсѣкается на двѣ губы—переднюю и заднюю. Кускованіе производится въ нѣсколько послѣдовательныхъ приемовъ и каждый изъ этихъ приемовъ состоить по *Réan'u* изъ четырехъ главныхъ моментовъ: 1) освобожденія части передней и задней поверхности матки, 2) разсѣченія соотвѣтствующей части широкихъ связокъ, 3) раздѣленія на двѣ створки (переднюю и заднюю) части матки, ставшей свободной благодаря двумъ предъидущимъ манипуляціямъ, 4) изсѣченія полученныхъ такимъ образомъ двухъ створокъ.

Если переднюю и заднюю поверхность матки освобождаютъ отъ связи съ окружающими частями при помощи тупого конца длиннаго расширителя *Réan'a*, то отсепаровку стѣнокъ матки слѣдуетъ производить съ величайшою осторожностью, заботясь о томъ, чтобы направлять инструментъ какъ можно ближе къ маточной ткани. Такимъ образомъ избѣгаютъ пораненія мочевого пузыря и прямой кишкѣ; смотря по условіямъ случая вскрываютъ при этомъ или брюшинный мѣшокъ или гнойное скопленіе. Можетъ случиться также, что отсепаровка стѣнокъ матки будетъ доведена до конца безъ вскрытия брюшины и

тнйныхъ скопищъ, т. е. матка какъ-бы вылущается изъ ложныхъ перепонокъ.

Никогда не слѣдуетъ накладывать зажимовъ и отрѣзывать частей матки безъ контроля зрѣнія, говорить *Segond*¹¹⁾. Такимъ образомъ удается изъять всю матку и въ исключительныхъ случаяхъ приходится оставлять часть дна матки, какъ случилось у *Segond'a*¹²⁾. Такая исключительная случайность съ точки зрења терапевтическаго эфѣкта не имѣеть серьезнаго значенія.

Дѣйствительно, для того, чтобы эфѣктъ операциіи оказался положительнымъ, достаточно открыть широкій путь наружу гнойнымъ продуктамъ.

Удаливши матку, необходимо произвести тщательное изслѣдованіе, нѣтъ ли еще не вскрытыхъ гнойныхъ полостей. Если таковыя окажутся, то необходимо ихъ вскрыть пальцемъ, такъ какъ если мы оставляемъ не вскрытою хотя-бы одну полость, то, разумѣется, мы уменьшаемъ эфѣктъ операциіи и ухудшаемъ послѣдующее выздоровленіе. Если окажется возможно удалить придатки, или части ихъ по освобожденіи отъ сращеній, то мы обязаны это сдѣлать.

Первая влагалищная гистеректомія по поводу пораженія придатковъ сдѣлана 12-го декабря 1887 г. *Péan'*омъ¹³⁾ и *Doyen'*омъ¹⁴⁾ 3-го декабря 1887 г., но идея изсѣченія матки и яичниковъ безспорно принадлежитъ *Péan'*у¹⁵⁾ и исключительно ему; поэтому эта операциія вполнѣ основательно носить название *Péan'a*. *Doyen* до нѣкоторой степени, разумѣется, имѣлъ основаніе претендовать на первенство и въ Германіи, повидимому, въ началѣ этого вопроса склонны были приписать эту привилегію *Doyen'*у¹⁶⁾. Разборъ первыхъ операцій освѣщаетъ этотъ споръ и позволяетъ высказываться опредѣленно.

12 декабря *Péan*¹⁷⁾ сдѣлалъ влагалищную гистеректомію по поводу эндометрита, осложненнаго salpingit'омъ, pelvo-

¹¹⁾ *Paul Segond*.—I. c.

¹²⁾ *Paul Segond*.—*Ibid.*

¹³⁾ *Baudron*.—„De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des Lésions bilatérales des Annexes de l'Uterus (Opération de Péan)“ Paris, 1894, p. 8 и *Doyen*.—I. c., p. 449.

¹⁴⁾ *Baudron*.—loc. cit., p. 8 и *Doyen*.—I. c., p. 453.

¹⁵⁾ *Pozzi*.—Руководство по гинекологіи. I. с., стр. 702.

¹⁶⁾ *Sänger*.—Geb. Gyn. Gesellsch. Leipzig. Centralbl. f. Gyn., 1896 г., с. 70.

¹⁷⁾ *Doyen*.—I. c., p. 449.

peritonit'омъ и гнойными кистами яичниковъ: увеличенная воспаленная матка была неподвижна среди полужидкихъ опухолей и была принята врачами за *sacto-salpinx* и больной была предложена *coeliotomia*. *Péan* же до операциі опредѣлилъ существование кисты лѣваго яичника, доходящей до пупка. Онъ сдѣлалъ удаленіе матки съ помощью двухсторонняго разрѣза шейки и матки и наложенія 15 пинцетовъ. Увидѣвъ послѣ этого, что оба яичника были осумкованы и соединены съсосѣдними органами общими сращеніями, онъ ихъ пунктировалъ, отдѣлилъ пальцами и вырѣзаль ихъ съ трубами, наложивъ на ножку три новыхъ пинцета. Яичники содержали лѣвый «2 стакана, правый—5 стакановъ гноя».

20 слѣдующаго декабря, *Péan* оперировалъ тѣмъ-же путемъ женщину, страдавшую эндометритомъ, *salpingit'омъ* и лѣвой яичниковой кистой, вскрывшейся въ *rectum*. По извлечениіи матки онъ убѣдился, что лѣвый яичникъ и трубы покрыты общими сращеніями; прокалывается яичниковую опухоль и замѣчается присутствіе второй полости, изъ которой вытекаетъ послѣ разрѣза жидкость съ фекальными массами; въ трубахъ содержался гной, въ каждой приблизительно по $\frac{1}{2}$ стакана. Удаленъ только лѣвый яичникъ, а остатки трубъ и праваго яичника осторожно, стараясь не разорвать верхнихъ сращеній, вшивались въ рану.

Приведенные эти 2 операциі по словамъ самого *Péan'a*¹⁸⁾ относятся къ гнойнымъ яичниковымъ кистамъ, т. е. къ тѣмъ тазовымъ нагноеніямъ, которыя рассматриваются какъ горичные и не имѣющія ничего общаго съ *salpingitis suppurativa*.

*Doyen*¹⁹⁾; съ особеннымъ ударениемъ отмѣчаетъ, что *Péan* примѣнилъ маточную кастрацію къ лѣченію околоматочныхъ первичныхъ нагноеній (*salpingo-oophoritis, pelveo-peritonitis*) только 6-го марта 1888 года и повторилъ эту операцию 2 іюня и 30 августа того-же года. При первой изъ этихъ двухъ дѣло касается нагноенія широкой связки, содержащей 2 литра гноя²⁰⁾.

¹⁸⁾ *Doyen*—I. c., p. 450.

¹⁹⁾ *Doyen*.—*Ibid.*

²⁰⁾ *Secheyron*.—„*Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie*“. Paris. 1889 p. 784, 608, 609 и 785, cit. по *Doyen*'у.

Изъ этихъ разсужденій, конечно, слѣдуетъ, что *Péan* произвелъ свою операцио влагалищной гистеректоміи по поводу гнойнаго пораженія придатковъ на 3 мѣсяца позднѣе *Doyen'a*.

На 5 французскомъ хирургическомъ конгрессѣ въ засѣданій 1 апрѣля 1891 г. *Doyen*²¹⁾ представляетъ результаты своихъ 20 первыхъ влагалищныхъ гистеректомій, изъ которыхъ и было видно время первой сдѣланной имъ маточной кастраціи по поводу гнойнаго пораженія придатковъ.

На Брюссельскомъ же конгрессѣ 1892 года въ сентябрѣ *Doyen'омъ*²²⁾ былъ поднятъ вопросъ о первенствѣ и *Segond*²³⁾ отвѣчалъ: «конечно слѣдуетъ поздравить *Doyen'a* съ его счастливой инициативой, но очевидно, чтобы имѣть право на первенство метода, онъ долженъ быть бы заявить его раньше первыхъ сообщеній *Péan'a*, чего именно онъ и не сдѣлалъ.»

Другое заявленіе *Segond'a*²⁴⁾ высказано еще болѣе определено на Брюссельскомъ конгрессѣ: «я сожалѣю, что *Doyen* ждалъ 1892 года, чтобы заявить первенство на влагалищную гистеректомію по поводу пораженія придатковъ; я думаю, что оно должно быть оставлено за *Péan'омъ*, который ее возвелъ въ методъ и описалъ ея оперативную технику»....

Я не привожу дальнѣйшей полемики между *Segond'омъ* и *Doyen'омъ* по этому вопросу, которая подробно разобрана *Doyen'омъ*²⁵⁾, такъ какъ изъ приведенныхъ данныхъ достаточно ясно, что *Péan* имѣеть полное и справедливое право на первенство: 1) онъ первый сдѣлалъ влагалищную гистеректомію по поводу гнойнаго пораженія придатковъ, создалъ планъ и поставилъ діагнозъ до операции; 2) Хотя *Doyen* и говоритъ, что первыя операции *Péan'a* до 6 марта 1888 г. не относились къ первичнымъ гнойнымъ страданіямъ придатковъ, но онъ не можетъ отрицать того, что планъ операции *Péan'омъ* созданъ раньше; 3) *Péan* первый заявилъ о своихъ операцияхъ и первый описалъ оперативную технику; 4) *Doyen* въ первый

²¹⁾ *Doyen*.—l. c. p. 531.

²²⁾ *Doyen*.—Congrès international de Gyn., et. d'Obst. Bruxelles.—Gaz. des. hôp. 1892, t. 65, p. 1057—1058.

²³⁾ *Baudron*.—l. c. p. 9.

²⁴⁾ *Segond*.—Bull. med., 1892 г., p. 1239, и Gaz. des. hôp. 1892, t. 65, p. 1057—1058.

²⁵⁾ *Doyen*.—l. c. p. 528—532.

разъ 3-го декабря 1887 года удаляль матку ради маточнаго страданія и случайно, во время операциі, убѣдившись въ страданіи придатковъ, удалилъ и послѣдніе.

Вотъ, по моему мнѣнію, доводы для доказательства первенства *Péan'a* и едвали можно считать доказательными слова которая высказываеть *Baudron*²⁶⁾ въ своей прекрасной работе, „что попытка сдѣлать подобную операцию не можетъ зародиться въ умѣ молодаго хирурга какимъ бы онъ ни былъ ловкимъ и рѣшительнымъ. Подобныя предпріятія были бы сумасшествіемъ“....

Съ знаменитымъ именемъ *Péan'a* тѣсно связано имя *Segond'a*, блестящаго проповѣдника идеи *Péan'a*; ему новая операција обязана быстрымъ своимъ распространеніемъ, тѣми широкими показаніями, при которыхъ она примѣняется и вообще тѣмъ положеніемъ, которое она заняла теперь среди другихъ гинекологическихъ операций.

Первое сообщеніе *Segond'omъ* было сдѣлано въ Хирургическомъ Обществѣ 25-го февраля 1891 года²⁷⁾. Указывая на то недовѣріе, съ которымъ встрѣтили операцию *Péan'a* во Франціи и заграницей, заявилъ, что и онъ самъ былъ противникомъ ея и недавно только измѣнилъ свои убѣжденія, увидѣвъ какъ опериравалъ *Péan*. Дѣло касалось больной 35 лѣтъ, прикованной къ постели въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ однимъ изъ тяжелыхъ тазовыхъ нагноеній. Матка лежитъ очень высоко, не подвижна вслѣдствіе сращеній, отодвинута вправо большими гноинными скопленіемъ, которое выпячивалось немногого во влагалище и верхняя граница его поднималась на 4 пальца выше паховой складки. Правые придатки были наполнены гноемъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе убѣжало его, что coeliotomia здѣсь была бы очень трудна или невозможна, гистеректомія казалась тоже трудно исполнимой. *Péan* же²⁸⁾ очень искусно кускованіемъ удалилъ матку и вмѣстѣ съ тѣмъ вскрылись и всѣ гноиники „безъ всякой попытки вскрыть или изъять придатки“.

²⁶⁾ *Baudron*.—l. c. p. 10.

²⁷⁾ *P. Segond*.—„De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri—utérines“—Ann. de Gyn. et d'Obst. 1891, t. 35, p. 161.

²⁸⁾ *P. Segond* —l. c.

Затѣмъ онъ докладываетъ о своихъ 23 случаяхъ, изъ которыхъ 4 умерли: состояніе больныхъ до операциіи было крайне безнадежно. Безъ операциіи всѣ бы 4 умерли, да и coeliotomia была бы смертельна, поэтому онъ не относить эти 4 смерти на долю самой операциіи. Изъ этихъ всѣхъ случаевъ 7 были съ негнойнымъ пораженіемъ придатковъ, а 16—съ около-маточными нагноеніями.

Въ одномъ случаѣ не удалось извлечь всю матку, и часть дна оставлена на мѣстѣ; въ одномъ случаѣ ранень пузырь и въ двухъ—rectum, хотя здѣсь идеть рѣчь только объ увеличеніи бывшаго раньше отверстія.

Соглашаясь съ Реномъ, онъ говоритъ, что «гистеректомія показана во всѣхъ случаяхъ тазовыхъ нагноеній, которая теперь принято лѣчить reg coeliotomiam съ удаленіемъ больныхъ частей»; далѣе, онъ добавляетъ, что гистеректомія показана тамъ, где требуется двойное удаленіе придатковъ, тамъ же, где не очевидно двухстороннее заболѣваніе ихъ, слѣдуетъ предпочтать чревосѣченіе, которое даетъ возможность поставить точную диагностику и сохранить неприосновенность половыхъ функций; «влагалищная оваріотомія безъ предварительной гистеректомії операциія дурная, трудная и въ частности опасная, и поэтому во всѣхъ случаяхъ удаленія придатковъ влагалищнымъ путемъ гистеректомія должна быть первымъ моментомъ операциіи».

Далѣе онъ ссылается на показанія Rozzi, который утверждаетъ, что женщины, выздоровѣвшія послѣ тазового нагноенія и сохранившія свои придатки, въ большинствѣ случаевъ «дѣлаются неспособными къ дѣторожденію такъ же, какъ и тѣ, которые подвергались экстирипaciі. Трубы у нихъ склерозируются и дѣлаются непроходимыми». Случай Terrier²⁹⁾, где женщина, послѣ удаленія придатковъ съ одной стороны reg coeliotomiam, забеременѣла, онъ относить къ рѣдкимъ случаямъ. Если женщина, страдающая двухстороннимъ нагноеніемъ около матки, можетъ быть вылечена гистеректоміей, то не слѣдуетъ лѣчить разрѣзомъ въ надеждѣ на возможность наступленія

²⁹⁾ Terrier. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1890 г., p. 513.

беременности. Операцио *Bonilly*³⁰⁾ онъ считаетъ исключи-
тельной, показанной въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

25-го февраля 1891 г., въ этомъ же засѣданіи Хирурги-
ческаго Общества *Segond*³¹⁾ подробно описалъ всѣ детали
операциіи *Péan'a*. Съ этого времени онъ самъ замѣтно измѣ-
нилъ свою оперативную технику—онъ замѣнилъ поперечный
разрѣзъ матки съ предварительнымъ гемостазомъ централь-
нымъ изсѣченіемъ коническихъ сегментовъ съ послѣдующимъ
гемостазомъ послѣ перегибанія дна матки. Я опишу его спо-
собъ такъ, какъ описывается *Pozzi*³²⁾ въ своемъ руководствѣ,
который въ свою очередь повторяетъ описание, сдѣланное
*Baudron'омъ*³³⁾.

Обѣ губы шейки захватываются щипцами *Museaux* и, сдѣ-
лавъ круговой разрѣзъ слизистой оболочки влагалища, *Segond*
всегда дополняетъ боковыми разрѣзами. Вскрывъ затѣмъ зад-
ний сводъ и отдѣливъ пальцемъ шейку отъ пузыря, на основа-
ніе широкихъ связокъ накладываются на маточныя артеріи
два кровеостанавливающихъ пинцета и заключающаяся между
ними часть связки разсѣвается. Послѣ этого шейка разсѣ-
вается на два лоскута, передній и задній, и каждый изъ этихъ
лоскутовъ резецируется одинъ за другимъ. Въ этотъ моментъ
операторъ, удерживая крѣпкими щипцами *Museaux* переднюю
губу остатка матки, производить полуразрѣзъ ее спереди по
способу *Doyen'a*. Этотъ разрѣзъ обыкновенно бываетъ доста-
точенъ для того, чтобы оттянуть матку внизъ. Если же этотъ
приемъ окажется недостаточнымъ, то приступаютъ къ кониче-
скому вырѣзыванію центральной части шейки матки. Ножемъ
описываютъ въ самомъ веществѣ матки конусъ, основаніе ко-
тораго соотвѣтствуетъ щипцамъ *Museaux*. Прежде, чѣмъ отдѣ-
лить совсѣмъ этотъ конусъ, захватываются посредствомъ дву-
зубца губы полаго концентрическаго конуса, образовавшагося
при вышеупомянутомъ разрѣзѣ и затѣмъ оканчиваются извлѣ-
ченіемъ сплошнаго конуса. Тотъ же приемъ повторяется въ

³⁰⁾ *Bouilly*. „De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariannes“. —Soc. de Chir. 1890,—Arch. de Tocol. 1890; t. 17, p. 634—644 и Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1890 г. т. 16, p. 500—508.

³¹⁾ *Segond*. I. c.

³²⁾ *Pozzi*. Руководство по гинекологіи стр. 702—703.

³³⁾ *Baudron*. I. c., p. 41, 42, 43.

направлені оть шейки до дна матки. Главное правило заключается въ томъ, чтобы держаться по срединной линіи передней поверхности матки. Дѣйствуя по этому предписанію и вытягивая умѣренно матку, можно оперировать безкровно. Мало по малу благодаря исчезновенію передней стѣнки матки, резецируемой, какъ описано послѣдовательными коническими сегментами, органъ заворачивается кпереди, въ передній сводъ, увлекая за собой верхній край широкихъ связокъ. Въ этотъ моментъ операторъ долженъ позаботиться объ остановкѣ кровотечения. Кнаружи оть придатковъ, если они подались вслѣдъ за тѣломъ матки и кнутри оть нихъ, колъ скоро плотныя сращенія препятствуютъ опущенію ихъ книзу, накладываются сверху книзу маленькие кровоостанавливающіе пинцеты, обыкновенно по два на каждую широкую связку. Каждая связка разрѣзывается и пинцеты опускаются внизъ. По мѣрѣ наложенія пинцетовъ разрѣзываютъ связку и двумя, тремя ударами ножницъ матка высвобождается и операциія заканчивается.

Если матка не поворачивается кпереди, что зависитъ оть заднихъ сращеній, то не слѣдуетъ медлить производствомъ на задней стѣнкѣ матки тѣхъ же пріемовъ, которые примѣняются на передней.

Послѣ удаленія матки приступаютъ къ отыскиванію придатковъ. Если удаленіе ихъ представляется сколько нибудь затруднительнымъ³⁴⁾ или опаснымъ, то лучше оставить ихъ на мѣстѣ, вскрывая гнойныя полости пальцами.

*P. Segond*³⁵⁾ и *Pozzi*³⁶⁾ увѣрены въ томъ, что предварительное освобожденіе шейки даетъ наиболыше обезпеченіе съ точки зрѣнія цѣлости мочеточника, который, послѣ производства этого первого акта, находится въ всякой опасности послѣдующаго защемленія пинцетами.

До сообщенія *Segond'a*³⁷⁾ послѣ сообщеній *Péan*а въ академіи³⁸⁾ и на Берлинскомъ конгрессѣ³⁹⁾ можно сказать никто не повторилъ операциіи *Péan*а; на нее смотрѣли какъ

³⁴⁾ *Segond*—l. c.

³⁵⁾ *P. Segond*—Bull. et. Mém. de la soc. de Chir 1895, t. 21, p. 276.

³⁶⁾ *Pozzi*—Руководство по гинекологіи стр. 703.

³⁷⁾ *Segond*—l. c.

³⁸⁾ *Péan*—Bull. de l'Acad. de Méd. 1890, t. 24, p. 9. cit no *Segond'y*. I. c.

³⁹⁾ *Péan*—Bull. méd. 1890, p. 633.

на операциоъ очень смѣшную, показанную при исключительныхъ условіяхъ.

Въ Хирургическомъ Обществѣ въ 1890 г., послѣ уже со-общенія *Péan'a, Bouilly*⁴⁰⁾ докладываетъ о своемъ способѣ лѣченія гнойныхъ сальпингитовъ и офоритовъ широкимъ разрѣзомъ. Приводить 6 случаевъ и подробно излагаетъ ихъ исторіи болѣзни, гдѣ по его мнѣнію coeliotomia была бы очень тяжелой и мало показанной операцией и такимъ образомъ онъ добавляетъ, что предложенный имъ способъ есть способъ необходимости, а не выбора. О гистеректоміи не упоминаетъ. *Polaillon*⁴¹⁾, *Routier*⁴²⁾, *Reclus*⁴³⁾ и *Monod*⁴⁴⁾ во время спора по этому вопросу о гистеректоміи не упоминаются. *A. Terrier*⁴⁵⁾ только упоминаетъ о гистеректоміи и говорить, что онъ въ тяжелыхъ случаяхъ ее предпочитаетъ простому разрѣзу гнойниковъ, предложеному *Bouilly*⁴⁶⁾.

Въ 1891 г. послѣ сообщенія *Segond a*⁴⁷⁾ *Pozzi*⁴⁸⁾ опол-чается противъ гистеректомій и стоитъ за ограничение ея примѣненія.

Онъ считаетъ ее ниже чревосѣченія, не смотря на заяв-леніе *Péan'a*⁴⁹⁾ и послѣдователя его *Segond'a*⁵⁰⁾. Посред-ствомъ coeliotomiae удаляются только больные придатки, между тѣмъ, какъ при влагалищной гистеректоміи приходится удалять матку, часте совершенно здоровую. Кромѣ того ги-стеректомію часто приходится оставлять не оконченной, по-тому что діагнозъ оказывается невѣрнымъ—вмѣсто предпола-гаемаго pyosalpinx'a при операциіи находять hematosalpinx, или hydrosalpinx, или кисты широкихъ связокъ, или кистовидное перерожденіе яичниковъ. *Pozzi*⁵¹⁾ преимущественно возра-

⁴⁰⁾ *Bouilly*—„De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovarienues“—Arch de Tocol. 1890, t. 17, p. 634—644,

⁴¹⁾ *Polaillon*—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1890, p. 508—510.

⁴²⁾ *Routier*—ibid.

⁴³⁾ *Reclus*—ibid.

⁴⁴⁾ *Monod*—ibid.

⁴⁵⁾ *Terrier*—Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1890, t. 16, p. 513.

⁴⁶⁾ *Bouilly*—Bull. et Mém. de la Soc. de chir 1890, p. 500—508.

⁴⁷⁾ *P. Segond*—l. c.

⁴⁸⁾ *Pozzi*—„Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale“—Bull. et Mém. de la soc. de chir. 1891, p. 203—210.

⁴⁹⁾ *Péan*—l. c.

⁵⁰⁾ *P. Segond*—l. c.

⁵¹⁾ *Pozzi*—l. c.

жаетъ на доводы, приведенные въ докладѣ *Segond'a*⁵²⁾: 1) отсутствіе рубца, 2) менѣшую опасность, 3) болѣе полное выздоровленіе. Онъ сомнѣвается, чтобы излѣченіе посредствомъ гистеректоміи было лучше или настолько же хорошо, какъ это бываетъ послѣ удаленія больныхъ частей посредствомъ чревосѣченія.

Обильныя срашенія, которыхъ невозможнно бываетъ удалить при помоши гистеректоміи, оставаясь въ полости живота, могутъ подать поводъ въ силу скрытаго микробизма къ новому заболѣванію. Такіе случаи, по его мнѣнію, бываютъ и при чревосѣченіи, но это составляетъ большую рѣдкость.

Опасность гистеректоміи заключается еще въ томъ, что можетъ быть предпринята при одностороннемъ пораженіи придатковъ и навсегда лишить женщину способности къ дѣторожденію. Гистеректомія имѣетъ свое значеніе при двухстороннемъ пораженіи, но кто же изъ хирурговъ поручится за то, что онъ всегда избѣжитъ ошибокъ. *Pozzi*⁵³⁾ также оспариваетъ болѣшую легкость операциіи *per vaginam* сравнительно съ удаленіемъ придатковъ *per coeliotomiam*; операция очень затрудняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ влагалищная полость сужена, матка лежитъ высоко и не опускается вслѣдствіе срашеній.

*Terrier*⁵⁴⁾ признаетъ полезнымъ попытку и разработку нового способа при гнойныхъ сальпингитахъ, но совершенно отрицаетъ влагалищную гистеректомію при пораженіяхъ придатковъ негнойнаго характера.

*Richelot*⁵⁵⁾ отдаетъ преимущество гистеректоміи только въ томъ отношеніи, что она даетъ возможность примѣнить дренажъ при многочисленныхъ гнойникахъ. Ниже чревосѣченія онъ ставитъ его потому, что приходится иногда оставлять часть придатковъ.

*Lucas-Championniere*⁵⁶⁾ отдаетъ преимущество чревосѣченію потому, что она даетъ возможность поступать консервативно; во многихъ случаяхъ, по его мнѣнію, достаточно одного

⁵²⁾ *P. Segond*—1. c.

⁵³⁾ *Pozzi*.—1. c.

⁵⁴⁾ *Terrier*.—*Bull. et Mém de la Soc. de chir.* 1891, t. 17, p. 218—222.

⁵⁵⁾ *Richelot*.—*Ibid.* p. 185—189.

⁵⁶⁾ *Lucas-Championniere*.—*Ibid.* p. 222—224.

разрѣза и соглашается принять гистеректомію только при pelveo-peritonit'ахъ.

*Bazy*⁵⁷⁾ принимаетъ операциоn *Péan'a* только для случаевъ, где смерть неизбѣжна, при очень тяжелыхъ и быстро идущихъ нагноеніяхъ, а также и для тѣхъ случаевъ, где существуютъ застарѣлые гнойныя или негнойныя пораженія съ фистулезнымъ вскрытиемъ во влагалище. Предлагаетъ руководиться точными показаніями и примѣнять ее только въ указанныхъ имъ случаяхъ.

*Terrillon*⁵⁸⁾ приблизительно также высказывается по этому поводу, онъ считаетъ ее показанной въ тѣхъ случаяхъ, где чревосѣченіе очень опасно и безсильно. 1) Въ случаѣ большихъ гнойныхъ мѣпковъ трубъ и яичниковъ, занимающихъ дно таза и очень сращенныхъ съ сальникомъ и кишками, что бываетъ при очень застарѣлыхъ нагноеніяхъ или же въ тѣхъ случаяхъ, где гнойники выступаютъ во влагалище или въ прямую кишку; 2) при застарѣлыхъ фистулезныхъ нагноеніяхъ, где чревосѣченіе очень затруднительно или невозможно.

*Routier*⁵⁹⁾ указываетъ на затрудненія при производствѣ операции *Péan'a* и признаетъ ее только для самыхъ тяжелыхъ случаевъ, где чревосѣченіе невозможно.

*Bouilly*⁶⁰⁾ какъ и всѣ другіе признаетъ гистеректомію для самыхъ рѣдкихъ и исключительныхъ случаевъ: 1) при старыхъ salpingo-oophorit'ахъ, при сопутствующемъ и обостряющемся reiveo-peritonit'ѣ; при плотныхъ сращеніяхъ органовъ между собою и съсосѣдними тканями; при образованіи гнойныхъ фистулъ въ прямой кишкѣ, въ пузырѣ или на наружныхъ покровахъ; 2) при острыхъ и хроническихъ нагноеніяхъ, исходящихъ изъ придатковъ матки; или имѣющихъ другое происхожденіе, но не образующихъ отдѣльныхъ мѣпковъ; для ограниченныхъ скопленій онъ предложилъ разрѣзъ.

*Terrillon*⁶¹⁾ сдѣлалъ первую влагалищную гистеректомію по поводу окломаточного нагноенія въ день сообщенія, сдѣланного *Segond'omъ*, т. е. 25-го февраля 1891 г.

⁵⁷⁾ *Bazy*.—Ibid. p. 189—195.

⁵⁸⁾ *Terrillon*.—Ibid. p. 196—203.

⁵⁹⁾ *Routier*.—Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1891, t. 17, p. 213—218.

⁶⁰⁾ *Bouilly*.—Ibid. p. 178—185.

⁶¹⁾ *Doyen*.—L. c. p. 452.

Richelot ⁶²⁾ 4-го марта 1891 г. объявилъ, что хотя онъ въ 2 года сдѣлалъ 18 разъ гистеректомію по поводу фибромъ, невралгіи и prolapsus'a, онъ все таки остается исключительнымъ сторонникомъ чревосѣченія по поводу пораженія придатковъ и для маточной кастраціи отводить только нѣкоторая рѣдкія формы тазовыхъ нагноеній: «по его мнѣнію всѣмъ должно жертвовать, исключая человѣческой жизни, для излѣченія гнойныхъ мѣшковъ».

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ мнѣній различныхъ авторовъ видно, что гистеректомія для лѣченія гнойныхъ пораженій придатковъ была принята немногими, большинство же ставили для нея очень узкія границы и считали ее исключительной операцией, показанной только въ тяжелыхъ, очень рѣдкихъ формахъ подобного заболѣванія и поэтому трудно согласиться съ *Baudron'омъ* ⁶³⁾ который говоритъ, что въ это время операція *Réam'a* была принята всѣми членами хирургического общества исключая *Pozzi*. Выше приведенные авторы, какъ мы видѣли, именно,—*Bouilly* ⁶⁴⁾, *Lucas-Champagnie* ⁶⁵⁾, *Richelot* ⁶⁶⁾, *Bazy* ⁶⁷⁾ и пр. оставались сторонниками чревосѣченія, считая гистеректомію операцией слишкомъ смѣлой и показанной въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ. Если къ этому прибавить рѣзкое возраженіе противъ гистеректоміи, которое высказалъ *Doleris* ⁶⁸⁾, то становится яснымъ недовѣріе, съ которымъ отнеслись въ это время къ новой операциі. Онъ предполагаетъ, что этотъ способъ получитъ чрезмѣрное распространеніе даже въ тѣхъ случаяхъ, которые могли бы быть излѣчены болѣе легкою операцией, не смотря на то, что теперь получаются дурные результаты и большая смертность въ тѣхъ случаяхъ, где она безусловно показана; онъ думаетъ, что въ концѣ концовъ эта операция падетъ и будетъ предназначена только для исключительныхъ случаевъ, где не помогаютъ ни чревосѣченіе, ни всякия другія средства

⁽⁶²⁾) *Doyen*.—I. c.

⁽⁶³⁾) *Baudron*.—L. c. p. 16.

⁽⁶⁴⁾) I. c.

⁽⁶⁵⁾) I. c.

⁽⁶⁶⁾) I. c.

⁽⁶⁷⁾) I. c.

⁽⁶⁸⁾) *Baudron*.—L. c. p. 17 (изъ *Nouv. Arch. d'obst et de Gyn.* 1891, № 5, p. 209).

и будетъ фигурировать 3—4 раза въ годъ для этихъ случаевъ въ клиникѣ каждого гинеколога.

И даже на V французскомъ хирургическомъ конгрессѣ, на которомъ отведено было широкое поле для споровъ по поводу тазовыхъ нагноеній (1-го апрѣля 1891 года), говоритъ *Doyen*⁶⁹⁾, если исключить сообщенія *Doyen*'а и *Segond*'а то вопросъ исключительно касался чревосѣченія и указываетъ на *Spencer Wells*'а, *Lawson-Tait*'а, *Jacobs*'а, *Le Dentu*, *Bouilly*, *Routier*, *Richelot* и пр.

*Terrillon*⁷⁰⁾ приводитъ свою единственную гистеректомію.

*Segond*⁷¹⁾ приводить сравнительные результаты 48-ми операций, изъ которыхъ 30 гистеректомій, а *Doyen*⁷²⁾ описываетъ 56 операций, заключающихъ 4 случая пахового разрѣза, 32 чревосѣченія и 20 влагалищныхъ гистеректомій. Эти блестящіе результаты увлекли въ число послѣдователей гистеректоміи, еще столь малочисленныхъ,—*Jacobs*'а⁷³⁾, *Rouffart*'а⁷⁴⁾, *Richelot*⁷⁵⁾ и *Bouilly*⁷⁶⁾.

Въ хирургическомъ обществѣ 29-го октября 1891 г. сдѣлано еще нѣсколько сообщеній, именно—*Terrillon*⁷⁷⁾,—4 случая тазовыхъ абсцессовъ, изъ которыхъ 3—фистулезные съ успѣхомъ были вылѣчены влагалищной гистеректоміей; въ 2 случаяхъ было испытано чревосѣченіе безъ результата. *Reclus*⁷⁸⁾, *Bazy*⁷⁹⁾ отмѣ чаютъ 2 удачныхъ случая, *Qu  ui*⁸⁰⁾, сообщаетъ результаты 11 гистеректомій съ однимъ смертельнымъ исходомъ.

Хотя *Baudron* и приводитъ эти сообщенія въ доказательство быстраго распространенія въ это время гистеректоміи, но оно является малоубѣдительнымъ въ виду малочисленности этихъ сообщеній.

⁶⁹⁾ *Doyen*.—L. c. p. 453.

⁷⁰⁾ *Ibid.*

⁷¹⁾ *Doyen*.—L. c.

⁷²⁾ *Ibid.*

⁷³⁾ *Ibid.*

⁷⁴⁾ *Ibid.*

⁷⁵⁾ *Ibid.*

⁷⁶⁾ *Ibid.*

⁷⁷⁾ *Terrillon*.—Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1891, t 17, p. 606—613.

⁷⁸⁾ *Reclus*.—*Ibid.* p. 614.

⁷⁹⁾ *Bazy*.—*Ibid.* p. 615.

⁸⁰⁾ *Qu  ui*.—*Ibid.* p. 633—642.

Между тѣмъ Richelot⁸¹⁾ дѣлаетъ въ это время докладъ о 240 чревосѣченіяхъ, изъ которыхъ 170 были произведены по поводу трубно-яичниковыхъ страданій.

Въ такомъ положеніи оставался этотъ вопросъ до Брюссельского Конгресса (13 сентября 1892 года), когда Doyen (de Reims) представилъ свою обширную работу, о 324 операціяхъ⁸²⁾, изъ которыхъ 157 операцій сдѣланы по поводу страданія придатковъ: 8 случаевъ пахового разрѣза, 60 чревосѣченій и 89 влагалищныхъ гистеректомій. Изложивъ кратко исторію вопроса влагалищной гистеректомій, онъ подробно разбираетъ результаты своихъ операцій и приводить сравнительную статистику гистеректомій и чревосѣченій по поводу гнойныхъ и нетгнойныхъ заболеваній придатковъ. Здѣсь же онъ излагаетъ и свой способъ операціи, а послѣднія страницы посвящены полемикѣ о первенствѣ на влагалищную гистеректомію по поводу тѣхъ возраженій, которыя были сдѣланы Segond'омъ.

Описаніе его способа мы находимъ также у Baudron'a⁸³⁾ и у проф. Славянскаю^{84).}

Шейка матки захватывается щипцами справа и слѣва, щипцы остаются на мѣстѣ до конца операціи и влеченіемъ за нихъ матка низводится насколько возможно низко. Затѣмъ дѣлается циркулярный разрѣзъ влагалища вокругъ шейки и указательнымъ пальцемъ отдѣляютъ и вскрываютъ задній сводъ, отдѣляются сращенія задней поверхности матки и производится изслѣдованіе органовъ; послѣ этого указательнымъ пальцемъ отдѣляются пузырь отъ шейки матки до брюшины (exsivationis vesico-uterinae) и отклоняя portio vaginalis пулевыми щипцами, насколько возможно книзу и кзади, вводится подъемникъ подъ symphysis ossium pubis вплоть до обнаженной брюшины. Теперь разрѣзываются продольнымъ разрѣзомъ переднюю стѣнку матки по ея средней линіи, начиная отъ orif. uteri externi; при постепенномъ влеченіи за щипцы показывается

⁸¹⁾ Richelot.—„Résultats éloignés de l'ablation des annexes“ (Commun. faite au Congrès français de chir.)—Ann. de Gyn. et d'obst. 1891, t. 35, p. 257.

⁸²⁾ Doyen.—„324 opérations sur l'utérus et ses annexes“ Arch. prov. de chir. № 6, Décembre 1892, p. 435—536.

⁸³⁾ Baudron. I. c. p. 46—52.

⁸⁴⁾ Проф. К. Ф. Славянскій.—Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. II, стр. 96—103.

брюшина въ глубинѣ раны передняго свода, которая сейчасъ же и вскрывается ножницами, а отверстіе расширяютъ ножницами при ихъ выведеніи въ полуоткрытомъ видѣ. Слѣдующей парой ножницъ по бокамъ угла верхняго разрѣза матка низводится и по мѣрѣ извлеченія матки разрѣзъ увеличивается, а потомъ щипцы перемѣщаются опять по бокамъ угла разрѣза и такимъ образомъ постепенно доходятъ до дна матки, которая тогда легко перегибается и выводится во влагалище. При такомъ разрѣзѣ не теряется почти ни капли крови, такъ какъ средняя линія матки въ этомъ отношеніи совершенно уподобляется бѣлой линіи живота, поэтому только теперь операторъ заботится объ остановкѣ кровотеченія и съ этою цѣлью, введя въ рану указательный палецъ лѣвой руки, по нему накладывается большою зажимъ сверху внизъ съ большою осторожностью, чтобы не захватить кишкѣ или какого-либососѣдняго органа. Такжепоступаютъ и на другой сторонѣ. Для большей увѣренности подъ этимъ зажимомъ можетъ быть наложенъ другой—меньшій. Особенность этихъ зажимовъ, заключающаяся въ ихъ равномѣрномъ давленіи на всемъ протяженіи, столь важна, что безъ нихъ, говорить проф. К. Ф. Славянскій, лучше не начинать операциі.

Проф. Снегиревъ⁸⁵⁾ при неподвижной маткѣ употребляетъ способъ Рéан'a, при подвижной—Doyen'a, проф. К. Ф. Славянскій⁸⁶⁾совѣтуетъ употреблять эти способы при тѣхъ же условіяхъ, а способъ Segond'a, представляющій собой видоизмѣненіе способа Рéан'a,—въ тѣхъ случаяхъ, когда матка обнаруживается только умѣренную подвижность.

Pozzi⁸⁷⁾ отдаетъ преимущество способу Segond'a предъ способомъ Doyen'a и способомъ Müller'a-Quénu. Этотъ послѣдний предложенъ Müller'омъ⁸⁸⁾ въ 1882 году и видоизмѣненъ Quénu⁸⁹⁾. Особенность его заключается въ томъ, что,

⁸⁵⁾ Проф. Снегиревъ.—Маточныя кровотеченія; отдѣль оперативной гинекологіи, стр. 105; 1895.

⁸⁶⁾ Проф. К. Ф. Славянскій.—Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, Т. II, стр. 103.

⁸⁷⁾ Pozzi.—Руководство по гинекологіи, стр. 703.

⁸⁸⁾ Müller.—„Eine Modification der vaginalen Totalexstirpation des Uterus“—Centralbl. f. Gyn. 1882, № 6, S—113—115.

⁸⁹⁾ Quénu.—„De l'hystérectomie vaginale par section mediane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes“. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1892, т. 18, p. 331.

какъ при способѣ *Doyen'a*, разсѣкается передняя стѣнка, такимъ же образомъ дѣлается разрѣзъ задней стѣнки, матка при извлечениіи перегибается во днѣ и развертывается на 2 стороны. Я не описываю этого способа подробно потому, что, на сколько мнѣ известно, онъ не получилъ большаго распространенія. Описанъ у *Baudron'a*⁹⁰⁾. *Segond'a*⁹¹⁾ не считаетъ его пригоднымъ для всѣхъ случаевъ и ставитъ ниже другихъ.

Если матка легко низводится, то, разумѣется, всѣ способы примѣнимы, но въ такихъ случаяхъ предпочтается способъ *Doyen'a*, какъ самый простой и когда нѣтъ значительныхъ сращеній, то операциѣ требуетъ не болѣе 10—11 минутъ для своего производства, какъ мнѣ неоднократно приходилось наблюдать въ клиникѣ профес. *Д. О. Отта*.

На Брюссельскомъ же конгрессѣ сдѣланы были доклады кромѣ *Doyen'a* *Segond'омъ*⁹²⁾ *Péan'омъ*⁹³⁾ и *Richelot*⁹⁴⁾.

Но однако и въ это время нашлось достаточное число защитниковъ чревосѣченія, не смотря на отсутствіе самыx выдающихся французскихъ ляпартомистовъ. Въ числѣ сторонниковъ чревосѣченія были *William Trawers*⁹⁵⁾, *Mac Madden*⁹⁶⁾, *Heywood Smith*⁹⁷⁾, *Sänger*⁹⁸⁾, *Pichevin*⁹⁹⁾, *Delagénierre*¹⁰⁰⁾, а за примѣненіе консервативныхъ способовъ и противъ гистеректоміи высказались *Goullioud*¹⁰¹⁾ *Vuillet*¹⁰²⁾, *Chéron*¹⁰³⁾ и пр.

*Baudron*¹⁰⁴⁾ въ доказательство того, что французскіе хирурги сейчасъ же послѣ Берлинскаго конгресса начали за-

⁹⁰⁾ *Baudron*.—L. c. p. 44, 45 и 46.

⁹¹⁾ *P. Segond*.—„Rapport sur les suppurations pelviennes“. Congrès international de Gyn. et d'obst. Bruxelles—Bull. mèd. 1892, p. 1227—1229.

⁹²⁾ *Ibid.*

⁹³⁾ *Péan*—Congrès international de gyn. et d'obst. Bruxelles—Bull. mèd. 1892, p. 1229—1231.

⁹⁴⁾ *Richelot*—*ibid.* p. 1231.

⁹⁵⁾ *W. Travers*—Congrès international de gyn. et d'obst. Bruxelles—gaz. des hôp., 1892, p. 1057.

⁹⁶⁾ *Mac. Madden*—*ibid.*, p. 1057

⁹⁷⁾ *Heywood Shmith*.—*ibid.* p. 1057.

⁹⁸⁾ *Sänger*—Congrès international de gyn. et d'obst. Bruxelles,—Bull. mèd. 1892, p. 1232.

⁹⁹⁾ *Pichevin*—*ibid.* p. 1232.

¹⁰⁰⁾ *Delagénierre*—*ibid.* p. 1232—1233.

¹⁰¹⁾ *Goullioud*—Congrès international de gyn. et. d'obst.—Bruxelles—Bull. mèd. 1892, p. 1232.

¹⁰²⁾ *Vuillet*—*ibid.* p. 1233.

¹⁰³⁾ *Chéron*—*ibid.* p. 1234.

¹⁰⁴⁾ *Baudron*—l. c. p. 24.

ниматься гистеректомієй и примѣнить ее въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, указываетъ на работу *Lafourcade*, заключающую въ себѣ 138 случаевъ влагалищныхъ гистеректомій, произведенныхъ различными авторами—*Michaux, Routier, Richelot, Reclus, Peyrot, Bazy, Nelaton, Le Dentu, Terrillon, Chaput, Quéni*.

Нѣкоторыя подробности всего сказанного на Брюссельскомъ конгрессѣ имѣютъ большой интересъ и по этому я, хотя вкратцѣ, приведу нѣкоторые доклады.

*Paul Segond*¹⁰⁵⁾ въ своемъ сообщеніи указываетъ, что упреки высказанные *Pozzi*¹⁰⁶⁾ и *Doleris*¹⁰⁷⁾ по отношенію къ гистеректоміи несправедливы и они ни въ какомъ случаи не способны умалить ея достоинства и значенія. Онъ увѣренъ, что они нисколько не повліяютъ на ея дальнѣйшее распространеніе, а показанія, по его мнѣнію, остаются тѣ же, какія онъ высказалъ раньше въ хирургическомъ обществѣ. Способъ *Müller'a*—*Quéni* онъ не считаетъ пригоднымъ для всѣхъ случаевъ, отдаетъ предпочтеніе способу *Péan'a* и своему. Свой взглядъ онъ подтверждаетъ личными наблюденіями; весь материалъ его состоить изъ 182 гистеректомій, изъ которыхъ 102 случая относятся на долю пораженія придатковъ (55 случаевъ при гнойныхъ и 47 при негнойныхъ страданіяхъ); на 102 сл. онъ получилъ 11 смертельныхъ исходовъ; рѣдко встрѣчалъ большія затрудненія при операціи, — изъ 20 очень тяжелыхъ случаевъ въ 11 онъ оставилъ придатки, разсчитывая на то, что «они скорѣе атрофируются, чѣмъ матка послѣ удаленія придатковъ». Въ видѣ осложненія онъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалъ образованіе кишечныхъ фистулъ, изъ которыхъ большинство зажили самопроизвольно; нѣкоторыя потребовали оперативнаго пособія.

Тазовая нагноенія *Segond* раздѣляетъ на первичныя и вторичныя; первыя, по его мнѣнію, имѣютъ исходной точкой воспалительные процессы, гнѣздящіеся въ трубахъ, тазовой брюшинѣ и клѣтчаткѣ. Вторичными онъ называетъ гнойныя

¹⁰⁵⁾ *P. Segond*—Congrès international de gyn. et d'obst.—Bruxelles.—Bull. méd. 1892, p. 1227—1229.

¹⁰⁶⁾ *Pozzi*—l. c.

¹⁰⁷⁾ *Doleris*—l. c.

скопленія, развившіся внутри или же вокругъ прежде существовавшей опухоли.

*Péan*¹⁰⁸⁾ тазовыя нагноенія раздѣляеть 1) на типическія (не существуетъ другихъ тазовыхъ страданій, кромѣ нагноенія) 2) смѣшанныя (сопровождаemyя какимъ-нибудь страданіемъ соѣдніхъ органовъ,—влагалищнымъ или маточнымъ стенозомъ, маточной опухолью и пр.) и 3) осложненные—нагноенія съ вскрытиемъ очага въ кишечную полость.

Возражая на высказанныя раньше заявленія противниковъ гистеректоміи, онъ приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Самыми трудными для лѣченія являются застарѣлые страданія, вызвавшія тяжелыя измѣненія со стороны матки и придатковъ. На вопросъ слѣдуетъ ли при гнойномъ пораженіи придатковъ предпочитать чревосѣченіе съ удалениемъ придатковъ и оставленіемъ матки на мѣстѣ или же гистеректомію безъ удаленія придатковъ per vaginam, отвѣчаетъ, что онъ отдаетъ предпочтеніе послѣднему способу по слѣдующимъ причинамъ: а) операциѣ легка въ простыхъ случаяхъ и болѣе легка въ тяжелыхъ и осложненныхъ случаяхъ; б) она болѣе вѣрна по своимъ результатамъ; даетъ возможность гораздо полно опорожнить гнойныя полости, промыть и дренировать ихъ; с) она даетъ болѣе лучшій стокъ содергимому; д) смертности при ней почти нѣть и она даетъ лучшіе отдѣленные результаты сравнительно съ чревосѣченіемъ; е) не влечетъ опасности появленія грыжи, съ которой приходится считаться при чревосѣченіи; ф) при тазовыхъ смѣшанныхъ и осложненныхъ нагноеніяхъ—гистеректомія есть единственно подходящій способъ.

Личный матеріалъ—150 сл. изъ которыхъ 1 больная на 6-й день умерла отъ истощенія; 4 умерли въ теченіе слѣдующаго за операцией года, 145—живы и вполнѣ здоровы.

*Richelot*¹⁰⁹⁾ приводить свои 134 гистеректоміи съ 9 смертельными исходами; операциї сдѣланы въ теченіе двухъ послѣднихъ лѣтъ. Въ теоретическихъ разсужденіяхъ онъ вполнѣ

¹⁰⁸⁾ *Péan*—Congrès internationale de gyn. et d'obst. Bruxelles—Bull. méd. 1892, p. 1229—1231. и gaz. des. hôp. 1892, p. 1042.

¹⁰⁹⁾ *Richelot*—Congrès international de gyn. et d'obst.—Bruxelles—Bull. méd. 1892, p. 1231.

согласенъ съ Réan'омъ и особенно подчеркиваетъ болѣе полное выздоровленіе послѣ гистеректоміи.

*Jacobs*¹¹⁰⁾ настаиваетъ на чревосѣченіи при одностороннемъ пораженіи придатковъ, при кистахъ и гнойныхъ брюшныхъ опухоляхъ; гистеректомію считаетъ показанной при двухстороннихъ пораженіяхъ. Что касается разрѣзомъ—тазоваго, бедренаго, ягодичнаго и пр., то они могутъ быть примѣняемы смотря по мѣсту положенія, распространенія и направленія, въ которомъ гноинія полости готовятся вскрыться. Чревосѣченіе ему дало на 159 сл.—3,7% смертности, а гистеректомія на 61 сл.—3,2% смертности.

*Henry Delag ni re*¹¹¹⁾ основываясь на своихъ 18-ти случ. гноиныхъ страданій, которыхъ онъ лѣчилъ чревосѣченіемъ съ однимъ смертельнымъ исходомъ (смертность—3,55%), выскакивается въ пользу coeliotomiae, такъ какъ при гистеректоміи *Segond*. получилъ болѣшій % смертности—8,69%. Относительно окончательного выздоровленія сказать ничего не можетъ.

*F lix*¹¹²⁾ предполагаетъ, что гистеректомію примѣняютъ слишкомъ часто и очень мало прибѣгаютъ къ терапевтическимъ средствамъ. Сдѣлалъ 83 гистеректоміи съ 4-мя смертельными исходами. Преимущества операций, по его мнѣнію, не безусловны.

*Degrilage*¹¹³⁾ также видѣтъ слишкомъ большое увлеченіе хирургическимъ вмѣшательствомъ.

*Sänger*¹¹⁴⁾ считаетъ гистеректомію показанной только въ случаяхъ: 1) при гноиныхъ абсцессахъ съ фистулами во влагалище, rectum и пузырь; 2) при ограниченныхъ или множественныхъ гноиникахъ вокругъ малаго таза. Защищаетъ вмѣстѣ съ *Ch. Willems*¹¹⁵⁾ поперечную перинеотомію.

*Morre Madder*¹¹⁶⁾ высказался за сохраняющій способъ.

*Goullioud*¹¹⁷⁾—за влагалищный разрѣзъ *Pichevin*¹¹⁸⁾ считаетъ показанія, высказанныя *Segond*'омъ черезъ-чуръ широ-

¹¹⁰⁾ *Jacobs*—ibid. p. 1231.

¹¹¹⁾ *Henry Delag ni re*—ibid. p. 1232—1233.

¹¹²⁾ *F lix*—Congrès international de Gyn. et d'Obst.—Bruxelles—Bull. m d. 1892, p. 1234.

¹¹³⁾ *Degrilage*—ibid. p. 1231.

¹¹⁴⁾ *S nger*—ibid. p. 1232.

¹¹⁵⁾ *Ch. Willems*—ibid. p. 1231.

¹¹⁶⁾ *Morre Madder*—ibid. p. 1232.

¹¹⁷⁾ *Goullioud*—ibid. p. 1232.

¹¹⁸⁾ *Pichevin*—ibid. p. 1232.

кими; за чревосъченіемъ видить большія преимущества; гистректомію считаетъ показанной при фистулахъ. *Vuilliet*¹¹⁹⁾ является защитникомъ пункции и разрѣза при pyosalpinx; приводить 18 случаевъ, изъ которыхъ онъ только въ 3 пріимѣнилъ разрѣзъ съ дренажемъ. *Walton*¹²⁰⁾ является сторонникомъ консервативнаго способа. *Rouffaert*¹²¹⁾ приводить 21 случай гистректоміи par morcellement съ 1 смертнымъ исходомъ; въ этомъ случаѣ оперировалъ in extremis. Считаетъ, что при гистректоміи по *Pean*'у и *Segond*'у въ тяжелыхъ случаяхъ встрѣчается меньше затрудненій, чѣмъ при чревосъченіи. *Duret*¹²²⁾ остается въ большинствѣ случаевъ на сторонѣ чревосъченія. *Turnay*¹²³⁾ считая себя новичкомъ въ этой операциі, получилъ однако хорошие результаты при гистректоміи. *Le Bec.*¹²⁴⁾ много разсчитываетъ на терапевтическія пособія (массажъ, электричество). *Lauwers*¹²⁵⁾ указываетъ на слабыя стороны чревосъченія при гнойномъ пораженіи придатковъ, привель 6 случ. гистректоміи, изъ которыхъ 1 умерла отъ іleus'a, а другая находится въ безнадежномъ состояніи. *Chéron*¹²⁶⁾ предполагаетъ, что въ начальныхъ стадіяхъ врачи очень мало лѣчатъ и слѣдовательно мало заботятся о предупрежденіи операциі. Операциоn *Pean*'а считаетъ средствомъ чрезвычайнымъ.

*Boisieux*¹²⁷⁾ высказался за перинеотомію, сдѣлалъ 14 разъ и 3 раза изъ 14-ти онъ опорожнилъ гнойныя скопленія.

Если бы мы захотѣли резюмировать все сказанное на Брюссельскомъ съездѣ относительно показаній къ операциі *Pean*'а, то мы получили бы слѣдующіе выводы.

Pean, *Jacobs*, *Doyen* признаютъ чревосъченіе только при одностороннихъ пораженіяхъ придатковъ. *Segond* сюда присоединяетъ всѣ вторичныя гнойныя скопленія. По мнѣнію

¹¹⁹⁾ *Vuilliet*--ibid. p. 1233.

¹²⁰⁾ *Walton*--ibid. p. 1233.

¹²¹⁾ *Rouffaert*--Congrès international de Gyn. et d'Obst.--Bruxelles.--Bull. m d. 1892, p. 1233.

¹²²⁾ *Duret*--ibid. p. 1233.

¹²³⁾ *Turnay*--ibid. p. 1233.

¹²⁴⁾ *Le Bec.*--ibid. p. 1233.

¹²⁵⁾ *Lauwers*--ibid. p. 1234.

¹²⁶⁾ *Chéron*--ibid. p. 1234.

¹²⁷⁾ *Boisieux*. Gaz. des. h p. 1892, p. 1056.

этихъ хирурговъ показанія къ гистеректомії заключаются въ «двуихсторонности и неизлѣчимости страданія».

Rouffaert, Lauwers являются новыми сторонниками операции *Péan'a*. *Turnay*, примѣнявшій ее нѣсколько разъ и считающій себя новичкомъ въ этомъ дѣлѣ, получилъ однако хорошие результаты и на основаніи своего опыта отказывается принять формулировку *Segond'a Pichevin, Duret* и *Le Bec*.

По мнѣнію *Pichevin, Sänger'a* и *Le Bec*, гистеректомія все еще есть исключительная операция, примѣняемая къ обширнымъ, ограниченнымъ или разсѣяннымъ абсцессамъ (*Sänger*), къ нагноеніямъ, окруженнымъ плотными сращеніями (*Pichevin, Le Bec*), къ хроническимъ фистуламъ, гдѣ чревосѣченіе невозможно. *Delagénière* признаетъ только послѣднее *Richelot* почти соглашается съ предшествующими. *Vuillet*—исключительно за свой способъ, и наконецъ Англія въ лице *William Trawers, Mac. Madden, Heywood Smith* заявила, что за новой операцией она не признаетъ пока правъ гражданства.

Кромѣ высказанного Брюссельскій конгрессъ показалъ, что гистеректомія начала распространяться тотчасъ же послѣ Берлинскаго конгресса и въ настоящее время она получила всеобщее распространеніе. Одна Англія не признаетъ операции *Péan'a*, за то многіе Бельгійскіе хирурги начали ее дѣлать. *Sänger* и *Landau* изучаютъ ее.

Во Франціи большинство авторитетныхъ защитниковъ чревосѣченія воздерживаются отъ примѣненія ея и *Segond* познакомилъ въ своей рѣчи съ мнѣніями нѣкоторыхъ изъ нихъ *Lucas Championnière*¹²⁸⁾ «менѣ недоволенъ новымъ методомъ, чѣмъ прежде». *Terrillon*,—которому она была менѣе симпатична въ декабрѣ, въ январѣ дѣлается ея сторонникомъ¹²⁹⁾. *Fozzi*¹³⁰⁾ допускаетъ, что «въ тяжелыхъ случаяхъ она можетъ найти себѣ примѣненіе». *Bouilly*¹³¹⁾ говоритъ: «влагалищная гистеректомія чрезъ кускованіе есть единственная операция для удаленія двухстороннихъ воспалі-

¹²⁸⁾ Gaz. des. hôp. 1892, p. 1057.

¹²⁹⁾ ibid. p. 1057.

¹³⁰⁾ Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des hôp. 1892, p. 1057.

¹³¹⁾ ibid., p. 1057.

тельныхъ массъ, гдѣ она очень ясно показана; въ тяжелыхъ случаяхъ она является операцией необходимости, въ легкихъ случаяхъ она не труднѣе чревосѣченія и я думаю, что удалять матку болѣе полезно, чѣмъ ее оставлять».

Мы сдѣлаемъ окончательный выводъ—операциѣ *Péan'a* въ своихъ показаніяхъ должна имѣть опредѣленныя границы и оставленные способы простого разрѣза съ дренажемъ должны вступить въ свои права.

Съ Брюссельскаго конгресса операциї *Péan'a* пріобрѣтаютъ съ каждымъ днемъ все больше и больше сторонниковъ и, несомнѣнно, на быстрое распространеніе ея, помимо работы *Segond'a* и *Péan'a*, повліяла и работа *Doyen'a* цѣнная, какъ по количеству случаевъ, такъ и по прекраснымъ исходамъ операций.

Кромѣ указанныхъ авторовъ въ числѣ послѣдователей операциї *Péan'a* необходимо назвать слѣдующія имена: въ Бельгіи—*Jacobs*¹³²⁾, *Rouffart*¹³³⁾, *Rochet*¹³⁴⁾, *Debaisieux*¹³⁵⁾ *Iversen*—въ Копенгагенѣ¹³⁶⁾ *Treub*—въ Голландіи¹³⁷⁾ *Inverardi*¹³⁸⁾, *Bastianelli*¹³⁹⁾, *Accouci*¹⁴⁰⁾, *Ruggi*¹⁴¹⁾,—въ Италіи; *Landau*¹⁴²⁾—въ Германіи. Здѣсь же надо назвать и *Pozzi*¹⁴³⁾, который измѣнилъ свои убѣжденія и перешелъ на сторону гистеректомистовъ. Маточную кастрацію по ея результатамъ онъ ставить выше чревосѣченія въ нѣкоторыхъ случаяхъ и считаетъ ее безусловно показанной въ двухъ категоріяхъ случаевъ: 1) при опухоляхъ придатковъ, гнойныхъ или негнойныхъ, когда они спаяны съ маткой и могутъ быть отдѣлены отъ нея не иначе, какъ съ помощью вмѣшательства, которое представляется тѣмъ болѣе опаснымъ, чѣмъ болѣе матка перерождена и дрябла. 2) Нагноенія, исходящія

¹³²⁾ *Baudron*—I. c. p. 22.

¹³³⁾ *Ibid.*

¹³⁴⁾ *Ibid.*

¹³⁵⁾ *Ibid.*

¹³⁶⁾ *Ibid.*

¹³⁷⁾ *Ibid.*

¹³⁸⁾ *Ibid.*

¹³⁹⁾ *Ibid.*

¹⁴⁰⁾ *Ibid.*

¹⁴¹⁾ *Ibid.*

¹⁴²⁾ *Ibid.*

¹⁴³⁾ *Pozzi*—Руководство по гинекологіи—стр. 705.

изъ придатковъ и перешедшія за предѣлы своего первона-
чального развитія, распространившіяся на сосѣднія ткани,
обусловивъ появление гнойнаго периметро-сальпингита. По
его мнѣнію, операциѣ *Péan'a* стоитъ выше чревосѣченія въ
случахъ кистовиднаго или некистовиднаго оофоро-сальпин-
гита съ обширными сращеніями съ маткой и указывается на
это, какъ на критерій, которымъ долженъ руководствоваться
хирургъ.

Laroyenne (De Lyon)¹⁴⁴⁾ указываетъ на свой продолжительный опытъ примѣненія разрѣза при тазовыхъ гно-
ныхъ мѣшкахъ и снова указываетъ на необходимость труа-
кара, какъ проводника, чтобы правильно разрѣзать pyosal-
pinx¹⁴⁵⁾ при высокомъ его положеніи и въ дополненіе къ
своему методу предлагаетъ удалять придатки при опущеніи
ихъ, или, по крайней мѣрѣ, освобождать отъ окружающихъ
сращеній, когда существуютъ перитонитическая склейки вок-
ругъ кисть. Подробно описывая свой оперативный способъ
и разбирая оперированные имъ случаи, онъ отдаетъ полное
преимущество этому способу предъ чревосѣченіемъ и гисте-
ректоміей.

Condamin (de Lyon)¹⁴⁶⁾ вноситъ дополненіе къ методу
Laroyenne'a. Совѣтуетъ дѣлать раздавливаніе больныхъ при-
датковъ зажимами окончатаго пинцета. Такимъ образомъ
удаляютъ большую часть пораженныхъ тканей, не рискуя
разорвать органы, слишкомъ плотно сращенные съ прида-
тками. Мѣшокъ поддерживается открытымъ тампонацией. Ме-
тодъ этотъ, по мнѣнію автора, представляетъ преимущество
предъ операциѣ *Péan'a*, въ томъ, что онъ консервативнѣй и
можетъ быть примѣненъ на больной трубѣ, не касаясь соотвѣт-
ствующаго яичника или придатковъ противоположной стороны.

Въ настоящее время число влагалищныхъ гистеректомій,
произведенныхъ по поводу гнойнаго пораженія придатковъ

¹⁴⁴⁾ *Laroyenne* (de Lyon)—„De l'ablation par le vagin des annexes de l'uté-
rus enkystées dans une pelvipéritonite“.—Ann. de Gyn. et d'Obst.—1893, t.
40, p. 5—12,

¹⁴⁵⁾ *Laroyenne*.—Lyon mѣd., 1886, 21 f閅vrier cit. по Pozzi—руковод. по
гин. стр. 727.

¹⁴⁶⁾ *Condamin*, (de Lyon)—„De la salpingo—ovariotripsie et de l'ablation
des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée“.—Ann. de
Gyn. et d'Obst 1894, t. 42, p. 375.

достигаетъ мнотиxъ сотень и помимо приведенныхъ выше работъ необходимо указать на слѣдующія отдельныя соображенія, появившіяся въ послѣднее время и заключающія сужденія по этому вопросу, а нѣкоторыя изъ нихъ кромѣ того и значительный статистический материалъ: *Boldt*¹⁴⁷⁾ *Polk*¹⁴⁸⁾ *Leopold Landau*¹⁴⁹⁾, *Th. Landau*¹⁵⁰⁾, *Max. Landau*¹⁵¹⁾, *Leop. Landau*¹⁵²⁾, *Siefert*¹⁵³⁾, *Werder*¹⁵⁴⁾, *Mundé*¹⁵⁵⁾, *Baudron*¹⁵⁶⁾, *Delagénieré*¹⁵⁷⁾, *Hofmokl*¹⁵⁸⁾, *Vogel*¹⁵⁹⁾, *L. und Th. Landau*¹⁶⁰⁾, *Sänger*¹⁶¹⁾, *L. Landau*¹⁶²⁾, *M. Sänger*¹⁶³⁾, *A. Döderlein*¹⁶⁴⁾, *Eugen Arendt*¹⁶⁵⁾, *Leopold*¹⁶⁶⁾, *V. Pauchet*¹⁶⁷⁾, *Monlonguet*¹⁶⁸⁾, и пр.

Не смотря на обиліе статистического материала и сдѣланыхъ выводовъ, споръ относительно показаній далеко не решенъ, на что указываютъ разнорѣчивыя мнѣнія, высказанныя членами международного гинекологического съѣзда врачей въ Женевѣ 1-го сентября 1896 года (по новому стилю).

¹⁴⁷⁾ *Boldt*.—Amer. Journ. of Obst.—1895, v. 31, p. 1 и 894.

¹⁴⁸⁾ *Polk*.—Centralbl. f. Gyn. 1897, S. 24.

¹⁴⁹⁾ *L. Landau*.—Berlin. klin. Wochenschrift 1895, № 38, S. 821.

¹⁵⁰⁾ *Th Landau*.—Zum Thema der vagin. Radicaloper.—Centralbl. f. Gyn. 1895, S. 309.

¹⁵¹⁾ *Max Landau*.—Archiv f. Gyn.—Bd. 46, S. 101.

¹⁵²⁾ *L. Landau*.—Arch. f. Gyn. Bd. 46, S. 397.

¹⁵³⁾ *Siefert* Deutsch. Med. Woch. 1896, № 29, S. 462, изъ частной библиографии prof. Veit'a.

¹⁵⁴⁾ *Werder*.—Amer. Journ. of Obst. 1895, v. 32, p. 834.

¹⁵⁵⁾ *Mundé*.—A. Report of the Gynecological service of Mount sinai hospital, from January 1—St. 1883 to December 1894. (The Amer Journ. of Obst. et c. 1895, Novemb. p. 644—681 and. Décember p. 857—890).

¹⁵⁶⁾ *Baudron*.—De l'hystérectomie vagin. appl. au traitement chirurg. des lésions bilat. des Aunexes de l'Uterus Paris 1894.

¹⁵⁷⁾ *Delagénieré*.—Centralbl. f. Gyn. 1895, Bd. 19, S. 548 (изъ 8-го Собрания французскихъ хирурговъ въ Лионѣ 9—13 октября 1894 г.).

¹⁵⁸⁾ *Hofmokl*.—Wien. med. Woch. № 13, 1894, S. 546.

¹⁵⁹⁾ *Vogel*.—Wien. med. Woch.—1894, № 38, S. 1625.

¹⁶⁰⁾ *L. und. Th. Landau*.—Die vaginale Radicalop.—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 1. S. 14—16.

¹⁶¹⁾ *Sänger*.—Centralbl. f. Gyn. 1896, № 51.

¹⁶²⁾ *L. Landau*.—Entgegnung an Herrn M. Sänger.—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 2, S. 42.

¹⁶³⁾ *M. Sänger*.—„Ueber vaginale Klemmen—Hysterectomy“—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 3, S. 65.

¹⁶⁴⁾ *A. Döderlein* (in Leipzig).—Zur Technik der vaginalen Totalexstirpation, Klammern oder Ligatur Centralbl. f. Gyn. 1897, № 3, S. 74.

¹⁶⁵⁾ *Eugen Arendt* (in Berlin).—Ueber das Klemmverfahren bei der vaginalen Radicaloperationen Centralbl. f. Gyn. 1897, № 18, S. 505.

¹⁶⁶⁾ *Leopold*.—Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe etc. Centralbl. f. Gyn. 1897, № 22, S. 684.

¹⁶⁷⁾ *V. Pauchet*.—Thèse de Paris 1896, Centralbl. f. Gyn. 1897, № 35, S. 1066.

¹⁶⁸⁾ *Monlonguet*.—Hysterectomy Vaginale—Centralbl. f. Gyn. № 35, 1897. S. 1067.

*Bouilly*¹⁶⁹⁾ съ точки зрења хирургической помощи тазовые абсцессы дѣлить слѣдующимъ образомъ: 1) нарывы тазовой клѣтчатки (*perimetritis, phlegmona periuterina*); 2) нарывы трубъ и яичниковъ (*perosalpingitis et perioophoritis*); 3) первичные нарывы брюшины (*pelvo-peritonitis haematocele suppurativa*); 4) нарывы, сопровождающиеся заболеваніемъ сосѣднихъ органовъ и осложненные фистулами. Высказался за примѣненіе 3-хъ методовъ при лѣченіи тазовыхъ нагноеній: 1) простой разрѣзъ (съ послѣдующимъ дренажемъ) брюшной или влагалищной стѣнки, 2) вскрытие и удаление мѣшка нагноенія посредствомъ чревосѣченія; 3) вскрытие и удаление нагноившейся полости чрезъ влагалище при помощи вырѣзыва-нія матки (кускованіемъ или безъ кускованія).

Изъ этихъ 3-хъ методовъ проис текаютъ два слѣдующихъ приема—1) удаление влагалищнымъ путемъ небольшихъ одностороннихъ скопленій съ сохраненіемъ матки и придатковъ противоположной стороны и 2) одновременное удаление матки съ обоими придатками путемъ чревосѣченія. Послѣднее и влагалищная гистеректомія должны быть производимы при самыхъ строгихъ показаніяхъ и ни въ какомъ случаѣ не исключаются одна другой. Въ заключеніе *Bouilly* говоритъ: «Выгода остается на сторонѣ влагалищного вырѣзыва-нія матки, которое оказывается успешнымъ даже въ тѣхъ случаяхъ, где чревосѣченіе остается безсильнымъ или даже вреднымъ. Относительно простыхъ случаевъ,—вырѣзыва-ніе матки чрезъ влагалище даетъ такой же % успешныхъ результатовъ, какъ и чревосѣченіе; въ тяжелыхъ же случаяхъ—операция *Péan'a* даетъ намъ значительно больший процентъ успѣха и представляетъ собою относительно болѣе безопасное хирургическое вмѣшательство».... На долю чревосѣченія остаются лишь тѣ случаи, где операция *Péan'a* противопоказана.

Проколъ онъ считаетъ только діагностическимъ средствомъ. Къ мнѣнию *Bouilly* присоединяется и *Pichevin* (Paris)¹⁷⁰⁾.

Проф. *Howard Kelly*¹⁷¹⁾ признаетъ 4 оперативныхъ ме-

¹⁶⁹⁾ *Bouilly*.—Congrès periodique international de Gyn. et d'obst. (G  neve) de 1 Septembre 1896, Bull. med.—1896, p. 834—836.

¹⁷⁰⁾ *Pichevin*.—Congrès periodique international de Gyn. et d'Obst. (G  neve le 1 Septembre 1896) Bull. méd. 1896 p. 858.

¹⁷¹⁾ Проф. *Howard Kelly*.—Ibid. p. 836.

тода для лѣченія тазовыхъ нагноеній: 1) проколъ, для кото-
раго отводить очень широкія показанія; 2) сохраняющее опе-
ративное лѣченіе; 3) сальпинго-оофоректомію и 4) гистеро-
сальпинго-оофоректомію считаетъ показанной при слѣдующихъ
обстоятельствахъ а) pyosalpinx двойной, простой, недоступный
влагалищному проколу; б) pyosalpinx двойной, приросшій,
осложненный метритомъ и эндометритомъ; с) тазовые абсцессы,
осложненные сращеніями; д) тазовые абсцессы, осложненные
воспаленіемъ придатковъ и е) тазовые абсцессы съ фисту-
лезнымъ ходомъ.

Henrotin (Chicago)¹⁷²⁾ совѣтуетъ въ тѣхъ случаяхъ, где
распознаны ограниченные гнойники въ тузу, прибѣгать къ
разрѣзу чрезъ задній или передній сводъ съ введеніемъ дре-
нажа. Радикальная операциѣ должна быть производима въ
исключительно тяжелыхъ случаяхъ.

Hartman (Paris)¹⁷³⁾ ограничился въ своемъ сообщеніи
лѣченiemъ воспаленія придатковъ матки и ихъ брюшины. Онъ
пришелъ къ тому заключенію, что простой разрѣзъ примѣ-
нимъ въ случаяхъ гнойныхъ скопищъ, выпичивающихся въ
задній сводъ. Влагалищное вырѣзываніе абсолютно показано
въ рѣдкихъ случаяхъ тазового нагноенія съ множественными
фокусами, которые дѣлаютъ матку совершенно неподвижной,
а также въ случаяхъ двухсторонняго страданія придатковъ,
представляющихъ опухоль средняго объема.

*Richelot*¹⁷⁴⁾ отдаетъ предпочтеніе влагалищному удаленію
матки. На 569 этихъ операций онъ получилъ смертность=4,5%.
Для производства чревосѣченія отводить очень тѣсныя рамки.

Pean (Paris)¹⁷⁵⁾ настаиваетъ на маточной кастрації. Этотъ
методъ представляется драгоценнымъ въ случаяхъ двухсто-
ронняго страданія и въ особенности тамъ, где удаленіе трубъ
и яичниковъ per coeliotomiam оказалось безрезультатнымъ. По
его словамъ получается полное выздоровленіе, безъ рецеди-
вовъ, съ 1—4% смертности.

¹⁷²⁾ *Henrotin* (Chicago).—Ibid. p. 848—849.

¹⁷³⁾ *Hartman* (Paris).—Congrès period. internat. de Gyn. et D'obst. (Ge-
n  ve le 1 Septembre 1896).—Bull. méd. 1896, p. 850.

¹⁷⁴⁾ *Richelot*.—Ibid. p. 849.

¹⁷⁵⁾ *Pean*.—(Paris). Ibid. p. 851.

Doyen (Reims)¹⁷⁶⁾ считаетъ, что операція *Péan*'а съ удалениемъ придатковъ, является очень часто показанной, но въ то же время держится того мнѣнія, что въ извѣстныхъ слу-чаяхъ слѣдуетъ предпочитать или чревосѣченіе, или простое вскрытие полостей въ интересахъ больныхъ.

Jacobs (Bruxelles)¹⁷⁷⁾ держится того мнѣнія, что какого-бы вида ни были тазовые нагноенія,—слѣдуетъ оперировать чрезъ влагалище консервативно или радикально: при односто-роннихъ процессахъ въ трубахъ дѣлаютъ вырѣзываніе трубъ чрезъ животъ или чрезъ влагалище; при двухстороннихъ же показуется полная кастрація.

*Laroyenne*¹⁷⁸⁾ и *Adenot*¹⁷⁹⁾ (Lyon) высказались за вла-галищный разрѣзъ.

*Sänger*¹⁸⁰⁾, въ общемъ соглашаясь съ положеніями, на-мѣченными *Bouilly*, высказался за примѣненіе colpotomiae anterioris по *Martin*'у въ случаяхъ, гдѣ наружный конецъ трубы проходимъ и вообще при легкихъ сальпингитахъ, абс-цессахъ яичниковъ и хроническихъ воопаленіяхъ матки. Онъ не соглашается съ французскими хирургами относительно того, что матка не нужна для женщины послѣ удаленія при-датковъ. Но его мнѣнію, для больной «лучше имѣть какую-нибудь матку, хотя бы и неправильно менструирующую, чѣмъ совсѣмъ не имѣть ея».

Показанія къ проколу остаются въ случаяхъ застарѣлыхъ нарывовъ и одиночныхъ скопленій, когда гной стерильный и когда до гнойника можно достигнуть безъ опасенія проник-нуть въ полость брюшины.

Влагалищные методы онъ классифицируетъ слѣдующимъ образомъ: 1) colpo-coeliotomia anterior; 2) colpo-coeliotomia posterior; 3) colpo-coeliotomia anterior et posterior; 4) colpo-hystarectomia (castration uterine de *Péan*); 5) colpo-hystero-salpingo-oophorectomia.

¹⁷⁶⁾ *Doyen*. (Reims).—ibid. p. 852.

¹⁷⁷⁾ *Jacobs*. (Bruxelles).—Ibid. p. 853.

¹⁷⁸⁾ *Laroyenne*.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'obst. (Genève le 1 Septembre 1896). Bull. méd. 1896, p. 854.

¹⁷⁹⁾ *Adenot*.—ibid. p. 857.

¹⁸⁰⁾ *Sänger*.—ibid. d. 837.

*Leopold*¹⁸¹⁾ также высказался за примѣненіе сохраняющаго способа лѣченія и видѣть значительныя преимущества на сторонѣ colpotom. anter.

Paul Reynier (Paris)¹⁸²⁾ на основаніи личнаго матеріала, обнимающаго 212 случаевъ, оперированныхъ по различнымъ способамъ, заключаетъ, что широкіе разрѣзы заднаго свода въ большинствѣ случаевъ дѣлаются излишней гистеректомію.

Съ Брюссельскаго конгресса до настоящаго времени большинство германскихъ хирурговъ остаются на сторонѣ чревосѣченія и лишь немногіе занялись разработкой радикальной операциі. Разнообразіе способовъ, примѣняемыхъ въ настоящее время для лѣченія гнойныхъ пораженій придатковъ, затрудняетъ точныхъ показаній къ тому и другому изъ нихъ. Во всякомъ случаѣ, чтобы решиться на удаленіе матки необходимо имѣть діагнозъ, основанный на клиническомъ и бактериологическомъ изслѣдованіи и вообще при выборѣ хирургического вмѣшательства необходимо стремиться къ тому, чтобы оно по возможности было консервативно (*Sänger*).

У насъ въ Россіи въ послѣднее время все чаще и чаще раздаются голоса противъ увлеченія гистеректоміей и слишкомъ широкихъ показаній, намѣченныхъ французскими хирургами для ея производства.

*Львовъ*¹⁸³⁾, *Тепловъ*¹⁸⁴⁾, *Мироновъ*¹⁸⁵⁾, пр. *Славянскій*¹⁸⁶⁾, пр. *Оттѣ*¹⁸⁷⁾, пр. *Лебедевъ*¹⁸⁸⁾ и *Александровъ*¹⁸⁹⁾ и др. проповѣдуютъ консервативныя начала при оперативныхъ премахъ по поводу пораженій придатковъ матки. Впрочемъ и

¹⁸¹⁾ *Leopold*.—*Gaz. des hôp.* 1896. p. 1066.

¹⁸²⁾ *Paul Reynier*.—*Bull. méd.* 1896, p. 854.

¹⁸³⁾ *Львовъ*.—„Врачъ“ 1892 г., № 11 и № 46, стр. 254—255, 1160—1162; „Врачъ“ 1895 г., № 30, стр. 837; „Врачъ“ 1897 г. № 23 стр. 647.

¹⁸⁴⁾ *Тепловъ*.—„Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ“. (Colpot. poster).—*Врачъ* 1894 г. № 47, стр. 1287—1288, и „Ueber Entfernung der Adnexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewölbe aus“. (Colp. post.) *Centralbl. f. Gyn.* 1895, S. 671.

¹⁸⁵⁾ *М. Мироновъ*.—„Чревосѣченіе и влагалищный путь въгинекологии“. Жур. Ак. и Женск. бол. 1896 г., стр. 680.

¹⁸⁶⁾ Пр. *Славянскій*.—„Мѣсяцъ клинической жизни“.—Жур. Ак. и Женск. бол.—1896 г., стр. 211.

¹⁸⁷⁾ *Мироновъ*.—л. с. и дебаты по поводу доклада *Миронова*.—VI съездъ врачей въ память *Пирогова*.

¹⁸⁸⁾ *Лебедевъ*.—„Врачъ“ 1896 г., стр. 1, № 1.

¹⁸⁹⁾ *Александровъ*.—„О современномъ консервативномъ направленіи въ гинекологии“.—Журн. Акуш. и Женск. бол. 1896 г., стр. 275.

Segond ¹⁹⁰⁾ , защитникъ и сторонникъ гистеректоміи; уже считается влагалищную оваріотомію показанной въ нѣкоторыхъ случаяхъ и не сомнѣвается въ томъ, что влагалищная оваріотомія завоевала себѣ почву.

Къ разсмотрѣнію этого вопроса мы перейдемъ впослѣдствії, а теперь обратимся къ сравнительной оцѣнкѣ чревосѣченія и операциіи *Péan*'а.

Параллель между чревосѣченіемъ и маточной кастраціей.

Споръ между сторонниками чревосѣченія и защитниками маточной кастраціи, начатый *Segon*'омъ ¹⁹¹⁾ и *Pozzi* ¹⁹²⁾, относительно выгода и недостатковъ того и другаго способа, сводится и теперь къ тѣмъ же самымъ положеніямъ, которыя или были высказаны въ самомъ началѣ, т. е. хирурги, для которыхъ влагалищная гистеректомія замѣнила собою вполнѣ чревосѣченіе въ случаяхъ двухсторонняго пораженія придатковъ, каково бы ни было, въ остальномъ, протяженіе воспалительныхъ измѣненій, указываютъ на преимущества ея заключающіяся въ отсутствіи рубца, меньшей опасности и въ томъ, что она ведетъ за собой болѣе стойкое излѣченіе; за чревосѣченіемъ признаются другія не менѣе важныя преимущества, на которыя не можетъ претендовать влагалищная гистеректомія—она даетъ возможность лучше осмотрѣть пораженные органы, дѣйствовать консервативно и менѣе располагаеть къ раненію сосѣднихъ органовъ—пузыря, мочеточника, тонкихъ кишекъ и прямой кишки.

Слѣдуетъ однако замѣтить, что, чѣмъ болѣе удобныя условія создаются для операциіи большими разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ, тѣмъ въ большей степени и пропорционально этому возрастаютъ опасность и неудобства въ другихъ отношеніяхъ и прежде всего при большихъ разрѣзахъ увеличивается возможность образования грыжи обѣй линіи (*hernia lineae albae*).

¹⁹⁰⁾ *P. Segond*.—„L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes—Annal de Gynécologie et d'Obstetrique 1894, t. 42, p. 326.“ u Ueber bilaterale adnexielle Tumoren, die den vaginalen Weg mit Hysterektomie fordern. Centralbl. f. Gyn. 1897, № 35, S. 1066.

¹⁹¹⁾ *Segond*.—Ann. de Gyn. et d'Obst. 1891, p. 161.

¹⁹²⁾ *Pozzi*. Bull. et. Mém. de la soc. de chir.—1891, p. 203.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря на соблюденіе всѣхъ тигіническихъ условій, предписываемыхъ послѣ операциіи, мы замѣчаемъ развитіе измѣненій въ рубцѣ. Рубецъ начинаетъ мало-по-малу растягиваться, въ особенности послѣ неудавшагося первого натяженія, гдѣ онъ представляется особенно утолщеннымъ; въ этихъ именно случаяхъ чаще всего наблюдается истонченіе его и чрезъ 1—2 года образуется діастазъ бѣлой линіи на всемъ ея протяженіи.

Въ другихъ случаяхъ образованіе грыжи происходитъ на болѣе ограниченномъ пространствѣ и именно чаще всего въ нижнемъ углѣ раны, такое образованіе грыжи наблюдается чаще всего послѣ внѣбрюшиннаго ухода за ножкой.

Наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ рубецъ хорошо заживаетъ, представляется гладкимъ и плотнымъ, а въ глубинѣ образуется настоящій грыжевої мѣшокъ вслѣдствіе бывшаго нагноенія вглуби; хотя страданіе это въ большинствѣ случаевъ не причиняетъ тягостныхъ явлений, но довольно часто наблюдается и всегда составляетъ неудобство, мѣшающее работать.

Не смотри на всѣ старанія хирурговъ и массу предложеній съ этою цѣлью мѣръ избѣжать образованія грыжъ не удается никакимъ путемъ¹⁹³⁾.

На Женевскомъ конгрессѣ обсужденію этого вопроса посвящено было много времени и доклады *La Torre*¹⁹⁴⁾ и *Granville Bantock'a*¹⁹⁵⁾ вызвали продолжительная пренія въ которыхъ принимали участіе *Doléris*¹⁹⁶⁾, *Laroyenne*¹⁹⁷⁾, *Condamin*¹⁹⁸⁾, *Queirel*¹⁹⁹⁾, *Byford*²⁰⁰⁾, *Rapin*²⁰¹⁾, *Alban Dorian*²⁰²⁾ и другіе.

По мнѣнію *La Torre*, не всѣ согласны въ опредѣленіи условій происхожденія грыжъ; несомнѣнно только то, что въ прежнее время грыжи встречались очень часто, когда при заши-

¹⁹³⁾ Dührssen.—Berl. Klin. Wochenschrift 1894, № 29, S. 673.

¹⁹⁴⁾ La Torre.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Généve 1896, de 1 Septembre) Bul. med. 1896, p. 870—871.

¹⁹⁵⁾ Granville Bantock.—Ibid. p. 872.

¹⁹⁶⁾ Doléris.—Ibid. p. 872.

¹⁹⁷⁾ Laroyenne.—Ibid. p. 873.

¹⁹⁸⁾ Condamin.—Ibid. p. 873.

¹⁹⁹⁾ Queirel.—Ibid. p. 873.

²⁰⁰⁾ Byford.—Ibid. p. 873.

²⁰¹⁾ Rapin.—Ibid. p. 873.

²⁰²⁾ Alban Dorian.—Ibid. p. 874.

вані брюшної раны накладывали простой шовъ. Условія прочного заживленія раны зависятъ, по его мнѣнію, отъ мѣста разрѣза, матеріала, который употребляется для шва и способа наложения послѣдняго; рациональной мѣрой считаетъ при разрѣзѣ по бѣлой линіи, передъ закрытиемъ раны, удалять сухожильные края и затѣмъ накладывать этажный шовъ отдѣльно на брюшину, фасцію, прямые мыщцы и кожу.

Наоборотъ, *Granville Bandock* считаетъ лучшимъ мѣстомъ для разрѣза бѣлую линію, при чемъ разрѣзъ долженъ быть по возможности короче. У женщинъ молодыхъ съ умѣренно жирными брюшными стѣнками, по его мнѣнію, достаточно простого шва. Больнымъ очень худымъ и очень жирнымъ предлагаеть накладывать шовъ отдѣльно на брюшину изъ *catgut*; главное условіе прочного заживленія полагаетъ въ абсолютной чистотѣ. Мнѣнія членовъ раздѣлились и некоторые изъ нихъ вкратцѣ изложили свои видоизмѣненія; цифровыхъ свѣдѣній однако въ пользу того и другого способа нѣтъ.

*Max Landau*²⁰³⁾ говоритьъ, что въ Брюссельскомъ гинекологическомъ институтѣ пытались уменьшить это частое образование грыжи по возможности малыми разрѣзами, тщательнымъ соединеніемъ брюшныхъ краевъ, обрѣзываніемъ краевъ брюшины, избытокъ которой, говорить онъ, кажется, способствуетъ образованію грыжъ, примѣненіями бандажа и пр., и тѣмъ не менѣе у *Jacobs'a*²⁰⁴⁾, изъ 259 чревосѣченій въ 38 случаяхъ (14,59%) послѣдовало образование грыжи, изъ нихъ 12 (4,59%) изъ-за этого подверглись вторичному чревосѣченію.

*H. Winter*²⁰⁵⁾ представляетъ свѣденія о 522 больныхъ, которымъ въ клиникѣ *Olshausen'a* было сдѣлано чревосѣченіе; онъ нашелъ, что при старомъ 3 этажномъ швѣ: 1) на брюшину, 2) на мышцу и 3) отдѣльно на кожу получается большій % образованія грыжи бѣлой линіи, именно отъ 23—30%;—смотря по способу заживленія раны (*per primam et per secundam*).

²⁰³⁾ *Max Landau*.—„Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren“ Arch. f. Gyn. 1894, Bd. 46, S. 101.

²⁰⁴⁾ Ibidem.

²⁰⁵⁾ *H. Winter*.—(Berlin).—Bauchnath und Bauchhernie. Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Gyn. VI Kongress 1895, цит. по *Миронову*.

Такимъ образомъ, чтобы улучшить заживленіе раны и избѣжать образованія дурнаго рубца передней брюшной стѣнки со всѣми его послѣдствіями *Winter* закрывалъ повязку изъ марли колloidіумомъ и этимъ достигалъ первого натяженія. Съ 1893 года онъ сталъ кромъ того накладывать шовъ отдѣльно на фасцію, какъ это началъ дѣлать проф. *Оттѣз* значительно раньше, т. е. кромъ обычныхъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ накладываетъ еще рядъ погруженныхъ швовъ, соединяющихъ разсѣченные по бѣлой линіи апоневрозы и захватывающихъ при этомъ отчасти и края прямыхъ мышцъ. При такомъ способѣ *Winter*²⁰⁶⁾ удалось понизить % образованія грыжъ съ 22% до 8%.

Отсюда видно, что проф. *Оттѣз* значительно раньше началъ примѣнять этотъ способъ и къ этому слѣдуетъ добавить что проф. *Оттѣз* обращаетъ особенное вниманіе на правильность разрѣза, который имѣеть важное значеніе для послѣдующаго заживленія вмѣстѣ съ тщательнымъ прилаганіемъ краевъ раны и правильнымъ спиваніемъ; эти особенности играютъ, повидимому, самую существенную роль въ дѣлѣ образованія прочнаго сращенія мышцъ.

На 12 Международномъ съѣздѣ въ Москвѣ *H. I. Рачинскій*²⁰⁷⁾ представилъ докладъ о количествѣ образованія грыжъ послѣ чревосѣченія въ клиникѣ проф. *Отта*—и по его вычи-сленіямъ, оказалось, что % образованія грыжъ при вышеуказанныхъ условіяхъ получается минимальный изъ всѣхъ опубликованныхъ до сего времени, т. е. 3^{10/0} (3—на 97).

Самъ по себѣ рубецъ, разумѣется, не причиняетъ никакихъ неудобствъ и онъ получается незначительной величины и правильной формы, какъ говоритъ *Pozzi*²⁰⁸⁾: если придерживаться извѣстныхъ техническихъ правилъ, но при дренированіи полости чрезъ нижній уголъ брюшной раны, какъ то неизбѣжно иногда приходится дѣлать, онъ ровнымъ получиться не можетъ и при такихъ условіяхъ чаше всего наступаетъ образованіе грыжи. *Baudron*²⁰⁹⁾ нашелъ 6 разъ на 59ope-

²⁰⁶⁾ *Мироновъ*.—I. c.

²⁰⁷⁾ *H. I. Рачинскій*.—О смѣшанномъ брюшномъ швѣ послѣ чревосѣченія 12 Международный Съездъ. Москва. Еженедѣльникъ 1897, № 37, стр. 586.

²⁰⁸⁾ *Pozzi*.—Nouveau mode de suture.—Gaz. des hôp. 1894, p. 166.

²⁰⁹⁾ *Baudron*.—I. c. p. 123.

рацій образованій грыжи именно при этихъ условіяхъ у *Terrier* и *Hartman'a*.

Послѣдующее же ношеніе бандажей и бинтовъ никакимъ образомъ не можетъ предотвратить образованія грыжи и могутъ только служить нѣкоторой поддержкой для образовавшейся уже грыжи. Косыя и прямые мышцы дѣйствуютъ въ обратномъ отношеніи; если прямые мышцы атрофировались, а косыя работаютъ сильно, то прямые раздвигаются, фасція же этому препятствовать не можетъ. Повязка и бинты, будучи наложены на животъ, исполняютъ часть работы прямыхъ мышцъ, способствуя такимъ образомъ ослабленію ихъ. Погружные же швы нѣкоторые авторы считаютъ излишними и даже вредными для заживленія раны, поэтому *Kossmann*²¹⁰⁾ исходя изъ приведенныхъ соображеній въ теченіе послѣднихъ 2-хъ лѣтъ при 40 чревосѣченіяхъ соединялъ рану только 3—4 не туго затянутыми узловатыми швами и поверхностнымъ непрерывнымъ кожнымъ швомъ близъ самого края раны. Поясовъ и бинтовъ не примѣнялъ и получилъ прекрасные результаты. Приведенные сообщенія указываютъ, что на образованіе грыжи вліяютъ очень многія условія помимо наложенія шва.

Съ неоспоримымъ преимуществомъ чревосѣченія — лучшаго осмотра пораженныхъ частей выступаетъ и второй, происходящій отсюда, очень важный недостатокъ. Именно кишечникъ долгое время подвергается вліянію воздуха и травмѣ со стороны рукъ оператора, ассистентовъ, а также и всѣхъ инструментовъ, приходящихъ въ непосредственное соприкосновеніе съ брюшною полостью, что способствуетъ загрязненію и облегчаетъ возможность поступленія инфекціи въ брюшную полость, къ которой въ особенности воспріимчива раненая поверхность эндотемія брюшины. Помимо этого, продолжительное вліяніе воздуха и манипуляціи въ брюшной полости считаются сами по себѣ самыми частыми причинами возникновенія шока, паралича кишечъ и смерти. Если, говорить *Max Landau*²¹¹⁾, оставить въ сторонѣ другія причины для шока, какъ то эмболія, острую урэмію и т. п., то все-таки

²¹⁰⁾ *Kossmann*.—Centralbl. f. Gyn. 1896, 31 oktober, цитир. по рефер. Врачъ № 1, 1897 г. стр. 10.

²¹¹⁾ *Max Landau*.—L. c.

очень много случаевъ объясняются раздраженіемъ кишечка, воздухомъ и различными манипуляціями въ брюшной полости.

При влагалищныхъ же операцияхъ кишечные петли остаются въ брюшной полости, выпадаютъ онъ рѣдко, для отдаленія сращенія ихъ приходится выводить не на долго и на небольшомъ протяженіи; далѣе, путь, которымъ должна пройти рука хирурга для достиженія больнаго органа, очень невеликъ, а вслѣдствіе этого кишечные петли подвергаются менѣе значительному смыщенію и раздраженію. Вероятно существуютъ и другія, еще неизвѣстныя причины, почему шокъ при влагалищныхъ операцияхъ менѣе, говорить *Max Landau*²¹²⁾, чѣмъ при чревосѣченіи.

Далѣе для перенесшихъ чревосѣченіе опасность является со стороны непроходимости кишечка, которая становится въ зависимости отъ перегиба кишечка, а также отъ сращенія сальника или кишечка съ передней брюшной стѣнкой, а иногда кишечка—между собою. Развитіе ileus'a наблюдается чаще послѣ овариотоміи, чѣмъ послѣ удаленія воспаленныхъ придатковъ матки²¹³⁾. Поворотъ вокругъ одной изъ своихъ осей требуетъ для своего происхожденія чрезмѣрной подвижности которой либо части кишечного канала, удлиненіе mesenterii, какъ это замѣчается у людей старыхъ и вдругъ похудѣвшихъ. Растущія опухоли въ брюшной полости отодвигаютъ постепенно тетли тонкихъ кишечекъ кверху, растягиваютъ mesentериал и при быстромъ опорожненіи брюшной полости создаютъ такимъ образомъ выгодныя условія для происхожденія ileus'a.

Проф. *Славянскій*²¹⁴⁾ приводить 1,1% образованія ileus'a у *Spencer Wells'a* на первую тысячу овариотомій, а по новѣйшимъ авторамъ онъ принимаетъ смертность отъ ileus'a равной 1,6%.

*Schauta*²¹⁵⁾ при первыхъ 34-хъ случаяхъ coelio salpingo-ectom'ii, произведенныхъ ихъ въ положеніи больной съ veryоко поднятымъ тазомъ, наблюдалъ 2 раза развитіе ileus'a послѣ операциіи. Причину происхожденія его онъ усматриваетъ

²¹²⁾ *Max Landau*.—L. c.

²¹³⁾ Пр. *Славянскій*.—L. c. стр. 316.

²¹⁴⁾ *Славянскій*.—Ibid.

²¹⁵⁾ *Ibidem*.—стр. 74.

въ извѣстной степени перекручиванія mesenterii, бывающимъ всегда при опущеніи кишечныхъ петель въ куполь грудобрюшной преграды при положеніи Тренделенбурга и не всегда исправляющагося, если брюшная рана зашита въ томъ же положеніи. При зашиваніи раны въ горизонтальномъ положеніи онъ не встрѣчалъ ни разу развитія ileus'a на 325 слѣдующихъ случаевъ.

Такимъ образомъ приведенное вліяніе на возможность образования ileus'a вполнѣ устранимо, но за то возвышенное положеніе таза, создающее выгодное условіе для осмотра тазовыхъ органовъ, способствуетъ разнесенію инфекціи по всей брюшной полости въ случаѣ изліянія гноинаго содержимаго мѣшка, при пункціи его или самопроизвольномъ разрывѣ во время операциіи.

Вообще возможность зараженія септическими началами при всѣхъ равныхъ прочихъ условіяхъ опять больше при чревосѣченіи, чѣмъ при влагалищномъ разрѣзѣ. Не смотря на современную технику, доведенную почти до совершенства относительно дезинфекции и стерелизаціи всего того, что приходитъ въ соприкосновеніе съ полемъ операциіи, все таки случаи зараженія брюшины наблюдаются, хотя относительно и рѣдко.

Смерть отъ эмболіи легочныхъ артерій и тромбоза венъ очень рѣдка и причины, вызывающая ее ничего не составляютъ специального для чревосѣченія, но тѣмъ не менѣе продолжительное лежаніе въ постели, которое значительно продолжительнѣе, чѣмъ послѣ влагалищныхъ операций и послѣдующее вставаніе, по видимому, благопріятствуетъ этому помимо всѣхъ другихъ причинъ. По крайней мѣрѣ въ клинике Martin'a²¹⁶⁾ такие случаи наблюдаются сравнительно часто и объясняются тамъ именно этимъ обстоятельствомъ.

Непроходимость кишокъ очень рѣдко встречается при влагалищной гистеректоміи. Segond²¹⁷⁾ на 400 своихъ операций наблюдалъ одинъ разъ такой случай на 15-й день послѣ операциіи. Baudron²¹⁸⁾ приводитъ еще 8 случаевъ непроходимо-

²¹⁶⁾ Веберъ.—Журн. Акуш. и Жен. бол. 1895, стр. 911.

²¹⁷⁾ Segond.—L. c.

²¹⁸⁾ Baudron.—L. c. p. 79.

сти кишекъ вслѣдствіе сращенія послѣднихъ съ краями влагалищной раны. Сообщеніе это онъ заимствуетъ у *Ashton'a*²¹⁹⁾, который собралъ, повидимому, всѣ опубликованные случаи.

Далѣе какъ на важный недостатокъ гистеректоміи указываютъ на частое раненіе внутреннихъ сосѣднихъ органовъ—мочеточника, пузыря, прямой кишкѣ и тонкихъ кишекъ. Правда, поврежденія эти до сего времени наблюдались нѣрѣдко, но при отдѣленіи сращеній такія же раненія встрѣчались и при чревосѣченіи.

*L. Landau*²²⁰⁾ на 277 влагалищныхъ гистеректомій ранилъ 1 разъ пузырь, 1 разъ—мочеточникъ, 5 разъ—кишку, во всѣхъ случаяхъ это зависѣло отъ слишкомъ тѣснаго сращенія капсулы нарыва съ пузыремъ или прямой кишкой (2%). Всѣ пораненія окончились выздоровленіемъ за исключеніемъ одного, гдѣ осталась небольшая влагалищно-кишечная (прямая кишка) фистула, проходимая только для жидкаго содержимаго.

*Jacobs*²²¹⁾ на 149 случаевъ поранилъ пузырь 2 раза и кишку—2 раза, послѣ наложенія швовъ на раны пузыря, онъ хорошо зажили, одна—кишечная фистула осталась незадѣченной.

*Ruffart*²²²⁾ на 52 операциіи ранилъ 1 разъ—кишку и 2 раза—мочеточникъ, въ первомъ случаѣ послѣдовало заживленіе чрезъ 14 дней, вторые—излѣчены неофректоміей.

*Richelot*²²³⁾ на 169 операций 2 раза ранилъ кишку (заживленіе) 1 разъ—пузырь (выздоровленіе) и 1 разъ мочеточникъ (сдѣлана нефректомія).

*Segond*²²⁴⁾ изъ 200 операций мочеточникъ не былъ поврежденъ ни разу, пузырь—5 разъ, тонкія кишки—2 раза, rectum былъ вскрытъ 4 раза.

*Lafourcade*²²⁵⁾ приводитъ три фистулы на 138 операций, т. е. 2%.

²¹⁹⁾ Ibidem.

²²⁰⁾ L. Landau.—Berl. klin. Wochen. 1895, № 38, S. 821.

²²¹⁾ Max Landau.—L. c.

²²²⁾ Ibidem.

²²³⁾ Max Landau.—L. c.

²²⁴⁾ Baudron.—L. c. p. 126.

²²⁵⁾ Ibidem. p. 127.

Изъ приведенныхъ цифръ видно, что раненіе внутреннихъ органовъ при гистеректоміи, въ особенности раненіе кишечка до сего времени наблюдалось не рѣдко и пр. Толчиновъ²²⁶⁾ справедливо говоритъ, что «вообще появление свища представляетъ наибольшую опасность при этой операциі».

Съ другой стороны и чревосѣченіе не можетъ считаться вполнѣ свободнымъ отъ подобныхъ несчастій. Baudron²²⁷⁾ нашелъ у Terrier и Hartmann'a на 96 операций 18 разъ раненіе кишки этими хирургами; изъ 18-ти приведенныхъ случаевъ 17 фистулъ были сдѣланы во время вылущенія гнойнаго sacto-salpinx'a. Въ одномъ случаѣ существовала раньше перфорація въ области ileo-coecalis и, разумѣется, какъ при брюшномъ, такъ и при влагалищномъ способѣ эта перфорація должна была оставить фистулу.

Но нельзя однако не согласиться съ тѣмъ, что нѣкоторыя сращенія при удаленіи матки чрезъ влагалище были бы оставлены на мѣстѣ и такимъ образомъ возможно было бы избѣжать хоть части указанныхъ случайностей. Къ счастію, изъ всѣхъ случаевъ въ 5-ти только остались фистулы незажившими, являясь тяжелымъувѣчіемъ.

Далѣе онъ указываетъ на работу Dudley'a²²⁸⁾, относящуюся къ 74 случаямъ кишечныхъ фистулъ послѣ чревосѣченія, изъ которыхъ 33 получились послѣ удаленія придатковъ.

Если теперь сопоставить цифры Terrier и Hartmann'a²²⁹⁾—18 фистулъ на 96 операций, или 18% съ одной стороны и цифры Segond'a²³⁰⁾—6 разрывовъ на 200 и цифры Lafourcade²³¹⁾—3 фистулы на 138, т. е. 2%, то, можетъ быть, онѣ и не даютъ права сдѣлать окончательного заключенія относительно частоты этого рода поврежденій при томъ и другомъ способѣ, во всякомъ случаѣ эти цифры ясно свидѣтельствуютъ, что нельзя дѣлать упрека въ этомъ отношеніи исключительно гистеректоміи и что при большихъ сращеніяхъ онѣ не составляютъ большой рѣдкости и во время чревосѣченія

²²⁶⁾ Толчиновъ.—„Учебникъ женскихъ болѣзней“ 1897 годъ, стр. 337.

²²⁷⁾ Baudron.—L. c. p. 127.

²²⁸⁾ Ibidem.

²²⁹⁾ l. c.

²³⁰⁾ l. c.

²³¹⁾ l. c.

нія. Кромѣ того слѣдуетъ добавитьъ, что при чревосѣченіи наложеніе шва на кишку въ очень значительной степени ухудшаетъ прогнозъ, такъ *Martin*²³²⁾ между своими 828 случаями удаленія придатковъ матки имѣлъ дѣло съ наложеніемъ швовъ на кишку въ 16·ти случаяхъ, изъ которыхъ 7 умерло, что составляетъ 43,7% смертности.

Изъ приведенныхъ выше работъ мы видимъ также сколь часто встрѣчается раненіе мочевого пузыря. L. *Landau*²³³⁾ ранилъ пузырь на 277 операций 1 разъ, *Jacobs*²³⁴⁾ —на 149 операций—2 раза, *Richelot*²³⁵⁾ —на 169 операций—1 разъ и *Segond*,²³⁶⁾ —на 200 операций—5 разъ, между тѣмъ при чревосѣченіи это раненіе наблюдается очень рѣдко. *Baudron*²³⁷⁾, желая привести всѣ раненія, нашелъ незначительное число подобныхъ поврежденій, именно, у *Reverdin*²³⁸⁾—1 случай, гдѣ пузырь былъ вскрытъ однимъ взмахомъ ножницъ, который былъ сдѣланъ для дополненія брюшного разрѣза.

Изъ работы *Jackson'a*²³⁹⁾ который собралъ 67 случаевъ раненія пузыря во время разныхъ чревосѣченій, видно, что изъ нихъ 6 раненій сдѣлано при удаленіи гнойнаго пораженія придатковъ матки; далѣе случай *Bordeaux*²⁴⁰⁾, гдѣ произведена была почти полная резекція пузыря во время чревосѣченія по поводу двухсторонняго удаленія *sacto-salpinx'a* и сращенія ретрофлектированной матки и нѣсколько другихъ единичныхъ наблюдений указываютъ, что это случаи исключительные и представляютъ большую рѣдкость при чревосѣченіи.

Раненіе мочеточника также рѣдко встрѣчается и при гистеректомії—*Rouffart*²⁴¹⁾ на 52 операциіи ранилъ 2 раза мочеточникъ и *Richelot*²⁴²⁾ на 169 операций—1 разъ; *Segond*²⁴³⁾ въ 400 случаяхъ гистеректоміи, сдѣланныхъ имъ

²³²⁾ пр. Славянскій „частная патологія и терап. женск. бол.“ т. II, стр. 83
²³³⁾ L. *Landau* I. c.

²³⁴⁾ I. c.

²³⁵⁾ I. c.

²³⁶⁾ I. c.

²³⁷⁾ *Baudron* I. c. p. 128.

²³⁸⁾ *Ibid.*

²³⁹⁾ *Baudron* I. c. p. 128.

²⁴⁰⁾ *Ibidem.*

²⁴¹⁾ Max. *Landau* I. c.

²⁴²⁾ *Ibidem.*

²⁴³⁾ *Baudron*—I. c. p. 128.

по разнымъ причинамъ, изъ которыхъ 200 — по поводу страданія придатковъ, ни разу не ранилъ мочеточника. *Segond*²⁴⁴⁾ и *Pozzi*²⁴⁵⁾ говорятъ, что опасность подобнаго раненія уменьшается благодаря предложеному *Segond'omъ* разрѣзу и къ этому же необходимо добавить, что не слѣдуетъ накладывать пинцетовъ на широкія связки до полнаго отдѣленія пузыря; тогда мочеточникъ отодвигается кверху и опасность раненія его уничтожается.

Къ числу нечастыхъ осложненій гистеректоміи относится также кровотеченіе послѣ неудачнаго наложенія пинцетовъ и ихъ неисправности; извѣстны случаи смертельнаго кровотеченія у *Richelot*²⁴⁶⁾ и *Doyen'a*²⁴⁷⁾.

У *Segond'a*²⁴⁸⁾ кровотеченіе наблюдалось 6 разъ на 200 операций, но всѣ больныя выздоровѣли. Это осложненіе, разумѣется, относится къ случайности, отъ которой не застрахованъ хирургъ и при чревосѣченіи (соскальзываніе лигатуры, прорѣзываніе и пр.).

*Max Landau*²⁴⁹⁾ пытается оспаривать самое главное преимущество чревосѣченія и говоритъ, что она и въ смыслѣ распознаванія болѣзни и удобства удаленія исключительно пораженнаго органа съ сохраненіемъ здоровыхъ частей стоить не выше гистректоміи. Многія положенія, высказанныя имъ, заслуживаютъ глубокаго вниманія и поэтому я приведу ихъ вкратцѣ. — Если при вскрытии брюшной полости легко все осмотрѣть и ощупать, говорить онъ, то и при влагалищномъ методѣ такое же точно изслѣдованіе возможно; онъ не соглашается съ мнѣніемъ *Pozzi*, что первый ударъ ножа съ щѣлью гистректоміи дѣлаетъ уже женщину неспособной къ дѣторожденію, и считаетъ что влагалищный способъ даже въ качествѣ пробной операции менѣе опасенъ, чѣмъ чревосѣченіе. Если при чревосѣченіи точно решается вопросъ о характерѣ и распространеніи заболѣванія пораженныхъ придатковъ, то *Max Landau*²⁵⁰⁾ считаетъ, что въ большинствѣ случаевъ мы выяс-

²⁴⁴⁾ *Segond*—*Bull. et Mém. de la soc. de chir.* 1895, т. 21. p. 276.

²⁴⁵⁾ *Pozzi*—*Руководство по гинекологии*. стр. 703.

²⁴⁶⁾ *Славянский*—л. с. стр. 101.

²⁴⁷⁾ *Doyen*—л. с. р. 528.

²⁴⁸⁾ *Baudron*—л. с.

²⁴⁹⁾ *Max Landau*.—л. с.

²⁵⁰⁾ л. с.

няемъ это съ такою же точностью разрѣзомъ per vaginam, какъ и per coeliotomiam. Разрѣзъ влагалища даетъ возможность лучше изслѣдоватъ тазовые органы, чѣмъ coeliotomia: 1) больные придатки въ большинствѣ случаевъ лежать въ Дугласовомъ пространствѣ у тѣла матки; 2) изслѣдованію не мѣшаютъ кишечныя петли. Безспорно справедливо также заявленіе Landau²⁵¹⁾, что при чревосѣченіи встрѣчаются такія же трудности при отдѣленіи срашеній, какъ и при гистректоміи, но что при влагалищномъ методѣ возможность зараженія значительно меньше, чѣмъ при чревосѣченіи. При влагалищныхъ операціяхъ создаются хорошія условія для дренажа и наносится меньше трамвы, а въ этомъ и заключается главная причина лучшихъ исходовъ влагалищныхъ операцій сравнительно съ чревосѣченіемъ.

Всѣ преимущества и вліянія на послѣдующій исходъ сканного условія наглядно выступаютъ при разсмотрѣніи результатовъ міомотоміи, при виѣ—и внутри—брюшинномъ уходѣ за ножкой, при тѣхъ способахъ, которые чрезъ остающійся каналъ шейки создавали дренажъ во влагалище и, наконецъ, при влагалищной гистректоміи. Операція эта и теперь еще считается болѣе тяжелой, чѣмъ овариотомія, но 10 лѣтъ тому назадъ результаты этихъ 2-хъ операцій разнились еще больше и причина этому, какъ убѣдились въ послѣднее время, лежала въ остающемся каналѣ шейки и послѣдующей инфекціи. Чтобы разобраться въ этомъ необходимо обратиться къ статистическому матеріалу.

Pean²⁵²⁾ до 1875 года отмѣчаетъ смертность въ 32% на 84 случая, въ 1886 году у него смертность равнялась еще 31% (16 см.) и въ 1887 г. она была равна 30%.

Gusserow²⁵³⁾ до конца 1885 года собралъ 533 случая операцій съ общимъ итогомъ въ 185 смертельныхъ случаевъ, или 34,8% смертности, почти къ такому же результату приводить другое сопоставленіе Kaltenbach'a²⁵⁴⁾ съ 35% смертности въ общемъ итогѣ.

²⁵¹⁾ l. c.

²⁵²⁾ Douyen.—l. c. p. 525.

²⁵³⁾ Гофмайеръ.—„Очеркъ основъ гинекологическихъ операций“ 1893 г. стр. 304.

²⁵⁴⁾ Ibid.—стр. 305,

Далѣе Гофмейеръ²⁵⁵⁾ на основаніи результатаовъ 17 операторовъ съ 881 случаемъ и смертностью 204 случаевъ приводить 0/о смертности при этой операциі въ 25,10/о.

Съ 1877 года статистика раздѣлилась, такъ какъ хирурги старались доказать преимущество того и другого метода. Разница же внѣ-брюшиннаго и внутри-брюшиннаго ухода за ножкой такова: Woehmer²⁵⁶⁾ собралъ въ 1887 году 574 случая операций, давшихъ при наружномъ уходѣ за ножкой на 262 случая 240/о смертности и при внутрибрюшинномъ—на 312 случ. 28,20/о.

Zweifel²⁵⁷⁾ тоже склоняется въ пользу внѣ-брюшиннаго способа и въ его пользу приводить 220/о смертности (130 сл.), противъ 320/о при внутри-брюшинномъ способѣ (116 случ.).

Pozzi²⁵⁸⁾ также является защитникомъ внѣ-брюшиннаго способа, давшаго ему 13,10/о смертности на 16 операций.

По Гофмейеру²⁵⁹⁾ эта разница между тѣмъ и другимъ способомъ еще больше.

На основаніи собранныхъ результатовъ у различныхъ нѣмецкихъ авторовъ онъ приводить 526 операций съ 152 случаями смерти при внутри-брюшинномъ способѣ и 200 операций съ 30 случаями смерти при внѣ-брюшинномъ способѣ, что составляетъ 280/о смертности для первого и 150/о для второго.

Еще лучшіе результаты получились при тѣхъ способахъ, где обращено было вниманіе на то, чтобы изолировать культи отъ брюшной полости и сдѣлать дренажъ во влагалище. 1) Такъ способъ Leopold'a²⁶⁰⁾—выжиганіе канала шейки и плоскости срѣзъ культи, послѣдующее вырѣзываніе клина и этажный шовъ на культи. 2) Способъ Chroback'a и Zweifel'a²⁶¹⁾—обработка культи по ретроперитонеальному способу, где культи матки прошивалась рядомъ лигатуръ сквозь шейку и сверху зашивалась отсепарованнымъ лоскутомъ брюшины. 3) Способъ проф. Отта²⁶²⁾—предварительное выскабливаніе и выжиганіе канала шейки,

²⁵⁵⁾ Ibid.—стр. 305.

²⁵⁶⁾ Doyen l. c.—р. 525.

²⁵⁷⁾ Doyen.—l. c. p. 525.

²⁵⁸⁾ Ibid.

²⁵⁹⁾ Гофмейеръ.—l. с. стр. 306 и 307.

²⁶⁰⁾ Мироновъ.—Журн. Акуш. и Женск. бол.—1896 г. стр. 680.

²⁶¹⁾ Ibid.

²⁶²⁾ Ibid.

швы, обкалывающіе шейку, но не проникающіе въ каналъ, дренажъ изъ фетиля во влагалище. При этихъ способахъ получились такие результаты: *Chrobak* на 18 операций имѣлъ 5,5% смертности, *Zweifel* на 92 операций—3,2% смертности и проф. *Оттз*—4,3% смертности.

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ цифръ слѣдуетъ, что операторы, замѣчая давно истинную причину неудовлетворительныхъ исходовъ міомотомій, постепенно вырабатывали способы, дающіе все большую и большую возможность изолировать остающуюся кулью отъ брюшной полости, а вмѣстѣ съ тѣмъ получали и лучшіе результаты.

При влагалищномъ же способѣ получились не бывалые до того времени результаты, какъ это видно по цифрамъ, собраннымъ *Мироновымъ*²⁶³⁾.

<i>Richelot</i>	76	операций	3,9%	смертности.
<i>Doyen</i>	28	»	3,6	»
<i>Jacobs</i>	22	»	0	»
<i>Феноменовъ</i>	»	»	0	»
проф. <i>Оттз.</i>	»	»	0	»

Разница у того же автора при абдоминальномъ и влагалищномъ способахъ получается слѣдующая:

у пр. <i>Отта</i>	4,3%	per coeliotomiam	и	0%	per vaginam.
» » <i>Péan'a</i>	6,8	»	»	1,6	»

Здѣсь, положимъ, дѣло стоитъ такъ, какъ и при другихъ операцияхъ.

Отдѣльные операторы, которые имѣютъ возможность производить большее число операций, получаютъ, путемъ пріобрѣтенія большихъ техническихъ познаній и опыта въ этой специальной области, лучшіе результаты, чѣмъ тѣ, которые имѣютъ въ своемъ распоряженіи небольшой матеріалъ и производятъ эти операции не часто.

Можетъ быть до нѣкоторой степени лучшіе результаты стоять также въ зависимости отъ болѣе легкихъ случаевъ, которые оперированы влагалищнымъ путемъ, тѣмъ не менѣе вышеупомянутыя цифры свидѣтельствуютъ, что нельзѧ всего объяснить побочными обстоятельствами, необходимо признать, что на лучшіе исходы оказали вліяніе и условія, связанныя съ

²⁶³⁾ *Мироновъ*—1. с.

этимъ методомъ. На этомъ основаніи считается болѣе раціональнымъ приступать къ удаленію міомъ матки чрезъ влагалище и въ случаѣ полной невозможности окончить операцию этимъ путемъ, переходить на чревосѣченіе. Такой способъ признается все-таки болѣе выгоднымъ потому, что чрезъ влагалище будетъ произведена до вскрытия брюшной полости часть полезной работы и кишечникъ меныше будетъ подвергаться вліянію воздуха.

Теперь намъ предстоитъ разсмотрѣть результаты удаленія пораженныхъ придатковъ матки тѣмъ и другимъ путемъ.

Но прежде необходимо оговориться, что полученные результаты здѣсь должны быть разграничены въ смыслѣ непосредственного и отдаленного успѣховъ. Въ большинствѣ случаевъ, особенно въ случаяхъ hydrosalpinx'a и тѣ и другіе результаты, положимъ, будутъ тождественны въ томъ отношеніи, что съ удалениемъ опухоли уничтожаются и главные тягостные симптомы, но такъ какъ очень часто заболѣванія другого характера, въ особенности, тазовой перитонитъ, сопровождаются такія опухоли трубъ, то, слѣдовательно, и послѣ удаленія пораженныхъ частей приходится наблюдать тѣ или другія страданія и поэтому результаты далеко не всегда тождественны съ временнымъ успѣхомъ. Кромѣ того, *Pozzi*²⁶⁴⁾ говоритъ, что статистическая данныя, представляющія собою дѣйствительную цѣнность и дающія возможность судить о серьезности операций, должны были бы составляться съ соблюденіемъ слѣдующихъ категорий:

- 1) Острая воспаленія яичниковъ и трубъ безъ нагноенія.
- 2) Острая гнойная воспаленія яичниковъ и трубъ.
- 3) Хроническая воспаленія яичниковъ и трубъ.
- 4) Кистовидная воспаленія яичниковъ и трубъ—серозная и кровяная.

Къ сожалѣнію, говорить онъ дальше, существуетъ только небольшое число статистическихъ сообщеній, въ которыхъ можно было бы провести указанную классификацію.

Во всякомъ случаѣ мы имѣемъ достаточное число опубликованныхъ наблюдений, въ которыхъ приведены отдѣльныя

²⁶⁴⁾ *Pozzi*.—Руководство по Гинекологии—стр. 703.

цифры для гнойныхъ и негнойныхъ пораженій и по нимъ можно судить о тяжести этихъ двухъ операцій—*coelio—salpingoectomyae* и маточной кастраціи при тѣхъ и другихъ страданіяхъ.

Обратимся теперь къ разсмотрѣнію этихъ сообщеній.

Статистика показываетъ, говорить *Толочиновъ*²⁶⁵⁾, что кастрація даетъ не болѣе 5—6%, но если взять отдельно случаи *salpingo-oophorectomie*, то смертность будетъ не менѣе 8%.

Пр. *Славянскій*²⁶⁶⁾ нашелъ смертность у различныхъ гинекологовъ отъ 8,76% до 13,7%.

*Schauta*²⁶⁷⁾ на 216 случаевъ имѣлъ общую смертность равной 6%.

*A. Martin*²⁶⁸⁾ въ 1895 году имѣлъ на 228 операцій общей % смертности равнымъ, 8,90%.

*Pozzi*²⁶⁹⁾ на 262 чревосѣченія при воспалительныхъ заболеванияхъ придатковъ различной силы, получилъ 2,66% смертности за 5 лѣтъ въ госпиталѣ Broca съ 1-го февраля 1891 года по 1-е февраля 1896 года.

*Max Landau*²⁷⁰⁾ приводитъ слѣдующія цифры для чревосѣченія по поводу гнойныхъ и нетгойныхъ хроническихъ заболеваній придатковъ. Цифры эти заимствованы имъ у различныхъ авторовъ позднѣйшаго времени.

<i>Terrier</i>	.	.	.	143	случаевъ	18	смертей	= 12,7%
<i>Terrillon</i>	.	.	.	140	>	9	>	= 6,4 »
<i>Doyen</i>	.	.	.	60	>	6	>	= 10,0 »
<i>Schaata</i>	.	.	.	192	>	10	>	= 5,0 »
<i>Lweitel</i>	.	.	.	140	>	1	>	= 0,7 »
<i>Martin</i>	.	.	.	61	>	12	>	= 19,6 »
<i>Jacobs</i>	.	.	.	86	>	5	>	= 5,7 »
<i>Gallet-Dubois</i>	.	.	.	93	>	6	>	= 6,4 »
<i>Lewson Tait</i>	.	.	.	474	>	12	>	= 2,5 »
<i>Sanger</i>	.	.	.	131	>	8	>	= 6,0 »

Въ общемъ на 1626 операцій 92 смерти = 5,59%

²⁶⁵⁾ *Толочиновъ*.—„Учебникъ женскихъ болѣзней“ стр. 336.

²⁶⁶⁾ пр. *Славянскій*.—л. с. стр. 84.

²⁶⁷⁾ *Schauta*.—Centralbl. f. Gyn. 1893, № 22, s. 502.

²⁶⁸⁾ *Славянскій*.—л. с. стр. 84 и 85.

²⁶⁹⁾ *Pozzi*.—л. с. стр. 704.

²⁷⁰⁾ *Max Landau*.—л. с. с. 129.

Для влагалищных гистректомій, произведенныхъ по тѣмъ же причинамъ; мы находимъ у него на 701 случай меньшій 0/о смертности.

<i>Doyen</i>	61	случай	3	смерти	=	4,9%
<i>Jacobs</i>	149	»	3	»	=	2,0 »
<i>Péan</i>	150	»	1	»	=	0,66 »
<i>Richelot</i>	169	»	11	»	=	6,5 »
<i>Rouffart</i>	52	»	2	»	=	3,8 »
<i>Segond</i>	120	»	11	»	=	9,1 »

Въ общемъ на 701 случай 31 смерть = 4,4%

Такимъ образомъ разница получается въ пользу влагалищной гистректоміи на 1,19%.

При гнойныхъ страданіяхъ разница получается слѣдующая:

Pozzi ²⁷¹⁾ на 86 чревосѣченій при гнойныхъ заболѣванияхъ (pyo-salpinx съ perimetro salpingitis suppurativa или безъ таковаго) получилъ 79 выздоровленій, а въ 7 случаяхъ наступила смерть, что составляетъ 8,13%.

Schauta ²⁷²⁾ 68 случаевъ 9 смертей — 13,02%
Tarrier и *Hartman* ²⁷³⁾. 96 » 8 » = 8, 3 »

Въ общемъ на 250 операций 24 смерти = 9, 6%

Для гистректомій по поводу гнойныхъ тяжелыхъ пораженій придатковъ мы получаемъ слѣдующія цифры, которыя мы заимствуемъ у *Max Landau*:

<i>Jacobs</i>	100	случаевъ	2	смерти	=	2,0%
<i>Richelot</i>	55	»	5	»	=	9,09 »
<i>Rouffart</i>	42	»	12	»	=	11,4 »
<i>Segond</i> ²⁷⁴⁾	114	»	13	»	=	11,4 »

Въ общемъ на 311 операций 22 смерти = 7,06%

При сравненіи результатовъ чревосѣченія и гистректоміи исключительно при гнойныхъ пораженіяхъ придатковъ мы получаемъ особенно замѣтную разницу въ исходахъ въ пользу гистректоміи, именно 9,6% смертности при чревосѣченіи и 7,06% — при гистректоміи, что составляетъ 2,5%.

²⁷¹⁾ *Pozzi*.—l. c. стр. 704.

²⁷²⁾ *Schauta*.—Centralbl. f. Gyn. 1893, № 22, s. 502.

²⁷³⁾ *Baudron*.—l. c. p. 134.

²⁷⁴⁾ *Ibid*.

Boldt ²⁷⁵⁾ считаетъ на основаніи собранныхъ имъ случаевъ % смертности меныше при гнойныхъ случаяхъ—6,2%; въ число этихъ случаевъ вошли и его 12 случаевъ съ 1-мъ смертельный исходомъ.

Самый большой процентъ смертности изъ всѣхъ приведенныхъ авторовъ мы находимъ у *Segond'a*,—именно на 114 случаевъ 13 смертей, но необходимо принять во вниманіе, что въ 2-хъ случаяхъ изъ 114-ти *Bouilly* ²⁷⁶⁾ и *Schwartz* ²⁷⁷⁾ признавали чревосѣченіе безусловно смертельнымъ, а въ одномъ случаѣ больная была оперирована іп extrêmis при т. 40° и ей была сдѣлана гистректомія только потому, что разрѣзъ казался недостаточнымъ, но въ общемъ она представлялась безнадежной. Если исключить такимъ образомъ 3 изъ этихъ 13 смертельныхъ случаевъ, то получается на 111 случаевъ 10 смертей, т. е. 9,0% и общій результатъ измѣнится съ 7,06% на 6,13%, что составитъ при сравненіи съ результатами чревосѣченія при тѣхъ же приблизительно условіяхъ еще большую разницу. т. е. = 3,47%.

Въ пользу гистректоміи *Baudron* ²⁷⁸⁾ приводить еще и тотъ доводъ, что въ статистику *Segond'a* вошли всѣ случаи, оперированные имъ и въ частной практикѣ, иногда при не-выгодныхъ условіяхъ, между тѣмъ *Terrier* и *Hartman* оперировали всегда при хорошей обстановкѣ госпиталя. Кромѣ того смертность *Segond'a* уменьшилась съ того времени, какъ онъ началъ примѣнять выскабливаніе. Это введеніе въ оперативную технику ведеть свое начало съ Брюссельского конгресса; съ этого времени 60 гнойныхъ случаевъ дали только 4 смерти, т. е. 6,6%. (Если исключить 3 случая, о которыхъ говорилось выше, то получилась бы 1 смерть, что составило бы только 1,75%).

Hartman ²⁷⁹⁾ вполнѣ основательно возражаетъ противъ доводовъ *Baudron'a* и нѣкоторой искусственности въ объясненіи % смертности у *Segond'a*.

²⁷⁵⁾ *Boldt*.—The amer. Journ. of. obst. 1895, у. 31, p. 1.

²⁷⁶⁾ *Baudron*.—l. c. p. 134.

²⁷⁷⁾ Ibid.

²⁷⁸⁾ *Baudron*—l. c. p. 135 и 136.

²⁷⁹⁾ *Hartman*—Ann. de gyn. et. d'obst.—1894, т. 42, p. 154—157.

Что же касается результатовъ по поводу негнойного пораженія, то разница въ процентѣ смертности не настолько значительна, какъ въ выше приведенномъ разрядѣ случаевъ; это объясняется тѣмъ, что здѣсь уничтожается возможность зараженія брюшной полости изливающимся содержимымъ изъ мѣшка и смертность исключительно зависитъ отъ величины сращеній, травмы при отдѣленіи, случайныхъ раненій и случайной инфекціи.

Опасность операциі Рѣанъа въ примѣненіи къ негнойнымъ воспаленіямъ придатковъ ничтожна. Въ 82 случаяхъ Segond'а²⁸⁰⁾ по поводу негнойныхъ пораженій не получилось ни одной смерти:

<i>Jacobs</i>	.	.	.	.	49	случаевъ	1	смерть	= 2, 0 ⁰ /0
<i>Richelot</i>	.	.	.	.	114	"	6	"	= 5,26 ⁰ /0
<i>Rouffart</i>	.	.	.	.	10	"	0	"	= 0, 0 ⁰ /0
<i>Segond</i>	.	.	.	.	82	"	0	"	= 0, 0 ⁰ /0

Въ общемъ на . . . 255 операций 7 смертей = 2,74⁰/0

Но этимъ счастливымъ случаямъ можно противопоставить прекрасные результаты, полученные Pozzi²⁸¹⁾ при чревосѣченіи (съ 1-го Февраля 1891 года по 1-ое Февраля 1896 г.), на 176 негнойныхъ пораженій придатковъ онъ не получилъ ни одного смертельного исхода.

<i>Schauta</i> ²⁸²⁾	.	.	144	случая	4	смерти	= 2, 8 ⁰ /0
<i>Bichat</i> ²⁸³⁾	.	.	154	"	13	"	= 8, 3 ⁰ /0

Въ общемъ на . . . 474 случая 17 смерти = 3,58⁰/0

Сравнивая статистику у одного и того же оператора *per recto coeliotomiam et per vaginam*, мы находимъ:

При абдоминальномъ методѣ;	при влагалищномъ методѣ;
У <i>Jacobs'a</i> ²⁸⁴⁾ . . . 5,7 ⁰ /0 смертности;	2,0 ⁰ /0 смертности
» <i>Doyen'a</i> ²⁸⁵⁾ . . . 10, 0 ⁰ /0 » 4,9 ⁰ /0 »	

Разница, хотя и не столь большая, какъ въ предыдущемъ порядкѣ случаевъ, но тѣмъ не менѣе она составляетъ 0,84⁰/0 опять въ пользу влагалищной гистеректоміи.

²⁸⁰⁾ Baudron—l. c.

²⁸¹⁾ Pozzi—l. c. стр. 704.

²⁸²⁾ Schauta—l. c.

²⁸³⁾ Baudron—l. c. p. 139.

²⁸⁴⁾ Max. Landau—l. c.

²⁸⁵⁾ Doyen—l. c.

Если принять во внимание, какъ часто трудно выполнимы такія операциі по причинѣ обширныхъ сращеній, какъ часто брюшная полость загрязняется гнойнымъ содержимымъ трубныхъ мѣшковъ, то почти надо удивляться получаемому низкому проценту смертности.

Такъ какъ больныя во всякомъ случаѣ при помощи salpingo-oophorectomiae освобождаются отъ опасной для нихъ болѣзни и мучительныхъ припадковъ, то операциѣ была бы сама по себѣ очень благодарной, если бы излѣченіе было во всѣхъ случаяхъ прочно. Къ сожалѣнію, какъ мы упомянули, благотворное вліяніе операциї въ смыслѣ уничтоженія симптомовъ не всегда бываетъ продолжительно и всѣ стремленія достигнуть стойкаго, прочнаго излѣченія при помощи salpingo-oophorectomiae до сего времени не увѣнчались желаемымъ успѣхомъ. Такъ Schauta²⁸⁶⁾ изъ 226 больныхъ; подвергшихся двухсторонней кастраціи, могъ видѣть вторично 172-хъ и сбратъ свѣдѣнія о состояніи ихъ здоровья, при чемъ оказалось, что вполнѣ выздоровѣвшими изъ нихъ можно было признать только 59,8%. Изъ 20-ти же больныхъ, у которыхъ были удалены придатки съ одной стороны, онъ могъ наблюдать только 17, изъ которыхъ призналъ вполнѣ здоровыми значительно меньшій процентъ—23,5%. Отсюда видно сколь неутешительны результаты, получаемые въ томъ случаѣ, когда удаляются придатки съ 2-хъ сторонъ и какъ они сомнительны при одностороннемъ ихъ удаленіи. Основываясь на такихъ данныхъ, Schauta совѣтуетъ удалять придатки съ обѣихъ сторонъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ съ одной стороны они окажутся здоровыми. Чтобы обеспечить полное выздоровленіе, Schauta пошелъ еще дальше и въ каждомъ случаѣ заболѣванія придатковъ, гдѣ вообще имѣется показаніе къ экстирпациѣ ихъ, слѣдуетъ удалять не только придатки, но и матку, такъ какъ одною изъ причинъ неудачи была оставленная матка. Другими же причинами неполного выздоровленія служили эксуреты на апутационныхъ культурахъ и Veit²⁸⁷⁾ считаетъ причиной культевыхъ эксуретовъ повторная свѣжія зараженія. Замужнія женщины въ этомъ отношеніи находятся

²⁸⁶⁾ Schauta.—Centralbl. f. Gyn. 1895, № 29, s. 779.

²⁸⁷⁾ Centralbl. f. Gyn. 1895, № 29, s. 779.

въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ *puellae publicae*, которыя подвергаются все новымъ и новымъ зараженіямъ. Затѣмъ одною изъ причинъ неудачи являются маточныя кровотеченія, а также часто наблюдавшіяся бѣли; именно у 22-хъ изъ 172-хъ по отчету *Schaut's*ы; далѣе фиксированное и неправильное положеніе матки и наконецъ при одностороннемъ удаленіи придатковъ заболѣваніе оставлennыхъ, которые во время операциіи оказались здоровыми. Къ этому мнѣнію присоединяются *Landau*²⁸⁸⁾ и *Tritsch*²⁸⁹⁾.

Однако такое смѣлое оперативное вмѣшательство едва ли найдетъ для себя достаточно оправданій, не смотря на легкость, съ какою болыныя приносятъ эту операцио, такъ какъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что частота пораженій придатковъ матки достигаетъ 17,8% всѣхъ женскихъ страданій²⁹⁰⁾ и, главное, самое большое количество этихъ страданій, въ особенности, упорныхъ и долго дѣлящихся, выпадаетъ на долю перелоя. Такимъ образомъ эта операцио потребовалась бы очень часто и при томъ у женщинъ молодыхъ, находящихся въ развѣтѣ лѣтъ и на степени полнаго половаго развитія и способности дѣторожденія.

У *Boldt'a*²⁹¹⁾ изъ 112 оперированныхъ 58 излѣчились вполнѣ, у 24 получились улучшенія, у 10 состояніе не улучшилось; у *V. Rosthorn'a*²⁹²⁾ изъ 40 оперированныхъ 20 совершенно поправились, улучшенія получились у 13, у остальныхъ больныхъ симптомы продолжаются въ болѣе или менѣе значительной степени. *Zweifel*²⁹³⁾ подчеркиваетъ тягостныя явленія, вызываемыя преждевременнымъ климактеріемъ и *Гофмайеръ*²⁹⁴⁾ на основаніи личнаго опыта подтверждаетъ это, хотя окончательная оцѣнка этого явленія по его мнѣнію должна быть сдѣлана въ будущемъ.

*Baudron*²⁹⁵⁾ собралъ значительное число опубликованныхъ статистическихъ свѣдѣній относительно отдаленныхъ резуль-

²⁸⁸⁾ Ibid.

²⁸⁹⁾ Ibid.

²⁹⁰⁾ *Schauta*.—„Ueber die Indicationen, die Téchnik und die Erfolge der Adnexoperationen“ Deutsche Med. Wochenschrift 1894, № 5, s. 97.

²⁹¹⁾ Гофмайеръ.—L. с., стр. 369.

²⁹²⁾ Ibid.

²⁹³⁾ Ibid.

²⁹⁴⁾ Гофмайеръ.—L. с. стр. 369.

²⁹⁵⁾ *Baudron*.—L. с. p. 140.

татовъ чревосѣченія при различныхъ страданіяхъ придатковъ, и сравниваетъ ихъ съ цифрами, полученными послѣ гистеректоміи при тѣхъ же пораженіяхъ. Результаты чревосѣченія слѣдующіе:

<i>Jacobs</i>	изъ	31	снова видѣнныхъ больныхъ	—	24	вполнѣ выздоровѣли	=77	%
<i>Terrillon</i>	"	84	"	"	74	"	=88	%
<i>Bouilly</i>	"	70	"	"	61	"	=87	%
<i>Segond</i>	"	16	"	"	5	"	=31	%
<i>Terrier</i>	"	46	"	"	42	"	=91	%
<i>Schaut</i>	"	121	"	"	100	"	=82,6	%
<i>Reamy</i>	"	140	"	"	40	"	=31	%
<i>Pozzi</i>	"	45	"	"	35	"	=77	%

Изъ этой таблицы слѣдуетъ, что всѣхъ снова видѣнныхъ больныхъ, по которымъ составлены выводы, было 553; съ полнымъ выздоровленіемъ же 381; т. е. 68,7%.

Судя по результатамъ многочисленныхъ операцій *Segond'a*, для гистеректоміи получаются слѣдующія цифры:

Тазовыхъ аспессовъ	изъ	18	опериров.	и оставш.	живыми	14	вполнѣ выздоров.
<i>Pyosalpinx</i>	"	55	"	"	"	51	"
<i>Salpingitis parenchym.</i>	"	20	"	"	"	19	"
Хронич. восп. яичник.	"	5	"	"	"	5	"
Гистеректомія дополнит.	"	3	"	"	"	3	"
Внѣ маточная беремен.	"	1	"	"	"	1	"

Изъ 128 оперированныхъ и оставшихся живыми 118 вполнѣ выздоровѣли, что составляетъ 92% полнаго выздоровленія и эта цифра значительно выше первой.

*Boldt*²⁹⁶⁾ на основаніи указанного выше материала нашелъ полное выздоровленіе послѣ гистеректоміи въ 96,34%, присовокупляя сюда свои 12 случаевъ съ 1-ымъ смертельнымъ исходомъ.

*V. Pauchet*²⁹⁷⁾ нашелъ, что *Richelot* до послѣдняго времени 100 разъ прибѣгалъ къ чревосѣченію по поводу пораженія придатковъ и около 150 разъ къ влагалищной гистеректоміи и эти позднѣйшіе результаты salpingo—ophorectomiae per coeliotiam дали такие же мало утѣшительные результаты, какъ и всѣ ранѣе приведенные, сравнительно съ влагалищной гистеректоміей въ смыслѣ полнаго выздоровленія, именно 64% для первой и 94% для второй.

По мнѣнію *Richelot*²⁹⁸⁾ такая разница въ исходахъ заключается въ остающейся маткѣ и происходящихъ отсюда

²⁹⁶⁾ *Boldt*—Amer. Journ. of obst. 1895, v. 31, p. 1.

²⁹⁷⁾ *V. Pauchet*—Centralbl. f. gyn.—1897, № 35, с. 1066.

²⁹⁸⁾ *Ibid.*

послѣдствій—перитонеальная раздраженія, Fluor albus, крово-теченія, боли и онъ въ 53-хъ случаяхъ вынужденъ быть послѣ чревосѣченія впослѣдствіи прибѣгнуть къ гистеректоміи, которая дала прочное выздоровленіе во всѣхъ случаяхъ.

Ко всему сказанному слѣдуетъ добавить, что при прочихъ равныхъ условіяхъ больныя послѣ чревосѣченія страдаютъ вообще болѣше.

Больной послѣ чревосѣченія при выпискѣ изъ лѣчебного заведенія предписываются различныя гигіеническія мѣры—ношеніе бандажа, воздержаніе отъ тяжелой работы, подъемовъ и пр. между тѣмъ, какъ послѣ влагалищной операциіи никакихъ особыхъ предосторожностей, которые имѣли бы такое важное значеніе, не предписываются и не требуется.

Поэтому отъ больныхъ легче получить согласіе на эту операцию (*Dührssen*) ²⁹⁹⁾, чѣмъ на чревосѣченіе, что, конечно, имѣеть также свое значеніе при извѣстной боязни и недовѣріи къ оперативному лѣченію.

Для влагалищной операциіи требуется меныше число помощниковъ и можно обойтись вообще болѣе скромной обстановкой, что также составляетъ большое значеніе и преимущество при малочисленности хорошо обставленныхъ больницъ со всѣми необходимыми приспособленіями, предписывамыми наукой для вскрытия брюшной полости.

Заканчивая обзоръ сравненія чревосѣченія съ гистеректоміей при пораженіяхъ придатковъ, я постараюсь, насколько мнѣ доступно, установить и тѣ показанія, при которыхъ слѣдуетъ производить маточную кастрацію.

Показанія къ производству операциіи Réan'a.

Изъ выше приведенныхъ разсужденій и статистическихъ данныхъ явствуетъ, что операция *Réan'a* оказала большую услугу хирургіи при тяжелыхъ заболѣваніяхъ придатковъ, но изъ этого не слѣдуетъ, чтобы она была показана безъ исключенія во всѣхъ случаяхъ подобного заболѣванія. *Pozzi* ³⁰⁰⁾

²⁹⁹⁾ *Dührssen*—„Ueber eine neue Methode der Laporotomie“—Berl. Klinische Wochenschrift. 1894, № 29 и 30, с. 673 и 695.

³⁰⁰⁾ *Pozzi*.—Руководство по гинекологіи стр. 706.

считаетъ ее «исключительной операцией, въ то время, какъ чревосѣченіе составляетъ правило, какъ болѣе вѣрная, болѣе благопріятная», операциѣ же *Рéан*'а по своимъ непосредственнымъ и отдаленнымъ результатамъ, дѣйствительно, хороша, а техника ея не трудна и поэтому она получила такое большое распространеніе. Къ этому, впрочемъ, присоединяется еще вѣскій аргументъ, состоящій въ томъ, что большинство гинекологовъ въ настоящее время признаютъ, что оставленіе матки безъ придатковъ не имѣеть значенія, потому что матка при этомъ атрофируется, скоро превращается въ старческую, не имѣющую никакого значенія для женщины. Хотя атрофія матки послѣ удаленія придатковъ, дѣйствительно и происходитъ (*Коганъ*³⁰¹), но нельзя сказать съ увѣренностью, что «матка безъ яичниковъ не нужна для женщины», говорить *Лъвовъ*³⁰²), который также отмѣчаетъ нѣсколько больныхъ, у которыхъ трубы и яичники были удалены болѣе 2—3 лѣтъ тому назадъ и которыхъ тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ еще не перестали носить мѣсячныя; матка у нихъ не уменьшилась и они не превратились въ старухъ; этимъ онъ подтверждаетъ и наблюденія другихъ авторовъ: *Сутугинъ*³⁰³), *Lawson Tait*³⁰⁴) и пр.

Операциѣ *Рéан*'а главнымъ образомъ противорѣчить основнымъ иравиламъ хирургіи—удалять болѣное и по возможности щадить здоровое и только въ тѣхъ случаяхъ, где нельзя удалить однѣ пораженные части приходится жертвовать и здоровымъ органомъ, здоровыми сосѣдними частями только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ. Далѣе заболѣванія, о которыхъ здѣсь идетъ рѣчь, какъ мы видѣли,—очень часты и поэтому показанія должны быть тѣмъ строже обоснованы и насколько возможно должны стремиться къ сохраненію матки, если нельзя во всѣхъ случаяхъ обойтись изѣченіемъ только больныхъ органовъ. Для больной «лучше имѣть какую-нибудь матку, хотя

³⁰¹⁾ *Коганъ*.—Диссертациія 1896 г.

³⁰²⁾ *Лъвовъ*.—„Врачъ“—1897 г., № 23, стр. 649.

³⁰³⁾ *Lawson Tait*.—Sur les rÃ©sultats Ã©loignÃ©s de l'ablation des annexes utÃ©rines „communication faite au CongrÃ©s franÃ§ais de chirurgie“ Ann. de Gyn. et d'obst. 1891, p. 239.

³⁰⁴⁾ *Сутугинъ*.—О показаніяхъ къ оскопленію—„Врачъ“ 1885 г. № 20, стр. 317.

бы и неправильно менструирующую, чѣмъ совсѣмъ не имѣть
ея» (*Sanger*³⁰⁵⁾.

Женщины, которые не совсѣмъ лишены своего пола по-
тому-ли, что у нихъ сохранена только матка или потому, что
у нихъ остался какой-нибудь сегментъ яичника, при которомъ
возможно продолженіе хотя бы и неправильной менструаціи,
по видимому, меныше подвержены различнымъ разстройствамъ,
чѣмъ тѣ, у которыхъ ничего не сохранилось изъ внутреннихъ
половыхъ органовъ послѣ операциіи (*Pozzi*³⁰⁶⁾.

*Péan*³⁰⁷⁾ считаетъ маточную кастрацію показанной во
всѣхъ случаахъ тазовыхъ нагноеній, гдѣ требуется двойное
удаленіе придатковъ. *Segond*³⁰⁸⁾ выразился опредѣленно, что
«безъ сомнѣнія во всѣхъ случаяхъ тазовыхъ абсцессовъ,
которые могутъ быть излѣчимы чрезъ простой разрѣзъ не
должно быть и вопроса о гистректоміи», и онъ совѣтуетъ
предпочитать чревосѣченіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ двухсторон-
нее заболѣваніе не очевидно—оно даетъ возможность поста-
вить точную діагностику.

Далѣе, по мнѣнію *Segond*'а женщины, у которыхъ при чрево-
сѣченіи удалены яичники, матка является лишнимъ органомъ
поэтому гистректомія въ этомъ отношеніи не составляетъ не-
достатка сравнительно съ чревосѣченіемъ. Къ тому же онъ
приводить слова *Pozzi*³⁰⁹⁾ что «больныя, которые выздорав-
ливаютъ послѣ тазового нагноенія, сохранивъ свои при-
датки, въ большинствѣ случаевъ дѣлаются неспособныхъ
къ дѣторожденію, также какъ и тѣ, которыхъ подверглись
кастрації».

На основаніи этого *Segond* пошелъ дальше и дѣлаетъ
заключеніе, что «если женщина, страдающая двухстороннимъ
нагноеніемъ около матки, можетъ быть вылѣчена съ увѣрен-
ностью влагалищной гистеректоміей, то слѣдуетъ пожертвовать
нѣкоторыми шансами на будущую беременность, чѣмъ лѣчить
разрѣзомъ, при которомъ эти шансы нѣсколько больше».

³⁰⁵⁾ *Sanger*.—Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (G  ne  ve) Gaz.
des. h  p  r. 1896, p. 1057—1059.

³⁰⁶⁾ *Pozzi*.—l. c.

³⁰⁷⁾ *Péan*.—l. c.

³⁰⁸⁾ *Segond*.—l. c.

³⁰⁹⁾ l. c.

Въ виду того, что женщины часто страдают эндометритомъ послѣ удаленія придатковъ *per coeliotomiam*, *Segond* приписалъ очень большую роль маточному страданію въ дѣлѣ происхожденія воспалительныхъ заболѣваній и поэтому предложилъ прежде всего удалять матку, признавая ее первымъ очагомъ болѣзни, во многихъ случаяхъ гдѣ можетъ быть было-бы возможно обойтись безъ этого. *Péan*³¹⁰⁾ ограничивается выскабливаніемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ страдаетъ только слизистая оболочка матки и совѣтуетъ удалять матку тамъ, гдѣ воспаленіе широко распространилось на окружающія части. Просматривая затѣмъ болѣзненныя измѣненія придатковъ, вслѣдствіе которыхъ произведены 200 операций *Segond'a*³¹¹⁾, мы находимъ очень широкія показанія, которыхъ ни въ какомъ случаѣ не могутъ быть оправданы. *Richelot*³¹²⁾, представляя докладъ о 240 чревосѣченіяхъ, изъ которыхъ 170 были сдѣланы по поводу трубно-яичниковыхъ страданій, приводить показанія столь же широкія, какъ и *Segond*.

Для производства операций, сдѣланныхъ *Segond'omъ*, послужили слѣдующія болѣзненныя измѣненія:

- 1) Тяжелая нагноенія вокругъ матки.
- 2) Pyosalpinx.
- 3) Hydrosalpinx, haematosalpinx, et. c.
- 4) Паренхематозный сальпингитъ.
- 5) Кистовидное перерожденіе яичниковъ.
- 6) Внѣматочная беременность.

Нельзя не согласиться со взглядомъ *Pozzi*³¹³⁾, который, признавая гистеректомію прекрасной операцией въ нѣкоторыхъ случаяхъ, смотритъ однако безъ увлеченія на тѣ результаты, которые представляетъ статистика и по одному этому только не дѣлаетъ показаній; онъ исходитъ изъ строго анатомо-патологическихъ условій и того опорожнительного значенія операции, на которое указалъ *Péan*, которое признаетъ и *Pozzi* и какое она, дѣйствительно, только и имѣть.

³¹⁰⁾ *Péan*.—l. c.

³¹¹⁾ *Segond*.—l. c.

³¹²⁾ *Richelot* —, „Résultats éloignés de l'ablation des annexes“.—Communication faite au Congrès franç de chir.—Ann. de Gyn. et d'obst. 1891, T. 35, p. 257.

³¹³⁾ *Pozzi*.—l. c.

Эндометриту, на который указывает *Segond, Pozzi* не придает такого большого значения и предполагает, что всегда достаточно выскабливания. Хотя исходною точкой указанного страдания часто является матка, но наичаще такую роль, т. е. роль центра, отъ которого распространяется воспаление, охватывающее окружающую матку части, играет oophoro-salpingitis³¹⁴⁾ и поэтому онъ въ номенклатурѣ болѣзней соединяет эти страданія подъ общимъ названіемъ—perimetro-oophoro-salpingitis. *Paul Poirier*³¹⁵⁾ подтверждаетъ ту же мысль.

Влагалищная гистеректомія, по мнѣнію *Pozzi*, должна быть предпочтена чревосѣченію во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ придатки представляются сильно сращенными съ маткой и въ тѣхъ, гдѣ нагноеніе распространяется по окружности ихъ (perimetro-salpingitis suppurrativa). Такимъ образомъ обширныя сращенія съ маткой и должны служить критеріемъ, которымъ руководствуется хирургъ и поэтому во всѣхъ случаяхъ негнайныхъ воспалительныхъ страданій придатковъ и даже обоюдо-стороннихъ гнойныхъ процессовъ, при которыхъ опухоль ясно отдѣляется отъ матки и можетъ быть отсепарована—нужно отдать предпочтеніе чревосѣченію, или другими словами—здѣсь не должно быть мѣста гистеректоміи.

Проф. Славянскій исходить изъ тѣхъ же соображеній и поэтому приходитъ къ аналогичнымъ выводамъ, но только проф. Славянскій точнѣе формулируетъ ихъ, ограничивая ихъ обширными нагноеніями, ведущими свое начало изъ Фалlopіевыхъ трубъ и распространяющимися по всему тазу; множественными и многополостными мѣшками съ обильными сращеніями, въ особенности съ кишечникомъ, а также при осложненіяхъ фистулами; показанными считать и тѣ случаи, гдѣ предшествовавшее чревосѣченіе не принесло пользы и послѣ него образовались снова тазовые скопленія около матки.

Что касается мнѣнія *Schaut'ы*³¹⁶⁾, къ которому присоединяются *Landaу*³¹⁷⁾, *Tritsch*³¹⁸⁾ и *Veit*³¹⁹⁾, что при всѣхъ

³¹⁴⁾ *Pozzi*—l. c., стр. 708.

³¹⁵⁾ *Paul Poirier*.—„Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus des annexes et de peritoine pelvien“.—Рефер. Журн. Акуш. и Женск. бол., 1891 г., стр. 756.

³¹⁶⁾ *Schauta*.—Centralbl. f. Gyn., 1895 № 29, s. 779.

³¹⁷⁾ Ibid.

³¹⁸⁾ Ibid.

³¹⁹⁾ Ibid.

тонорройныхъ двухстороннихъ заболѣваніяхъ придатковъ слѣдуетъ удалять и матку, то хирургамъ пришлось бы очень много оперировать, такъ какъ воспалительные заболѣванія придатковъ составляютъ, по приведеннымъ вычисленіямъ самого Schaut'ы, 17,8% всѣхъ женскихъ болѣзней. Кромѣ того необходимо принять во вниманіе, что перелойные страданія половыхъ органовъ особенно часто встречаются у молодыхъ женщинъ, находящихся на высшей ступени половаго развитія и производительной способности.

При такихъ условіяхъ едва-ли возможно такъ широко применять такія оперативныя пособія, послѣ которыхъ неминуемо наступаетъ половая неспособность. И діагностика во всякомъ данномъ случаѣ представляется далеко не легкой, хотя Zweifel³²⁰⁾ приводитъ данныя, по которымъ клинически можно опредѣлить какого рода инфекція вызвала гнойный сальпингитъ.

Но какъ бы ни было формулировано точно и каковъ бы ни былъ клиническій опытъ въ каждомъ случаѣ нѣтъ возможности опредѣлить съ точностью характеръ страданія а поэтому едва ли возможно будетъ и выполнить совсѣмъ, который преподаетъ Schauta.

Если теперь разсмотрѣть тѣ показанія и поводы, по которымъ сдѣланы гистеректоміи Segond'омъ³²¹⁾, то большинство изъ этихъ показаній не имѣетъ почвы и противорѣчать первому назначенію операциіи Réan'a, при которой матка удаляется для опорожненія гноиныхъ полостей, и плотно сросшихся гноиныхъ придатковъ, которыхъ нельзя удалить ни влагалищнымъ путемъ, ни посредствомъ coelio-salpingoectomyae и въ послѣднемъ случаѣ вынуждены дренировать тѣмъ или другимъ путемъ, такъ какъ съ одной стороны извѣстно, насколько опасно вскрывать путемъ чревосѣченія такие нарываы, которые заключаютъ въ себѣ обильныя колоніи strepto-и staphilococc'овъ и съ другой—клиническій опытъ учитъ, что влагалищнымъ разрѣзомъ однимъ мы не достигнемъ цѣли, если они многополостные или множественные, то остается

³²⁰⁾ Zweifel.—„Ueber saIpingo-oophorectomie“ Arch. f. gyn., Bd. 39, N. 3, s. 353.

³²¹⁾ Baudron.—L. c.

единственный исходъ—удалить матку. Какъ извѣстно, при такихъ условіяхъ, когда захвачены воспалительнымъ гнойнымъ процессомъ широкія связки, дугласово пространство и клѣтчатка, однимъ словомъ всѣ ткани, окружающія матку, то и сама матка вовлекается въ процессъ, если она не заболѣла еще раньше и поэтому неминуемо слѣдуетъ жертвовать органомъ, чтобы доставить полный дренажъ. Что же касается придатковъ въ данномъ случаѣ, то они удаляются не вполнѣ, или только опораживаются и этого вполнѣ достаточно, такъ какъ гнойныя полости изливаются, ткани атрофируются и рубцовый процессъ захватываетъ всѣ пораженные мѣста. Таково главное назначеніе операциіи *Péan'a*, между тѣмъ, утвержденные результатами этой операциіи, слишкомъ мало обращаютъ вниманіе на матку и удаляютъ ее, когда нѣтъ къ тому достаточныхъ поводовъ.

1) Такъ у *Baudron'a*³²²⁾ въ числѣ первыхъ показаній къ маточной кастраціи, какъ мы видѣли, приведены «сращенные, но поддающіеся вылущенію мѣшки». Такое показаніе находитъ себѣ оправданіе только въ томъ, что «при этихъ условіяхъ гистеректомія даетъ хорошіе результаты. Она будто бы имѣеть здѣсь двойное преимущество, такъ какъ она болѣе полна и не оставляетъ рубца».

Она вполнѣ считается только потому, что къ удаленію придатковъ, (всегда возможному въ случаѣ свободныхъ мѣшковъ), присоединяется удаленіе матки, «безполезнаго органа, часто бывающаго мѣстомъ различныхъ страданій». Этихъ доводовъ однако едвали достаточно для того, чтобы удалять матку безъ всякихъ основаній въ каждомъ случаѣ.

2) «Совершенно свободные мѣшки» также поставлены въ числѣ показаній къ гистеректоміи при двухстороннемъ пораженіи, а простой разрѣзъ считается показаннымъ только въ случаѣ односторонняго заболѣванія. Аргументомъ для этого опять является то, что при двухстороннемъ пораженіи придатковъ матка остается «безполезнымъ органомъ».

Если на основаніи бактеріологическихъ изслѣдований *Schaut'a*³²³⁾ при гнойныхъ очагахъ, содержащихъ strepto—и

³²²⁾ *Baudron*.—L. c. p. 143.

³²³⁾ *Schauta*.—L. c.

staphilococc'овъ, чревосъченіе является тяжелою операцией, такъ какъ у него изъ 15 такихъ больныхъ 3 умерли, что составляетъ 20%, то онъ указываетъ на прекрасный результатъ дренажа помимо гистеректоміи, къ которому онъ самъ, впрочемъ, прибѣгалъ только въ очень ограниченномъ числѣ случаевъ. Свободные мѣшки, конечно, удобно разрѣзать и дренировать или вылущать гдѣ къ послѣднему представляется возможность.

3) Въ числѣ показаній при негнойныхъ пораженіяхъ мы находимъ hydrosalpinx, haematosalpinx, паренхематозный сальпингитъ и хроническое воспаленіе яичниковъ. Что касается первого показанія, то прежде всего, если hydrosalpinx не обнаруживаетъ прогрессивнаго роста и не вызываетъ самъ по себѣ страданій, то, собственно говоря, такое состояніе его не можетъ служить показаніемъ къ оперативному пособію вообще, но еще удалять ради этого и матку, конечно, не имѣть ни малѣйшаго основанія. То же самое нужно сказать о всей этой группѣ показаній, что если нѣтъ плотныхъ и широкихъ сращеній съ маткой, затрудняющихъ вылущеніе, то слѣдуетъ ограничиться удаленіемъ пораженныхъ частей и ни въ какомъ случаѣ ради того только, чтобы создать себѣ выгодныя условія и доступъ къ придаткамъ, не слѣдуетъ удалять матку. Такой образъ дѣйствій противорѣчитъ первому и основному назначенію операции *Réan'*а и это не будетъ уже маточной кастраціей въ собственномъ смыслѣ слова.

4) Признавая матку «лишнимъ органомъ» при двухстороннемъ удаленіи придатковъ, каково бы ни было заболѣваніе послѣднихъ, стали наконецъ удалять матку и при внѣматочнай беременности, если одновременно существуетъ неизлѣчимое заболѣваніе другой стороны. Segond при такихъ условіяхъ удалилъ матку 4 раза и Krug³²⁴⁾, присоединяясь вполнѣ къ этому положенію, оперировалъ при такихъ же условіяхъ 9 разъ со счастливымъ исходомъ. Трудно оправдать такой образъ дѣйствій, не считая показаннымъ удаленіе матки при отсутствіи наличности болѣзнейшихъ явлений въ ней, а также и потому, что при этихъ условіяхъ скорѣе возможно встрѣтиться

³²⁴⁾ Krug.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 8, s. 216 изъ New-Jorker med. Monatschrift, 1896, № 81.

съ различными затрудненіями, на первомъ планѣ среди которыхъ стоитъ опасное кровотеченіе.

Едва-ли также можно считать показаннымъ удаленіе матки и въ томъ случаѣ, если она находится въ retroversio при двухстороннемъ пораженіи придатковъ (гнойномъ или негнойномъ), и въ случаѣ хирургической перфораціи матки на основаніи только что приведенныхъ мотивовъ.

Проколъ чрезъ влагалище въ доантисептическое время имѣлъ, конечно, огромное преимущество потому, что онъ являлся менѣе опаснымъ средствомъ, чѣмъ разрѣзъ. Въ настоящее же время этотъ способъ не заслуживаетъ большого распространенія—«онъ опасенъ и ведеть къ раненіямъ кишки», говорить Pozzi³²⁵⁾. Проф. Laroyenne³²⁶⁾ и Vuilliet (Genève)³²⁷⁾ являются однако убѣжденными защитниками прокола чрезъ влагалище серозныхъ или кровянистыхъ выпотовъ при хроническомъ околоматочномъ нагноеніи. Первый ссылается на свой продолжительный опытъ и вполнѣ удовлетворительные результаты, второй—на съѣздѣ въ Брюсселѣ привелъ въ доказательство своего мнѣнія 18 случаевъ пункции и разрѣза при pyosalpinx, изъ которыхъ однако онъ въ 3 случаяхъ только примѣнилъ разрѣзъ съ дренажемъ. Не соглашается съ тѣмъ положеніемъ, что эта операція связана со всякими случайностями, такъ какъ ведется въ темную; по его мнѣнію и при чревосѣченіи также многое дѣлается въ темную. Doyen³²⁸⁾ относительно двухъ послѣднихъ авторовъ выразился очень остроумно, что «они столько повторили способъ Bernutz'a, способъ, который, конечно, нашъ великий учитель оставилъ бы, если бы онъ прожилъ нѣсколькими годами болѣше».

Hofmokl³²⁹⁾ въ недавнее время представилъ обширный материалъ и выступаетъ также защитникомъ прокола и аспираціи при опорожненіи серозной или гнойной жидкости при периметритахъ. Личный материалъ его въ 117 случаевъ, изъ которыхъ 91 выздоровѣли и 6 умерли.

³²⁵⁾ Pozzi.—Руководство по гинекологіи, стр. 727.

³²⁶⁾ Laroyenne.—I. c.

³²⁷⁾ Vuilliet (Genève).—Bull. méd., 1892, p. 1233.

³²⁸⁾ Doyen.—I. c., p. 466—467.

³²⁹⁾ Hofmokl.—I. c.

Laroyenne, предложивъ свой способъ, который, собственно говоря, существовалъ много раньше, убѣдился впослѣдствіи видимо и самъ въ ненадежности результатовъ и сталъ дополнять его разрѣзомъ, придумавъ съ этой цѣлью свой специальный труакаръ.

На съездѣ въ Женевѣ *SÄnger*³³⁰⁾ и *Howard Kelly*³³¹⁾ опять высказались за примѣненіе пункции въ нѣкоторыхъ ограниченныхъ случаяхъ. Принимая во вниманіе опасности прокола: 1) кровотеченіе; 2) прободеніе кишки и 3) перитонитъ отъ проникновенія гноя въ полость брюшины, можно принять этотъ способъ только въ тѣхъ ограниченныхъ случаяхъ, какъ предложилъ *Howard Kelly* и *SÄnger*. У молодыхъ женщинъ и дѣвушекъ, у которыхъ не слѣдуетъ производить радикальной операциіи прежде, чѣмъ не испытаны сохраниющіе способы: 1) когда сбоку и сзади матки имѣются воспалительные массы, находящіяся въ непосредственномъ соприкосновеніи съ влагалищемъ; 2) въ случаяхъ обильного водяночного скопленія въ трубѣ, когда она при томъ легко достичима со стороны влагалища; 3) въ случаяхъ осумкованного тазового перитонита, а *SÄnger* стоитъ за проколъ въ случаяхъ одиночныхъ скопленій въ органахъ, когда гной стерильный и когда до гнойника можно достигнуть безъ опасенія проникнуть въ полость брюшины. Тѣмъ болѣе, что онъ можетъ быть примѣненъ, какъ средство, при помощи котораго можно убѣдиться въ правильности распознаванія и какъ предварительный актъ болѣе радикального вмѣшательства.

Что касается разрѣза, то этотъ способъ лѣченія вполнѣ отвѣчаетъ правиламъ хирургіи лѣченія гноинныхъ скопленій и можетъ считаться хорошимъ способомъ въ тѣхъ определенныхъ случаяхъ, какъ высказалъ въ свое время *Bouilly*³³²⁾, съ этимъ положеніемъ соглашаются *Polaillon*³³³⁾, *Routier*³³⁴⁾,

³³⁰⁾ *SÄnger*.—Congrès periodique internat. de Gyn. d'obst. (Genève). Bull. n  d., 1892, p. 837.

³³¹⁾ *Howard Kelly*.—Ibid., p. 836.

³³²⁾ *Bouilly*.—De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovarientes. Arch. de Tocil. 1890, t. 17, p. 634—644. Bull. et Mém. de la soc. de chir. 1890, p. 500—508.

³³³⁾ Bull. et Mém. de la soc. de chir. 1890, p. 508—510.

³³⁴⁾ Ibid.

Reclus ³³⁵⁾ и *Monod* ³³⁶⁾ *Bouilly* указываетъ на *Larouyenn'a*, что онъ очень обобщаетъ свой способъ и нельзя не согласиться съ тѣмъ, что разрѣзъ, будучи примененъ къ многополостнымъ и высоколежащимъ множественнымъ скоплениямъ, не будетъ достигать цѣли, и поведетъ за собой частое образованіе фистулы, о чёмъ свидѣтельствуютъ авторы. На этомъ основаніи *Pozzi* въ своемъ руководствѣ отводитъ очень ограниченное показаніе для разрѣза и предпочитаетъ послойный разрѣзъ съ послѣдующей тампонаціей ³³⁷⁾, *Mundé* ³³⁸⁾ кромѣ разрѣза примѣняетъ еще и выскабливаніе ложечкой, хотя трудно сказать, чтобы это составляло какое-либо преимущество.

Чтобы избѣжать раненія мочеточниковъ и маточныхъ артерій, нужно соблюдать извѣстную осторожность. Если гнойное скопленіе находится въ задней части, то слѣдуетъ дѣлать продольный или поперечный разрѣзъ въ задней части на самой выдающейся и флюктуирующей части; если же обсцесъ будетъ занимать боковое положеніе, то разрѣзъ все-таки слѣдуетъ дѣлать въ задней части и въ бокъ, стараясь сохранить то правило, чтобы разрѣзъ не переходилъ чрезъ поперечный диаметръ шейки; въ случаѣ надобности—въ переднемъ сводѣ слѣдуетъ дѣлать маленький поперечный разрѣзъ и болѣе длинный продольный.

Всегда слѣдуетъ предпочтать послойный разрѣзъ всякому другому, такъ какъ такой образъ дѣйствій надежнѣе всего гарантируетъ отъ кровотеченія, хотя послѣднее рѣдко требуетъ мѣро-пріятія, обыкновенно достаточно бываетъ тампонаціи и въ исключительныхъ случаяхъ можетъ потребоваться наложеніе пинцетовъ, если строго слѣдоватъ показаніямъ *Bouilly* ³³⁹⁾. Послойный разрѣзъ также гарантируетъ отъ раненія кишечка.

Bouilly, горячо защищая свое предложеніе, не ставитъ однако широкихъ показаній, онъ слишкомъ точно опредѣляетъ тѣ случаи, гдѣ можетъ и долженъ, по его мнѣнію, примѣняться разрѣзъ,—«въ случаяхъ опухолей, достижимыхъ чрезъ вла-

³³⁵⁾ Ibid.

³³⁶⁾ Ibid.

³³⁷⁾ *Pozzi*—l. c. стр. 727.

³³⁸⁾ *Mundé*—The Americ. Journ. of obst.—1895. Nowemb. p. 644--651 and December p. 857—890.

³³⁹⁾ *Bouilly*.—l. c.

талище, однополостныхъ, одностороннихъ, мало утолщенныхъ, равнотрно размягченныхъ и флюктуирующихъ; и кроме того у очень истощенныхъ для того, чтобы рѣшиться на болѣе радикальную мѣру»³⁴⁰⁾.

*Meinert*³⁴¹⁾ приводить очень ограниченное число случаевъ; *Goulliond*³⁴²⁾ является убѣжденнымъ сторонникомъ влагалищного разрѣза и *Vogel*³⁴³⁾ опубликовавшій 34 случая (изъ клиники *Landau*), пришелъ къ тому же почти заключенію. Онъ говоритъ, что анатомически точный діагнозъ не всегда удавалось поставить, что же касается исходовъ, то они всецѣло зависятъ отъ того—имѣемъ ли мы дѣло съ однокамерной кистой, или можно ли ее превратить при операциіи въ таковую. Лучшіе результаты дали простые и внѣ брюшинные нарывы (*pyosalpinx retrouterina, parametritis exsudativa*). Руосальпінкс рѣдко представляются одоополостною опухолью и потому даютъ большій процентъ рецидивовъ. Въздоровленіе онъ наблюдалъ въ 67,6%, улучшеніе—въ 20,6% и не излѣчены 11,8%. Наблюденіе за больными продолжалось отъ $\frac{3}{4}$ до 2-хъ лѣтъ; слѣдуетъ оговориться, что неизлѣченными онъ считаетъ только тѣ случаи, где больныя снова подверглись операциі, а это наблюдалось только въ тѣхъ случаяхъ, где были констатаированы осложненные тазовые нарывы. При однокамерныхъ же наблюдалось полное выздоровленіе и при томъ гладкое теченіе. Одинъ разъ была ранена прямая кишка. Смерти не было.

На этомъ основаніи можно сказать, что если бы по ошибкѣ вмѣсто однополостного нарыва, оказался многополостной мѣшокъ, то разрѣзъ будетъ имѣть временное значеніе; онъ окажется радикальнымъ способомъ въ томъ только случаѣ, если полости можно соединить въ одну и можно будетъ примѣнить основательную тампонаду.

На основаніи изложеннаго можно прийти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Пункція имѣеть діагностическое значеніе при гнойныхъ скопленіяхъ въ маломъ тазу; терапевтическое же ея значеніе

³⁴⁰⁾ *Bouilly*.—l. c.

³⁴¹⁾ *Meinert*.—Incision von Tubarsacken von der Vagina aus „Gyn. Gesell. zu Dresden 12 Apr. 1888, Centralbl. f. Gyn. 1888, № 31, s. 505—586,

³⁴²⁾ *Gullioud*.—l. c.

³⁴³⁾ *Vogel*.—Wien. med. Wochenschr. 1894, № 38, s. 1625.

здесь должно быть ограничено исключительными случаями и (*Sander, Howard, Kelly*).

2) Разрѣзъ съ послѣдующей тампонацией вполнѣ показанъ при однополостныхъ флюктирующихъ мѣшкахъ, близко прилежащихъ къ влагалищному своду.

Маточная кастрація находитъ себѣ показаніе при слѣдующихъ условіяхъ:

1) При обширныхъ нагноеніяхъ, имѣющихъ центромъ своего распространенія Фаллопіевы трубы и захватывающихъ окружающія матку части—широкія связки, тазовую клѣтчатку и Дугласово пространство.

2) При *sactosalpinx purulenta*, если послѣднія представляются множественными или многополостными, когда, слѣдовательно, для выздоровленія недостаточно одного разрѣза съ послѣдующимъ дренажемъ.

3) При гнойныхъ мѣшкахъ съ обильными и старыми сращеніями съ сосѣдними органами, въ особенности съ кишками, гдѣ coeliotomia была бы очень тяжела или совсѣмъ невыполнима. Маточная кастрація вѣдь съ показана, несмотря на то, существуетъ ли при этомъ осложненіе фистулами или таковое отсутствуетъ.

4) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше была произведена coeliotomia, но не принесла полного выздоровленія и послѣ нея снова образовалось гнойное скопленіе вокругъ матки или осталась фистула.

(Продолженіе слѣдуетъ).

VI.

Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. Ф. Славянскаго за 1894 и 1895 гг.

Д-ра М. Н. Порошина.

Въ теченіе 1894—95 г.г. въ акушерское отдѣленіе клиники проф. К. Ф. Славянскаго принято было 1527 роженицъ, 44 беременныхъ и 5 родильницъ вскорѣ post partum. Изъ беременныхъ 17 черезъ извѣстное время разрѣшились въ клиникѣ, остальная же выписались до разрѣшенія въ большинствѣ случаевъ вслѣдствіе прекращенія родовыхъ болей. Нѣкоторая изъ послѣднихъ вновь при наступленіи родовъ поступили въ клинику и вошли въ общее число разрѣшившихся.

Такимъ образомъ всѣхъ разрѣшившихся въ клиникѣ за 1894—1895 гг. было 1544; въ 1894 г.—798 и въ 1895—746.

Изъ 1544 совершившихся въ клиникѣ родовъ было:

	въ 1894 г.	въ 1895 г.	Всего	
Срочныхъ	581	580	1161 = 75,13	%
Преждевременныхъ . . .	168	125	293 = 18,95	"
Выкидышей	48	40	88 = 5,69	"
Заносовъ	1	1	2 = 0,13	"
Одиночныхъ	778	733	1511 = 97,86	"
Двойничныхъ	20	13	33 = 2,14	"

Изъ роженицъ было:

Первородящихъ	234	221	455 = 29,43	%
Рожавшихъ 2-й разъ . . .	183	170	353 = 22,83	"
» 3-й » . . .	112	128	240 = 15,53	"
» 4-й » . . .	94	70	164 = 10,61	"

Рожавшихъ	5-й разъ . . .	59	57	116 =	7,51 %
»	6-й » . . .	42	28	70 =	4,53 »
»	7-й » . . .	31	22	53 =	3,42 »
»	8-й » . . .	17	12	29 =	1,88 »
»	9-й » . . .	9	15	24 =	1,54 »
»	10-й » . . .	10	9	19 =	1,23 »
»	11-й » . . .	3	4	7 =	0,453 »
»	12-й » . . .	1	3	4 =	0,259 »
»	13-й » . . .	1	4	5 =	0,323 »
»	14-й » . . .	1	1	2 =	0,129 »
»	15-й » . . .	1	—	1 =	0,065 »
»	17-й » . . .	—	1	1 =	0,065 »
Не отмѣчено	—	—	1	1 =	0,065 »

Всѣхъ жизнеспособныхъ плодовъ, считая и двойни, родилось 1487; въ 1894 г.—769 и въ 1895 г.—718.

Изъ нихъ:		1894 г.	1895 г.	
Мальчиковъ	375	366	741 =	49,79 %
Дѣвочекъ	394	352	746 =	50,15 »
Живыхъ	706	674	1380 =	92,81 »
Мертвыхъ	45	26	71 =	4,77 »
Мадерированныхъ . . .	18	18	36 =	2,42 »
Изъ родившихся живыми взято				
матерями или родными . . .	693	656	1349 =	97,77 %
умерло въ клиникахъ . . .	10	12	22 =	1,58 »
отправлено въ Воспитательный				
домъ	3	6	9 =	0,65 »
Изъ родильницъ было: здоровыхъ	550	543	1093 =	70,78 %
» » » лихорадив-				
шихъ	247	201	448 =	29,02 »
Изъ послѣднихъ: лихорадило				
безъ локализаціи процесса .	146	136	282 =	18,25 »
» » болѣло: послѣ-				
родовыми формами. . . .	90	59	149 =	9,64 »
» » » случай-				
ными формами	11	6	17 =	1,1 »
Роженицъ умерло во время родовъ	1	2	3 =	0,194 »
Родильница умерло отъ послѣ-				
родовыхъ заболѣваній. . .	3	5	8 =	0,518 »
» » отъ не по-				
слѣродовыхъ заболѣваній. .	4	2	6 =	0,388 »
» переведено въ дру-				
гія клиники	5	—	5 =	0,323 »
» выписанось . . .	785	737	1522 =	98,58 »

По сословію разрѣшившіяся распредѣляются:

Крестьянокъ	542	490	1032	= 66,84	%
Мѣщанокъ	116	112	228	= 14,76	"
Дворянокъ	23	11	34	= 2,21	"
Военнаго званія: офицерскихъ женъ	3	5	8	= 0,518	"
» » солдатскихъ »	75	87	162	= 10,49	"
Цеховыхъ	12	8	20	= 1,29	"
Гражданокъ.	3	5	8	= 0,518	"
Купчихъ.	—	1	1	= 0,065	"
Женъ чиновниковъ	5	6	11	= 0,712	"
Дочерей чиновниковъ	2	—	2	= 0,130	"
Женъ священниковъ	2	—	2	= 0,130	"
Духовнаго званія.	1	4	5	= 0,323	"
Женъ врачей	2	—	2	= 0,130	"
Дочь врача	—	1	1	= 0,065	"
Лѣкарская помощница	—	1	1	= 0,065	"
Женъ фельдшеровъ	2	6	8	= 0,518	"
Женъ студентовъ	1	1	2	= 0,130	"
Жена художника	—	1	1	= 0,065	"
Жена инженера	—	1	1	= 0,065	"
Женъ писарей	2	3	5	= 0,323	"
Женъ городовыхъ	1	2	3	= 0,194	"
Прусская подданная	1	—	1	= 0,065	"
Званіе не отмѣчено.	5	1	6	= 0,388	"

По роду занятій разрѣшившіяся были:

Домашнее хозяйство.	339	325	664	= 43	%
Прислугъ	235	235	470	= 30,43	"
Фабричныхъ	55	35	90	= 5,82	"
Рабочихъ въ лабораторіи . .	12	16	28	= 1,81	"
Машинистокъ	1	—	1	= 0,065	"
Чернорабочихъ	44	43	87	= 5,65	"
Прачекъ.	33	21	54	= 3,50	"
Портнихъ	38	38	76	= 4,93	"
Модистокъ	1	2	3	= 0,194	"
Бѣлошвеекъ	5	5	10	= 0,65	"
Золотошвеекъ	—	2	2	= 0,130	"
Кружевницъ	—	1	1	= 0,065	"
Шляпочницъ	—	1	1	= 0,065	"
Зонтовщицъ.	—	1	1	= 0,065	"
Бассонщицъ.	1	1	2	= 0,130	"
Корсетницъ	2	1	3	= 0,194	"
Перчаточницъ.	1	—	1	= 0,065	"
Башмачницъ	2	3	5	= 0,324	"
Чулочницъ	1	1	2	= 0,130	"

Ткачихъ	2	—	2 =	0,130%
Цвѣточницъ	2	—	2 =	0,130 »
Папироносницъ	5	3	8 =	0,518 »
Переплетчицъ	1	—	1 =	0,065 »
Письменныя занятія	1	1	2 =	0,130 »
Учительница	3	2	5 =	0,324 »
Гувернантокъ	—	1	1 =	0,065 »
Слушательница акушерскихъ курсовъ	1	—	1 =	0,065 »
Сидѣлокъ	6	3	9 =	0,582 »
Боницъ	3	—	3 =	0,194 »
Ключница	1	—	1 =	0,065 »
Буфетчицъ	1	—	1 =	0,065 »
Торговокъ	—	2	2 =	0,130 »
Массажистокъ	1	—	1 =	0,065 »
Актрисъ	—	1	1 =	0,065 »
Не отмѣчено	1	2	3 =	0,194 »

По национальности роженицы распредѣлялись:

Русскихъ	740	690	1430 =	92,62 %
Нѣмокъ	10	7	17 =	1,10 »
Полекъ	17	13	30 =	1,95 »
Евреекъ	1	3	4 =	0,259 »
Финляндокъ	20	22	42 =	2,72 »
Шведокъ	5	2	7 =	0,453 »
Литвинокъ	1	—	1 =	0,065 »
Эстонокъ	2	2	4 =	0,259 »
Латышекъ	—	6	6 =	0,388 »
Татарокъ	2	—	2 =	0,130 »
Француженокъ	—	1	1 =	0,065 »

По вѣроисповѣданію:

Православныхъ	740	690	1430 =	92,62 %
Лютеранокъ	37	39	76 =	4,92 »
Католичекъ	18	14	32 =	2,07 »
Магометанокъ	2	0	2 =	0,130 »
Іудейскаго вѣроисповѣданія	1	3	4 =	0,259 »

По мѣсту рожденія, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы, подавляющее большинство разрѣшившихся приходится на Петербургскую и ближайшія къ ней губерніи, но встрѣчаются уроженки и почти всѣхъ другихъ губерній.

Такъ уроженки

С.-Петербургской губ. было	174	174	348 =	22,54 %
Тверской » »	150	136	286 =	18,52 »
Новгородской » »	130	120	250 =	16,15 »

Псковской	губ.	было	44	28	72 =	4,66	0/0
Ярославской	»	»	42	53	95 =	6,15	»
Финляндскихъ	»	»	30	24	54 =	3,49	»
Смоленской	»	»	22	19	41 =	2,66	»
Рязанской	»	»	25	12	37 =	2,39	»
Архангельской	»	»	18	7	25 =	1,62	»
Витебской	»	»	20	16	36 =	2,33	»
Вологодской	»	»	16	17	33 =	2,13	»
Виленской	»	»	3	5	8 =	0,518	»
Владимирской	»	»	2	3	5 =	0,323	»
Вятской	»	»	—	1	1 =	0,065	»
Гродненской	»	»	3	2	5 =	0,323	»
Казанской	»	»	1	—	1 =	0,065	»
Калужской	»	»	10	15	25 =	1,62	»
Ковенской	»	»	5	3	8 =	0,518	»
Костромской	»	»	16	13	29 =	1,88	»
Курляндской	»	»	1	8	9 =	0,582	»
Курской	»	»	1	1	2 =	0,130	»
Лифляндской	»	»	7	9	16 =	1,04	»
Минской	»	»	—	3	3 =	0,194	»
Могилевской	»	»	1	2	3 =	0,194	»
Московской	»	»	16	15	31 =	2,01	»
Нижегородской	»	»	1	3	4 =	0,259	»
Олонецкой	»	»	13	16	29 =	1,88	»
Оренбургской	»	»	1	—	1 =	0,065	»
Орловской	»	»	1	2	3 =	0,194	»
Пензенской	»	»	2	2	4 =	0,259	»
Полтавской	»	»	—	1	1 =	0,065	»
Самарской	»	»	1	2	3 =	0,194	»
Саратовской	»	»	2	2	4 =	0,259	»
Симбирской	»	»	1	—	1 =	0,065	»
Тамбовской	»	»	5	4	9 =	0,582	»
Тульской	»	»	14	15	29 =	1,88	»
Харьковской	»	»	1	—	1 =	0,065	»
Херсонской	»	»	1	1	2 =	0,130	»
Черниговской	»	»	3	2	5 =	0,323	»
Эстляндской	»	»	4	2	6 =	0,388	»
Области в. Уральского	»	»	1	—	1 =	0,065	»
Привислянского края	»	»	2	—	2 =	0,130	»
Варшавской губ.	»	»	2	1	3 =	0,194	»
Кавказа	»	»	2	1	3 =	0,194	»
Германії	»	»	2	1	3 =	0,194	»
Мѣсто рожденія не отмѣчено			3	4	7 =	0,453	»

По мѣсту жительства.

Выборгской части	215	185	400 =	25,90%
Петербургской	61	44	105 =	6,80 »
Литейной	184	196	380 =	24,50 »
Московской	79	66	145 =	9,40 »
Рождественской	53	54	107 =	6,93 »
Спасской	52	38	90 =	5,82 »
Казанской	31	36	67 =	4,34 »
Адмиралтейской	22	28	50 =	3,24 »
Коломенской	7	5	12 =	0,77 »
Нарвской	14	16	30 =	1,94 »
Александро-Невской. . . .	12	10	22 =	1,42 »
Васильев. Острова	6	10	16 =	1,04 »
Большой Охты	10	13	23 =	1,49 »
Ближайшихъ окрестностей.	48	37	85 =	5,50 »
Не обозначено	4	8	12 =	0,77 »

Такимъ образомъ большинство разрѣшившихся приходится на Выборгскую и сосѣднія съ ней части, что, конечно, зависитъ отъ нахожденія клиники на Выборгской сторонѣ.

По семейному положенію было:

Замужнихъ	449	411	860 =	55,69 %
Незамужнихъ	320	303	623 =	40,35 »
Вдовъ	29	29	58 =	3,75 »
Не отмѣчено	—	3	3 =	0,194 »

Число замужнихъ значительно превышаетъ число незамужнихъ и вдовъ. Изъ послѣднихъ одна рожала законно. Такимъ образомъ всѣхъ законныхъ рожденій мы имѣемъ 860 и незаконныхъ 680, т. е. отношеніе послѣднихъ къ первымъ = 1 : 1,26.—Цифра совершенно противуположная полученнымъ для нашей клиники за прежніе годы д-рами Агафоновымъ¹⁾, Воффромъ²⁾ и Рузи³⁾. У нихъ превалируетъ число незамужнихъ, отношеніе которыхъ къ замужнимъ = 1,32 : 1 у Агафонова и Воффа и 1,08 : 1 у Рузи. Но въ 1893 г. замужнія также превышали числомъ незамужнихъ (по Суровцову 1,69 : 1).

¹⁾ С. П. Агафоновъ.—Медицинскій отчетъ акушерск. клин. проф. К. ѡ. Славянского за 1877—84 гг.

²⁾ Ил. Воффъ.—Медицинскій отчетъ акушер. отдѣл. клиники акуш. и женск. болѣз. Диссертация, 1891 г. СПБ.

³⁾ Д. А. Рузи.—Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. ѡ. Славянского за 1891 и 1892 г.г. Сборникъ работъ по акушерству и гинекологіи, посвящ. проф. К. ѡ. Славянскому. С.-Петербургъ 1894 г.

Разсматривая по мѣсяцамъ поступление замужнихъ и незамужнихъ роженицъ, мы видимъ, что послѣднія преобладаютъ въ числѣ только въ лѣтніе мѣсяца—июнь, юль и августъ.

Такъ поступило:	Замужнихъ.			Незамужнихъ.			Вдовъ.		
	1894	1895	Всего.	1894	1895	Всего.	1894	1895	Всего.
За январь	34	34	68	11	29	40	1	1	2
„ февраль	21	25	46	15	23	38	1	2	3
„ мартъ	21	27	48	13	11	24	1	3	4
„ апрѣль	27	29	56	19	11	30	2	2	4
„ май	33	36	69	15	24	39	1	4	5
„ юнь	55	51	106	21	59	80	2	4	6
„ юль	54	52	106	70	63	133	7	6	13
„ августъ	80	49	129	81	41	122	6	4	10
„ сентябрь	37	18	55	23	6	29	3	1	4
„ октябрь	28	34	62	23	14	37	3	1	4
„ ноябрь	30	27	57	14	13	27	1	—	1
„ декабрь	29	28	57	15	9	24	1	1	2

Значительное число незамужнихъ за лѣтніе мѣсяца объясняется закрытиемъ на это время Надеждинскаго Родовспомогательного Заведенія, куда главнымъ образомъ направляются незамужнія и гдѣ съ замужнихъ взимается даже плата. Преобладаніе же замужнихъ ясно указываетъ на установившееся довѣріе населенія къ родовспомогательнымъ заведеніямъ.

По времени наступленія первой менструаціи поступившая дѣлается такъ:

Первая менструація на 11 году	4	1	5 = 0,323%
» » 12 »	16	14	30 = 1,94 »
» » 13 »	64	61	125 = 8,10 »
» » 14 »	133	128	261 = 17,90 »
» » 15 »	125	119	244 = 16,80 »
» » 16 »	161	157	318 = 20,69 »
» » 17 »	135	126	261 = 17,90 »
» » 18 »	91	81	172 = 11,14 »
» » 19 »	39	34	73 = 4,72 »
» » 20 »	16	9	25 = 1,62 »
» » 21 »	5	3	8 = 0,518 »
» » 22 »	—	3	3 = 0,194 »
» не обозначено	9	10	19 = 1,23 »

Самое раннее появление менструаціи отмѣчено на 11-мъ году, самое позднѣе на 22-мъ году. Чаще же всего половая

зрѣлость наступала между 15 и 16 годами [$37,40\%$]. Тотъ же возрастъ дасть наибольшій процентъ и въ выводахъ д-ра Рузи и Суровцовъ⁴⁾.

По времени наступленія первыхъ родовъ отъ начала половой жизни разрѣшившіяся распредѣляются такъ:

Родившихъ въ 1-й разъ на 1-омъ году половой жизни	339	357	696	= 45,07 %
" " " " 2	"	271	199	470 = 30,43 "
" " " " 3	"	77	78	155 = 10,04 "
" " " " 4	"	33	40	73 = 4,72 "
" " " " 5	"	24	18	42 = 2,73 "
" " " " 6	"	13	10	23 = 1,49 "
" " " " 7	"	13	6	19 = 1,23 "
" " " " 8	"	7	6	13 = 0,84 "
" " " " 9	"	4	4	8 = 0,518 "
" " " " 10	"	5	3	13 = 0,84 "
" " " " 11	"	2	4	6 = 0,388 "
" " " " 12	"	3	1	4 = 0,259 "
" " " " 13	"	1	—	1 = 0,065 "
" " " " 14	"	1	1	2 = 0,130 "
" " " " 15	"	—	1	1 = 0,065 "
" " " " 17	"	1	1	2 = 0,130 "
" " " " Не обозначено . . .	"	4	17	21 = 1,36 "

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее число первыхъ родовъ приходится на 1-й годъ половой жизни. У Рузи и Суровцовъ наибольшій процентъ первыхъ родовъ даетъ 2-й годъ отъ начала половой жизни ($39,54\%$).

Что касается *возраста* разрѣшившихся, то самой молодой былъ 17-й годъ, а самой старшой 48-й. Наибольшій же процентъ приходится на возрастъ между 20 и 30 годами жизни, какъ и у д-ра Рузи.

Имѣвшихъ 17-ый годъ отъ рода было . . .	2	2	4 = 0,259 %
" 18	"	9	18 = 1,17 "
" 19	"	20	36 = 2,33 "
" 20	"	38	70 = 4,53 "
" 21	"	47	93 = 6,02 "
" 22	"	36	80 = 5,18 "
" 23	"	54	99 = 6,41 "
" 24	"	60	99 = 6,41 "
" 25	"	51	56 = 107 = 6,93 "
" 26	"	53	48 = 101 = 6,54 "
" 27	"	50	52 = 102 = 6,61 "
" 28	"	47	47 = 94 = 6,08 "
" 29	"	37	53 = 90 = 5,82 "
" 30	"	42	57 = 99 = 6,41 "
" 31	"	39	33 = 72 = 4,66 "
" 32	"	45	16 = 61 = 3,95 "
" 33—35	"	68	82 = 150 = 9,71 "
" 36—40	"	78	63 = 141 = 9,13 "
" 41—45	"	20	6 = 26 = 1,68 "
" 48	"	1	— = 1 = 0,065 "
" " " " Не обозначено . . .	"	—	1 = 1 = 0,065 "

⁴⁾ З. Г. Суровцовъ. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. Ф. Славянской за 1893 г. Ж. Ак. и Ж. Бол. 1897 г. апрѣль стр. 418.

Въ нижеприведенной таблицѣ представлено распределеніе роженицъ по возрасту и по числу предшествовавшихъ беременностей. Изъ нея видно, что наибольшій процентъ даютъ первородящія (29,43%), а за ними второродящія (22,83%), отношеніе же первородящихъ къ многородящимъ = 1 : 2,39 — цифра довольно значительно разнѣаляется отъ цифръ д-ра Агафонова, Вофба и Рузи за прежніе года. Агафоновымъ отношеніе это опредѣлено, какъ 1 : 1,5, Вофбомъ 1 : 1,57 и Рузи, какъ 1 : 1,99. Въ 1893 же году отношеніе I-пагае къ M- пагае было 1 : 2,76.

Съ возрастаніемъ числа беременностей число родовъ значительно падаетъ. Самое большое число беременностей, именно 17-й разъ, встрѣтилось въ 1895 году 1 разъ у 44-лѣтней женщины, которая 15 разъ родила своевременно живыхъ дѣтей и 1 разъ выкинула на 2-мъ мѣсяцѣ. Въ клинику поступила съ кровотечениемъ вслѣдствіе краеваго предлежанія дѣтскаго мѣста. Послѣ разрыва пузыря кровотеченіе прекратилось, родила живаго недоношенаго мальчика вѣсомъ 2500 gr. Выписалась съ ребенкомъ на 6-я сутки, in puerperio было однократное повышение t^0 до 38,4 на 3 сутки. Въ 1894 г. самое большое число беременностей отмѣчено у 42-лѣтней женщины, которая родила 10 разъ своевременно и 4 раза выкинула на 3 (два раза), 4 и 5 мѣсяцѣ. Въ клинику поступила, беременная въ 15-й разъ, съ выкидышемъ на V мѣсяцѣ; года 4 тому назадъ до настоящей беременности перенесла чревосѣченіе для удаленія кисты яичника, послѣ чего уже разъ рожала благополучно.

О беременныхъ.

Какъ упомянуто выше, за отчетное время въ клинику до наступленія родовъ принято 44 беременныхъ (20 — въ 1894 г. и 24 — въ 1895). Изъ нихъ 11 было принято для искусственнаго прерыванія беременности, большей частью, по случаю значительного суженія таза, о чёмъ подробнѣ будетъ сказано въ соотвѣтственной главѣ, но прервана беременность только у 9. (См. «Искусственное прерываніе беременности»). Кроме этихъ 9 изъ общаго числа принятыхъ разрѣшилось въ клиникѣ еще

Таблица роженицъ, распределенныхъ по возрасту

БЕРЕМЕННОСТЬ.	Возраст	17-ый г.	18	19	20	21	22	23	24	25	26
I 1894 г.	2} 4	9} 18	18} 31	30} 56	28} 59	19} 43	23} 47	19} 33	16} 33	16} 28	
I 1895 ,	2	9	13	26	31	24	24	14	17	12	
II 1894 ,	—	—	2} 5	6} 10	16} 28	14} 25	22} 36	25} 39	16} 31	21} 35	
II 1895 ,	—	—	3	4	12	11	14	14	15	14	
III 1894 ,	—	—	—	2	3	2	4	10	11	8	
III 1895 ,	—	—	—	2	3	9	7	9	14	13	
IV 1894 ,	—	—	—	—	—	1	4	4	6	5	
IV 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	1	6	6	
V 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	
V 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	
VI 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
VI 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
VII 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XII 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIII 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIII 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIV 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIV 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XV 1894 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XV 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVII 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Не обознач. 1895 ,	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Сумма . . .		4	18	36	70	93	80	99	99	107	101
% отнoshenie.		0,259	1,17	2,33	4,53	6,02	5,18	6,41	6,41	6,93	6,54

и по числу предшествовавшихъ беременностей.

27	28	29	30	31	32	33—35	36—40	41—45	48	Сумма.	% отнош.	
10 6	16	8 7	15 14	7 21	6 8	3 2	6 11	5 5	4 3	3 —	455	29,43
17 21	38	6 16	22 13	7 20	4 13	4 17	8 11	6 9	6 15	1 12	353	22,83
10 15	13 11	6 9	6 10	11 4	6 4	14 12	5 5	— 1	— 1	— 240	15,53	
6 3	11 8	7 4	12 10	5 9	9 2	10 13	13 8	1 —	— 164	10,61		
2 5	5 4	6 5	8 8	5 7	6 1	11 13	7 6	2 1	— —	116	7,51	
5 1	2 1	— 6	4 3	9 3	2 —	7 9	10 5	2 —	— 70	4,53		
— 1	1 —	1 1	1 2	2 —	3 —	6 6	15 10	2 —	— 53	3,42		
— —	1 —	2 —	1 2	— —	— 2	5 5	6 2	2 1	— 29	1,88		
— —	— 1	— 1	— —	— —	— 2	1 3	7 7	1 1	— —	24	1,55	
— —	— —	— —	— —	— —	— 1	3 1	3 —	2 —	— —	19	1,23	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	1 3	2 —	— —	7	0,45	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 2	1 1	— —	— —	4	0,26	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	1 2	— 1	— —	5	0,32	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	1 —	— —	2	0,13	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	— —	1	0,07	
— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	— —	1	0,07	
— —	— —	— —	— 1	— —	— —	— —	— —	— —	— —	1	0,07	
102	94	90	99	72	61	150	141	26	1	не обоз. 1	—	
6,61	6,08	5,82	6,41	4,66	3,95	9,71	9,13	1,68	0,065	0,130	—	

восемь, остальные же выписались не разрешившись, получивъ облегченіе отъ страданій, съ которыми поступили въ клинику. Но некоторые изъ послѣднихъ съ наступленіемъ родовъ вновь поступали въ клинику и вошли въ общій счетъ роженицъ.

Причиной принятія беременныхъ, кромѣ суженія таза, служили:

Hypertremesis gravidarum — 2 случая: 1-й въ 1894 г. V—gravid, на 3-мъ мѣсяцѣ, 36 лѣтъ. Выписалась на 8-й день по правившись послѣ соотвѣтственнаго лѣченія. 2-й, въ 1895. V—grav., на 3-мъ мѣсяцѣ, 30 лѣтъ; въ виду безуспѣшности внутреннихъ средствъ и истощенія больной сдѣланъ искусственный выкидыши. Рuerperium — norma. Выписалась здоровой на 10-й день.

Кровотеченіе: предлежаніе послѣда (1 разъ). Беременна 5-й разъ на 10 мѣсяцѣ. При поступлениі — сильное кровотеченіе, шейка еле пропускаетъ палецъ, предлежащая часть — головка высоко, баллотируется. Влагалище проспринцовывано растворомъ суплемы 1 : 1000 и затампонировано ватными шариками. На слѣдующій же день кровотеченіе совершенно прекратилось, шейка не пропускаетъ пальца; t^0 вечеромъ 37. Беременная въ совершенно нормальномъ состояніи выписалась на 4-я сутки, но черезъ двѣ недѣли снова поступила уже въ родахъ и съ сильнымъ кровотеченіемъ вслѣдствіе краеваго предлежанія послѣда. Роды окончены поворотомъ на ножку съ послѣдующимъ извлечениемъ. Младенецъ родился въ глубокой асфиксіи, оживить не удалось. Послѣдъ оказался приращеннымъ и отдѣленъ рукой. Въ послѣродовомъ періодѣ — endo-parametritis ruerperalis. Выписалась здоровой на 14-ый день.

Низкое прикрепленіе послѣда (1 разъ). Беременна 8-й разъ на 10-мъ мѣсяцѣ поступила съ болями и значительнымъ кровотеченіемъ. Шейка пропускаетъ палецъ, которымъ кзади при усилии достигается край послѣда. Влагалище дезинфицировано и затампонировано ватными шариками. Кровотеченіе и схватки совершенно прекратились; беременная на 3-й день выписалась не разрешившись.

Abortus incipiens — въ восьми случаяхъ (5 въ 1894 г. и 3 въ 1895). Четверо были беременны въ первый разъ на 3-мъ

мѣсяцѣ, двѣ М-рагае на 3-мъ и 2 М-рагае на 7-мъ. Послѣ надлежащей дезинфекціи и тампонаціи рукава, кровотеченіе и схватки прекратились; всѣ выписались на 3—4 сутки съ сохранившейся беременностью.

Eclampsia sub graviditate: I-gravida, 35 лѣтъ, на 9-мъ мѣсяцѣ. Благодаря надлежащей терапіи (см. «эклампсию») пріпадки прекратились, больная выписалась на 6 день, не разрѣшившись, здоровою.

Общіе отеки: въ 1894 г. 2 беременныхъ за 7—10 дней до родовъ; I-рагае; отеки подъ вліяніемъ горячихъ ваннъ исчезли. Обѣ разрѣшились въ клиникѣ. Въ 1895 г.—3 беременныхъ, M-рагае. Всѣ разрѣшились въ клиникѣ.

Coeliotomia ⁵⁾ *sub graviditate.*

Hysteropexia abdominalis anterior ⁶⁾ s. grav, 1894 г. № роз. 673/72. Больная страдала retroversio uteri, почему 27/І 1894 г. ей была произведена операція hysteropexia abdominalis anterior; 3/І кончились регулы и въ этотъ же день былъ единственный и послѣдній coitus. Больная благополучно перенесла операцию и послѣоперационный періодъ. Беременность при операціи не предполагалась, но черезъ мѣсяцъ матка при изслѣдованіи найдено увеличенной и, какъ оказалось, беременной. Матка продолжала рости соотвѣтственно срокамъ беременности.

Больная оставалась въ клиникѣ до 22/ІІ, когда по собственному желанію выписалась на одинъ день, но поступила снова только черезъ недѣлю, такъ какъ, находясь гдѣ то на берегу въ день выписки, почувствовала головокруженіе и упала въ воду. При вытаскиваніи ударилась низомъ живота о край лодки и бревно. Отправлена была въ Обуховскую больницу, гдѣ и оставалась до поступленія въ клинику. Чувствуетъ боль внизу живота, по временамъ являются схватки и выдѣляется кровь. Зѣвъ пропускаетъ палецъ. Подъ вліяніемъ надлежащей терапіи схватки и кровотеченіе прекратились, зѣвъ закрылся, и беременная 30/ІІ выписалась изъ клиники.

15/ІХ поступила снова въ виду наступленія срока родовъ и 6/Х разрѣшилась отъ бремени вполнѣ правильно живой до-

⁵⁾ Случай coeliotomiae sub graviditate подробнѣе будуть изложены въ особой статьѣ.

⁶⁾ Сообщено проф. К. Ф. Славянскимъ: „Мѣсяцъ клинической жизни“. Ж. Ак. и Ж. Бол. 1896 г. Мартъ, ст. 228.

ношенной дѣвочкой вѣсомъ 3900 gram., длиной 51 ctm. Роды (3-и по счету) продолжались 3 ч. 5 м. Послѣродовой періодъ нормальный. Выписалась здоровой на 17-я сутки.

Cystoma ovarii. Ovariotomy sub gr. 3 случая въ 1895 г. Одна II-gravida, другая VII-gravida и третья IX-gravida. Всѣ беременны на третемъ мѣсяцѣ. У двухъ беременность протекала правильно послѣ операций, одна (IX-gravida) выкинула на шестой день послѣ операции⁷⁾. Всѣ выписались здоровыми черезъ 3—4 недѣли. Послѣоперационный періодъ у всѣхъ безлихорадочный.

Cystoma ovarii, graviditas in V, mns. Выписалась черезъ 10 дней по поступлению, не пожелавъ подвергнуться операции.

Fibromyoma intrapa vietale suroberosum, graviditas IV mns. Coeliomyomectomy. I-gravida, 33 лѣтъ. Послѣоперационное теченіе гладкое, рана брюшной стѣнки зажила рег primam На 14-й только день, когда больной ужепозволено было сидѣть, появились боли въ лѣвой сторонѣ живота, и t^0 поднялась до 38,6. Благодаря примѣненной терапіи (клизма изъ масла, narcotica и ледъ на животъ), боли исчезли, t^0 на слѣдующій же день понизилась до нормы. Дальнѣйшее теченіе безъ осложненій, оперированная выписалась на 35-й день послѣ операции вполнѣ здоровой, съ правильно протекающей беременностью⁸⁾.

Graviditas extra-uterina (2 случая) 1, 1894 г. Беременная на VII мѣсяцѣ (по регуламъ на 9-мъ) поступила для преждевременныхъ родовъ по случаю суженія таза (Sp. 22; Cr. 24; Fr. 28, Сен. ex. 16,5). При изслѣдованіи оказалась, что матка свободно пропускаетъ зондъ на 9 ctm. Существуетъ опухоль, которой едва передаются толчки, наносимые маткѣ. Опухоль, повидимому, представляетъ плодный мѣшокъ съ находящимся въ немъ плодомъ. Отсутствіе всякаго эффекта отъ бужей; больная выписалась, чтобы при первыхъ боляхъ или кровотеченіи снова поступить въ клинику. Дальнѣйшая судьба ея неизвѣстна.

2-й 1895 г. См. отдѣль операцій—coelio-kelyphotomia.

⁷⁾ Случай описанъ С. Михельсономъ въ Ж. Ак. и Жен. бол. августъ, стр. 815; 1896 г. „Кисты желтаго тѣла“.

⁸⁾ Относительно послѣднаго случая и одной изъ подвергувшихся овариотоміи (VII-gravida) можемъ сообщить, что обѣ оперированныя весною прошлаго года (1896) вновь поступили въ клинику и разрѣшились здоровыми доношенными дѣтьми.

Остальные беременныя были приняты съ родовыми болями, но вслѣдствіе прекращенія родовой дѣятельности выписались на слѣдующіе дни не разрѣшившиись.

O родильницахъ.

Въ теченіе 1894 года въ клинику было принято всего двѣ родильницы, обѣ съ послѣродовыми заболѣваніемъ. Одна родила въ Охтенскомъ родильномъ пріютѣ и переведена въ клинику на 7-й день съ острымъ пери-параметритомъ. Черезъ три недѣли выписалась здоровой. Другая принесена на носилкахъ съ Финляндскаго вокзала на 11 день послѣ родовъ. Родила двойни. Черезъ три недѣли переведена въ Маринскую больницу. Болѣзнь и причина перевода въ листкѣ не отмѣчены.

Въ 1895 году post partum приняты трое, всѣ съ кровотечениемъ послѣ выкидыша на V—VII мѣсяцѣ, бывшемъ за нѣсколько дней до поступленія. На 6—8 день выписались здоровыми, съ хорошо сократившейся маткой.

Всего, слѣдовательно, вскорѣ р. part., за отчетное время принято 5.

P o d i u .

За отчетное время въ клиникѣ было 1544 родовъ, изъ нихъ срочныхъ 1162, преждевременныхъ 293, выкидышей 89 (включая сюда два заноса на 5-мъ мѣсяцѣ).

По мѣсяцамъ роды распредѣляются такъ:

	Срочныхъ			Преждевремен.			Выкидышей.			Всего			% за оба года
	1894	1895	Всего	1894	1895	Всего	1894	1895	Всего	1894	1895		
Въ январѣ	28	47	75	11	10	21	7	7	14	46	64	110	7,12
,, февралѣ	27	36	63	7	8	15	3	6	9	37	50	87	5,63
,, марта	26	33	59	8	4	12	1	4	5	35	41	76	4,92
,, апрѣлѣ	36	27	63	10	11	21	2	4	6	48	42	90	5,82
,, маѣ	33	57	90	7	6	13	9	1	10	49	64	113	7,32
,, июня	58	99	157	15	13	28	5	2	7	78	114	192	12,43
,, июля	92	96	188	36	23	59	3	4	7	131	123	154	9,97
,, августа	122	74	196	39	15	54	6	6	12	167	95	262	16,96
,, сентября	50	22	72	10	2	12	3	1	4	63	25	88	5,70
,, октября	45	41	86	6	7	13	3	2	5	54	50	104	6,74
,, ноября	33	28	61	8	9	17	4	3	7	45	40	85	5,50
,, декабря	31	21	52	11	17	28	3	—	3	45	38	83	5,37

Какъ и въ предыдущіе годы наибольшее число родовъ приходится на лѣтніе мѣсяца—июнь, июль и августъ, что объясняется закрытиемъ на лѣто многихъ городскихъ родовспомогательныхъ учрежденій, а также усиленнымъ пріемомъ роженицъ вслѣдствіе закрытия гинекологического отдѣленія клиники. Меньше всего родовъ въ общемъ было въ мартѣ и декабрѣ. Среднимъ числомъ на каждый мѣсяцъ приходится 128,6 родовъ (66,5—1894 г. и въ 62,2—въ 1895 г.), цифра близка къ цифре д-ра *Рузи* за 1891 и 1892 гг. (132,9 родовъ въ мѣсяцъ).

По времени окончанія роды распредѣляются такимъ образомъ:

Между 12 часами ночи и 6 час. утра окончилось	179	165	344	= 22,28%
" 6 " утра, 12 " дня "	182	195	377	= 24,41 %
" 12 " дня, 6 " вечера "	208	191	399	= 25,84 %
" 6 " вечера, 12 " ночи "	178	170	348	= 22,54 %

Время окончанія родовъ не отмѣчено въ 76 случаяхъ, куда вошла большая часть выкидышей, при которыхъ плодъ вышелъ внѣ клиники, и примѣнено было удаленіе остатковъ плодного яйца корицангомъ и острой ложечкой.

Изъ приведенной таблицы видно, что роды чаще всего окончивались между 12 часами дня и 6 час. вечера, затѣмъ слѣдуетъ время отъ 6 час. утра до 12 дня, въ остальные промежутки число окончаній приблизительно одинаково. Цифры получились иные, чѣмъ у другихъ авторовъ. Такъ у *Рузи* maximum родовъ падаетъ на время между 6 ч. утра и 12 ч. дня, а minimum между 6 ч. вечера и 12 ч. ночи. У *Суровицова* же на вечерніе часы приходится maximum родовъ. У *Агафонова*, *Массена*, *Иноесса* maximum приходится между 12 ч. ночи и 6 ч. утра, minimum же отъ 12 час. дня до 6 ч. вечера.

По продолжительности роды дѣлятся такъ:

	I-para.	II-para	M-para	Всего			За оба года	о/о					
				1894	1895								
0ть 1 до 5 ч.	12	11	23	27	29	56	73	71	44	112	111	223	14,44
" 5 „, 10 „,	41	49	90	58	68	126	104	112	216	203	229	432	27,98
" 10 „, 15 „,	60	63	123	41	31	72	72	65	137	173	159	332	21,50
" 15 „, 20 „,	47	38	85	28	20	48	45	35	80	120	93	213	13,79

	I-para.						II-para.			M-para.			Всего.		
	1894	1895	За оба года	%.											
отъ 20 до 25 ч.	20	18	38	13	6	19	28	21	49	61	45	106	6,86		
,, 25 „ 30 „	18	16	34	4	5	9	6	7	13	28	28	56	3,63		
,, 30 „ 35 „	10	9	19	4	2	6	1	—	1	15	11	26	1,68		
,, 35 „ 40 „	5	2	7	—	—	—	9	1	10	14	3	17	1,1		
,, 40 „ 45 „	3	3	6	—	2	2	—	1	1	3	6	9	0,582		
,, 45 „ 50 „	2	1	3	—	—	—	—	3	4	2	4	6	0,388		
,, 50 „ 60 „	—	1	1	—	—	—	2	3	5	2	4	6	0,388		
,, 60 „ 70 „	—	1	1	—	—	—	1	—	1	1	1	2	0,130		
,, 70 „ 80 „	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1	10,065		
Не отмѣчено (большою частью неполн. выкидыши и роды осл. e clampsia)	64	51	115	7,45											

Таблица эта подтверждаетъ намъ выводъ, къ которому приходили многіе авторы,—именно, что съ числомъ предшествовавшихъ беременностей укорачивается продолжительность родовъ: отъ 1 до 10 часовъ на роды потратило у насъ всего 24,8% общаго числа первородящихъ, и уже 51,5% — второродящихъ и 48,9% многородящихъ. Отъ 10 до 20 час. роды длились у 45,7 всего числа первородящихъ, 33,8% второродящихъ и 29,5% многородящихъ. Больше же 20 часовъ роды продолжались у 23,9% первородящихъ и у 11,1% второ- и многородящихъ.

Положенія и предлежанія плода.

На 1544 совершившихся въ клиникѣ за отчетное время родовъ положеніе плода отмѣчено въ 1418 случаяхъ (732 — въ 1894 г. и 686 въ 1895 г.). Въ 31 случаѣ роды были двойнями, причемъ послѣдовательно было опредѣлено положеніе обоихъ плодовъ, такъ что отмѣчено положеніе всего 1449 плодовъ (751 и 698).

Изъ 1449 отмѣченныхъ положеній было вертикальныхъ 1439 (745 въ 1894 г. и 694 — въ 1895 г.), косыхъ 6 (3 и 3) и поперечныхъ 4 (по два въ каждомъ году).

Изъ вертикальныхъ положеній предлежаній головнымъ концомъ было 1353 (693 и 660) и тазовыми 86 (52 и 34), что составляетъ 93,81% и 6,19% отмѣч. положеній.

Изъ предлежаній головнымъ концомъ было:

Затылочныхъ . . .	686	651	1337
Лобныхъ	3	2	5
Лицевыхъ	4	7	11

Затылочныхъ въ частности было:

1 Затыл. перед. в. . . .	423	416	839	} 853 = 63,8%
» » зад. в. . . .	4	9	13	
видъ не отмѣч. . . .	1	—	1	} 484 = 36,2%
2 Затыл. перед. вид.. . . .	30	13	43	
зад. в. . . .	228	213	441	}

Отношеніе первыхъ положеній ко вторымъ = 1,7 : 1 (63,8% и 36,2%). За прежніе года для нашей клиники 1-я затылочныя положенія у д-ра *Агафонова* составляютъ 69,8% и вторыя 30,2%. У д-ра *Воффа* 68,7% и 31,3% и у д-ра *Рузи* 70,79% и 29,21%, у д-ра *Суровцова* 67,24% и 32,76%.

Лицевыхъ 1-е пер. вида . . .	2	2	4
зад. в. . . .	2	—	2
2-е пер. в. . . .	—	1	1
зад. в. . . .	—	4	4
Лобныхъ 1-е пер. в. . . .	—	1	1
зад. в. . . .	1	—	1
2-е зад. в. . . .	2	1	3

Подробнѣе лицевыя и лобныя предлежанія, какъ относящіяся къ неправильностямъ членорасположенія, будуть разсмотрены въ соотвѣтствующей главѣ.

Тазовыя предлежанія.

Тазовыя предлежанія на 1449 опредѣленныхъ положеній отмѣчены 86 разъ (52 въ 1894 и 34 въ 1895 г.), составляя 6,19% всѣхъ положеній. Въ 5 случаяхъ роды были двойнями съ тазовыми предлежаніемъ обоихъ плодовъ; слѣдовательно, тазовыя предлежанія встрѣтились у 81 роженицы или у 5,24% всего числа разрѣшившихся въ клиникѣ.

Изъ тазовыхъ предлежаній ягодичныхъ было 79 (49 и 30) и ногоположеній 7 (3 и 4).

Въ частности отмѣчено:

1-е ягод.	пер. в. . .	25	16	41
»	зад. в. . .	1	2	3
2-е ягод.	пер. в. . .	6	—	6
	зад. в. . .	17	12	29

1-е ногополож.	пер.	в.	.	.	1	2	3
	зад.	в.	.	.	—	1	1
2-е		зад.	в.	.	2	1	3

Отношение передняго вида тазовыхъ предлежаний къ заднему=1.4:1.

По числу предшествовавшихъ беременностей роженицы съ тазовыми предлежаніемъ распредѣляются такъ:

Первородящихъ 16 11 27 = 33,33% /0

Второродящихъ 11 6 17 = 20,98% /0

Многородящихъ 23 14 37 = 45,69% /0

У *Рузи* I-рагае составляютъ 32,07%, M-parae 67,93%, у *Боффа* 36% и 64%.

По возрасту:

стъ 19—20 лѣтъ.	.	.	.	6	1	7
» 21—25	»	.	.	15	8	23
» 26—30	»	.	.	17	13	30
» 31—35	»	.	.	6	5	11
» 36—40	»	.	.	5	4	9
» 44	»	.	.	1	—	1

Изъ 81 родовъ 19 были двуплодные, при чмъ въ 5 случаевъ тазовыми концомъ предлежали оба плода, а въ остальныхъ только одинъ.

По сроку 37 родовъ были своевременные, 39 преждевременные и 5 выкидышъ на 7-мъ мѣсяцѣ.

Дѣтей родилось всего, не считая выкидышей, 80. Изъ нихъ доношеныхъ 38 и недоношеныхъ 42.

Изъ 38 доношеныхъ живыхъ родилось	.	.	.	.	8	18	26	дѣтей
мертвыхъ	.	.	.	.	10	1	11	"
и мацерированныхъ	.	.	.	.	1	—	1	"
при чмъ вѣсъ плода меныше 3200 grm. наблюдался	.	.	.	.	5	10	15	разъ
отъ 3200—3500	"	.	.	.	4	3	7	"
" 3500—4000	"	.	.	.	4	5	9	"
больше 4000	"	.	.	.	6	—	6	"
Изъ 42 недоношеныхъ живыми родилось	.	.	.	.	17	9	26	дѣтей
мертвыми	.	.	.	.	7	1	8	"
мацерирован.	.	.	.	.	6	2	8	"
Умерло вскорѣ послѣ рожденія	.	.	.	.	1	3	4	"

Вѣсъ недоношеныхъ плодовъ:

отъ 1000 до 1500 grm. встрѣтился	6	2	8	разъ
" 1500—2000	3	2	5	"
" 2000—2500	13	5	18	"
" 2500—2900	8	3	11	"

Такимъ образомъ исходъ родовъ съ тазовыми предлежаніемъ для доношеныхъ плодовъ у насъ получился не совсѣмъ

благопріятный: изъ 37 живыхъ плодовъ умерло во время родовъ 11, т. е. 29,7%. Изъ мертвыхъ пять плодовъ вѣсило болѣе 4000 grm., 4—отъ 3200—3800 grm. и 2—2900 и 3000 grm.

Изъ 34 недоношенныхъ, живыхъ до рожденія, мертвыми родились 8 и умерло вскорѣ послѣ родовъ 4, всего, слѣдовательно, 12 мертвыхъ на 22 живыхъ или 35,3%. Слѣдовательно и для недоношенныхъ плодовъ исходъ родовъ получился неблагопріятный, даже неблагопріятнѣе, чѣмъ для доношенныхъ.

Изъ оперативныхъ пособій было примѣнено извлеченіе 23 раза, ручное пособіе при освобожденіи ручекъ и головки 3 раза и 1 разъ—извлеченіе съ перфораціей послѣдующей головки, которая не могла быть выведена ручными пріемами вслѣдствіе значительного стуженія таза и большой величины плода (вѣсь послѣдняго безъ мозга 4200 grm. у I-рага). 15 разъ оперативное пособіе было оказано первородящимъ, 4 раза—второродящимъ и 8 разъ многородящимъ. Показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства служили слабость болей, ослабленіе сердцебіенія плода, стуженные размѣры таза и прижатіе пуповины при прорѣзываніи туловища—и выпаденіе ея. Изъ другихъ осложненій при родахъ встрѣтились:

Преждевременное отдѣленіе послѣда—1 разъ, у IX-рага, 44-хъ лѣтъ; родила мертвую доношенную дѣвочку вѣсомъ 3600 grm. Длина пуповины всего 46 cmtr., причемъ обвита вокругъ шеи 1 разъ.

Eclampsia—3 раза, у I-рага. Въ двухъ случаяхъ роды двойнями, тазовое предлежаніе у одного изъ плодовъ. Всѣ трое родовъ преждевременные (См. «Eclampsia»).

Рожденіе головки въ заднемъ видѣ—1 разъ, у I-рага, извлечень мертвый мальчикъ вѣсомъ 4000 grm., полный разрывъ промежности 1-й степени.

Узкіе тазы отмѣчены 11 разъ. Conjng. ext. въ 1 случаѣ равна была 17,5 cmtr., въ 7—17 и въ 1-мъ 16,5 cmtr. Въ 2 случаяхъ при conj. ext.=19 cmtr. была сужена conj. diag. до 9 и 10 cmtr. Въ 5 случаяхъ роды срочные; дѣти родились: двое живыхъ вѣсомъ отъ 3500 grm. и трое мертвыхъ, вѣсомъ отъ 3300—4600 grm. Въ остальныхъ случаяхъ роды

были преждевременные, при чём родилось три мертвыхъ плода, два мацерированныхъ и одинъ живой.

Что касается до исхода родовъ для матери, то въ 17 случаяхъ отмѣчены разрывы промежности, что составляетъ 21%. Въ 3 случаяхъ разрывъ былъ полный 1-й степени, въ 2 неполный 1-й степени, въ 9—неполный 2-й степени и въ 3-хъ третьей степени.

Полные разрывы произошли при примѣненіи оперативнаго пособія: сдѣлано было извлеченіе плодовъ въсомъ отъ 4000 до 4500 grm.; роженицы 2—I-paraе и 1—II-paraе. Не полные разрывы произошли въ 12 случаяхъ у I-paraе, въ одномъ у II-para и въ одномъ у X-para; въ девяти случаяхъ, въ томъ числѣ и въ послѣднемъ, примѣнялось ручное извлеченіе плода.

Послѣродовый періодъ протекалъ нормально у 38 разрѣшившихся данной группы или у 71,6% всѣхъ роженицъ съ тазовыми предлежаніемъ, остальные лихорадили (28,4%): безъ мѣстной локализаціи 12 (14,5%), съ ясно выраженной локализаціей 11 (13,6%), именно—endometritis septica—2 (2,4%), endo-parametritis 2 (2,4%), parametritis 6 (7,3%) и peritonitis septica—1. Послѣдній случай (I-para, gemelli, parst. praemiat in IX mens., ruptura perinei incompl. II grad) кончился смертью на 9-й день (1,2%).

(Продолженіе слѣдуетъ).

XII Международный Съездъ врачей.

Секція акушерства и женскихъ болѣзней.

Н. М. Какушкинъ.

Завѣдующими секціей были проф. *A. M. Макьевъ* и проф. *B. Θ. Снегиревъ*, членами устроительного комитета: проф. *A. П. Губаревъ*, акад. *A. Я. Крассовскій*, проф. *I. П. Лазаревичъ*, проф. *A. И. Лебедевъ*, частн. препод. *I. M. Львовъ*, проф. *D. O. Оттъ* проф. *G. E. Рейнъ*, проф. *K. Θ. Славянскій*, д-ръ *B. B. Сутуинъ*, проф. *H. Θ. Толочиновъ*, проф. *H. H. Феноменовъ*, проф. *P. И. Ясинский*, проф. *H. B. Ястrebовъ*.

Секретарями секціи были д-ра: *B. Бобровъ*, *I. Эйхтмейеръ*, *A. Рахмановъ*, *G. Матвеевъ*, *H. Побѣдинскій*, *A. Венеръ*, *G. Гуме.*

Секція имѣла восемь засѣданій, съ 8 августа по 12 августа включительно, по два засѣданія ежедневно, за исключениемъ воскресенья 10 августа, когда, по принятому секціей предложению проф. *A. Martin'a*, засѣданій совсѣмъ не было.

Основными вопросами, подлежавшими обсужденію секціи, были: о лоноспоченіи, о наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи, о сывороткѣ при послѣродовомъ гнилокровіи, о связи между перелоемъ и послѣродовыми заболѣваніями, о влагалищномъ чревоспоченіи, о перелопи и лъченіи ею, о хирургическомъ лъченіи воспаленія брюшины, о коренныхъ способахъ хирургическаго лъченія 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 доложены 40.

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

Англія, Австрія, Румунія, Турція, Іспанія) було 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 *mimimum* и дебатовъ почти не было.

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

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

Проф. *A. M. Макьевъ*. Москва, сердце Россіи, душевно привѣтствує прибытіе почетныхъ представителей науки, посвятившихъ свои умственные силы женщинѣ и больной матери.

*) На засѣданіяхъ секцій присутствовали въ преобладающемъ числѣ русские врачи и при томъ врачи земскіе, изъ отдаленыхъ уголковъ Россіи, большую частью плохо владѣющіе иностранными языками. Они на засѣданіяхъ секціи не слышали ни одного русского 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 секцій. Для этого, во первыхъ, устроительный комитетъ могъ бы доклады или выводы изъ нихъ предварительно напечатать такъ, какъ это сдѣлавъ проф. *B. О. Снегиревъ* съ своею рѣчью, параллельно на иностранномъ языкѣ и на русскомъ, а во вторыхъ и на самыхъ засѣданіяхъ каждый изъ русскихъ докладчиковъ и оппонентовъ, испросивъ разрешеніе у почетныхъ предсѣдателей, могъ бы свои заключенія переводить передъ русскими слушателями по русски.

Этотъ счастливый обычай собирать специалистовъ въ одну многочисленную семью съ пѣлью выясненія тѣхъ вопросовъ, которые ото всюду предъявляетъ наука, свидѣтельствуетъ объ истинной всенародности знанія, ведущаго, путемъ изученія болѣней, къ торжеству человѣчности.

Дѣйствительно, отъ кого можно ожидать серьезнаго облегченія человѣческихъ страданій, какъ не отъ корифеевъ науки, которые удостоили своимъ посѣщеніемъ наше отечество и своихъ собратій и принесли сюда, безъ сомнѣнія, полный опытъ, столь оцѣненный цивилизованнымъ міромъ?

Такова надежда, которая рождается при мысли о настоящемъ ученымъ сѣвѣздѣ. Мы твердо увѣрены, что ваши научныя занятія будутъ имѣть блестательный результатъ.

Да преступаетъ 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 университетовъ, радостно зоветъ васъ къ себѣ, дорогіе гости, къ трудамъ, которые, несомнѣнно, будутъ плодотворны.

Проф. *B. O. Снегиревъ*. *Verit  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 вниманіемъ, да и мы ли одни, не весь-ли свѣтъ прислушается къ Вашему мнѣнію и воспользуется съ успѣхомъ приложеніемъ принциповъ, выраженныхъ 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 постараемся ознакомить Васъ съ ними, заранѣе прося Васъ быть безпристрастными—для насъ дорога всегда, вездѣ и повсюду *истина*. Мы, молодой народъ, едва только 8 лѣтъ заведшіе у себя, въ старѣшемъ университѣтѣ, женскую клинику, мы исповѣдуемъ, что наука, обогащающая духъ человѣческій, расширяя горизонтъ его міровоззрѣнія, уменьшаетъ, а иногда уничтожаетъ страданія и несчастія. 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 Гинекологіи—этой науки, занимающейся изученіемъ всей женщины, въ здо-

**) Malgaigne.*

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

Изученіе женщины или наука о ней имѣть 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 кото-раго свѣтится истина, а въ глазахъ матери его—красота и та жизне-радостная гордость, которая нерѣдко бываетъ у первороженицъ и кото-рую такъ отѣнила безсмертный Рафаэль.

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

Предь этой картиной люди стоять и наслаждаются и думаютъ, что это—увы—недосыгаемый идеалъ, что это миѳ 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 ити человѣчество. Оздоровьте колыбель рода человѣческаго; оздоровьте красоту и красота родитъ истину. Итакъ, будемъ потны заботы объ этой колыбели, будемъ убѣждены, какъ мы есть, что здоровье даетъ красоту, красота—истину, истина—счастіе, и что миръ будущаго или счастіе на землѣ состоить въ умѣніи сберечь силы, дарованныя природой, и развить гармонію, основанную на любви другъ къ другу.

Въ настоящемъ собраниѣ 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 мужчиной, 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 шатель, сводъ страданій, эту тоску, убивающую много женщинъ въ послѣбродовомъ и небеременномъ состояніяхъ. Мы предложили на разсмотрѣніе блennорею—эту спутницу безплодія, страданіе, уничтожающее женщину, кастрирующее ее и приводящее къ состоянію, такъ удачно названному *R. Barnes*—инвалиднымъ состояніемъ, къ страданію много хужеому, по выражению *Tait'a*, чѣмъ сифилисъ.

Мы приглашали разсмотреть соротоміа, путь, являющійся болѣшимъ конкурентомъ лапаротоміи, новую дверь—чтобы удалить пылающей очагъ страданій. И наконецъ мы просили васъ подѣлиться съ нами Вашей опытностью, какой путь лучшій для предупрежденія возврата

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

Отъ Вашей опытности ждутъ эти вопросы разработки и разрешенія. Лучшии умы въ этой области, гордость странъ своихъ и всего человѣчества здѣсь засѣдають. Сюда собрались, чтобы подумать, что предпринять 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, соответственно нашимъ убѣжденіямъ.

Миръ—въ истинѣ, истина—въ правдѣ и красотѣ, а наука есть корона мира.

Въ отвѣтъ на привѣтствія завѣдующихъ говорили: *Olshausen* (Германія), *Simpson* (Англія), *Pinard* (Франція), *La Torre* (Италия), *Jakobs* (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, преподаннымъ проф. *Pinard*'омъ на Римскомъ Съездѣ, привело къ уменьшенію процента дѣтской смертности какъ для родовъ при узкихъ тазахъ, такъ для родовъ при нормальныхъ тазахъ съ искусственнымъ извлечениемъ младенца.

2) Эта операциѣ 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 зараженой, лоносѣченіе не опаснѣе другихъ акушерскихъ операций.

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

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

таза, благодаря этой операциі, оставались увеличенными послѣ срошенія костей. Не обусловливая никакихъ разстройствъ въ послѣдующія беременности и роды, лоносѣченіе безъ всякихъ затрудненій и дурныхъ послѣдствій можетъ быть повторяемо по нѣскольку 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 лоносѣченію существуютъ всякий разъ, когда плодъ живъ, зѣвъ раскрыть совершенно, оболочки пузыря разорваны, схватки, вслѣдствіе несоответствія въ размѣрахъ плода и таза, недостаточны для изгнанія ребенка, а размѣры таза таковы (при прямомъ входѣ, не превышающемъ 7 сант.), что при операциі можетъ получиться тазъ, достаточный для проведения плода безъ поврежденій.

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

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

10) Разсѣченіе таза—единственный пріемъ, 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 зрењія частныхъ показаний къ лоносѣченію неправильные тазы должны быть раздѣлены на двѣ группы.

1) *Тазы симметрические*, у которыхъ уменьшенье переднезадней размѣръ входа или полости и поперечный размѣръ выхода (плоско-кольцевидно и желобовидно съуженные рахитические, или нерахитические тазы; тазы съ двустороннимъ вывихомъ; тазы послѣ соскальзыванія позвонковъ; кифотические тазы).

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

Эти тазы составляютъ по преимуществу достояніе лоносѣченія.

2) *Тазы ассиметрические*. Ввиду ихъ атипичности, рѣдкости свѣжихъ экземпляровъ, надъ 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 категории.

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

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

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

Для тазовъ категоріи б), хотя лоносѣченіе 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 лоносѣченія должна ограничиваться цѣлью увеличенія размѣровъ костнаго кольца. Опасно прибѣгать къ этой операциіи въ цѣляхъ расширенія мягкихъ частей. Нецѣлесообразно примѣнять эту операцию въ случаяхъ, гдѣ препятствиемъ для родовъ служатъ опухоли мягкихъ частей.

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

Говорятъ: „лоносѣченіе 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 сердцебіеніе, сказать, насколько можно быть увѣреннымъ въ жизни плода. Когда нѣтъ неправильностей таза, точно распознанное прекращеніе сердцебіенія плода должно служить единственнымъ противопоказаніемъ къ этой операциіи.

Говорятъ также: „зароженіе полового тракта служитъ противопоказаніемъ къ лоносѣченію, потому что операционная рана, при всѣхъ противогнилостныхъ предосторожностяхъ и обособленности отъ зараженного мѣста, и неизбѣжная поврежденія крестцово-сѣдалищныхъ сочлененій заразятся послѣдовательно“.

Практика убеждает насъ, что такая болезнь неосновательна. Если мы и рассматриваем заражение полового канала, какъ противопоказаніе къ лоносѣченію, то единственное ввиду боязни, что между операционной раной и зараженнымъ гнѣздомъ возможно непосредственное сообщеніе. Въ этомъ отношеніи нагноеніе тазовой клѣтчатки, какъ слѣдствіе инфекціи полового тракта, представляеть самую главную опасность.

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

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

II. Zweifel (Лейпцигъ). О лоносѣченіи.

Докладчикъ сдѣлалъ эту операцию 32 раза, въ томъ числѣ три раза повторно, при послѣдующихъ родахъ. Показаніемъ служили узкие тазы съ коньюгатой въ $6\frac{1}{2}$ —8 сант. Обыкновенно, приступая къ операции, докладчикъ выжидалъ полного раскрытия зѣва. Смертью окончился только одинъ случай. Изъ осложнений въ трехъ случаяхъ наблюдалось раненіе пузыря (катетеромъ, корицантомъ) и благодаря ущемленію между концами костей. Общее впечатлѣніе отъ операции таково. Технически она легка, но послѣдовательное теченіе при ней болѣе продолжительно, нежели послѣ чревосѣченія. Зараженіе имѣетъ много благопріятныхъ условій, въ числѣ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ возможность застоя выдѣленій въ многочисленныхъ углубленіяхъ и неровностяхъ операционной раны. Поэтому послѣ лоносѣченія необходима тщательная тампонада. Вообще операция даетъ незначительное увеличеніе размѣровъ таза, но увеличеніе въ нѣкоторой степени остается и послѣ заживленія раны.

Küstner (Бреславль) сдѣлалъ эту операцию семь разъ. Обыкновенно онъ не выжидалъ полного открытия зѣва. Плодъ извлекался. Впечатлѣнія отъ операции получены не вполнѣ удовлетворительныя. Операция 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, которою обладаютъ нѣкоторыя связки при жизни, пронаѣдаетъ послѣ смерти и на трупахъ уже не имѣеть мѣста. Заключенія, сдѣланныя на основаніи опытовъ съ трупами, рискованно относить къ живой женщинѣ. *Leopold* не разъ констатировалъ преимущество *Walcher*'овскаго положенія у роженицъ.

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 патріотизму, *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 операциі. Причина этого лежитъ въ томъ, что многія слабыя стороны, ставившіяся въ вину этой операциі, оказались незаслуженными, зависѣвшими не отъ самой операциі, а отъ предразсудковъ, отъ незнанія степени увеличенія размѣровъ таза, отъ общихъ условій (отсутствіе антисептики), отъ неумѣлаго неосторожнаго и нерационального 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 съуживаютъ ее до *minimum* (*Leopold*). Одинъ изъ упрековъ по адресу симфизеотоміи существуетъ неустранимъ и до сихъ поръ. Это возможность раненія, разрыва мягкихъ частей (влагалища, уретры). Несомнѣнно, такие разрывы составляютъ слабую сторону операциі, признаваемую всѣми. Благодаря имъ, операция 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 операциі 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 операциі? 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 передніяя мягкия части отъ разрыва, направляя дѣй-

ствіе сили на промежность, которая и рвется. Разрѣзъ сим- физъ, 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 предлагается проф. Оттъ при обычныхъ родахъ (тѣмъ болѣе что симфизеотомія большою частью сопровождается наложеніемъ щипцовъ). При такомъ образѣ дѣйствія послѣдний упрекъ, дѣлаемый симфизеотоміи, падетъ, и врядъ ли можно будетъ еще говорить о замѣнѣ этой операциіи кесарскимъ сѣченіемъ при относительномъ показанії.

Второе засѣданіе, 8 августа.

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

Обыкновенно вскрывается брюшная полость докладчикомъ при этой операциіи въ переднемъ сводѣ. Низводится шейка матки, проводится поперечный разрѣзъ у основанія передняго свода, от-слаивается пузырь, присоединяется къ поперечному разрѣзу влагалищной стѣнки продольный и разсѣкается въ продольномъ на-правлениі брюшина. Дальнѣйшій ходъ операциіи зависитъ отъ цѣлей, съ которыми она предпринята. При операцияхъ надъ при-датками и маткой послѣдніе извлекаются черезъ разрѣзъ наружу причемъ введенными въ разрѣзъ пальцами разрушаются срошенія, исправляется положеніе матки. Очень часто влагалищное чревосѣченіе, названное докладчикомъ colprocoeliotomia anterior, ограничивается разрушениемъ срошеній и исправленіемъ положе-нія матки съ непремѣннымъ укрепленіемъ ея или только въ ранѣ брюшины (vesicofixatio) или въ ранахъ брюшины и влагалища (vaginofixatio). Vesicofixatio у докладчика имѣеть мѣсто только при абсолютно подвижной перегнутой назадъ маткѣ, ибо только въ такихъ случаяхъ она можетъ дать продолжительный резуль-татъ. Vaginofixatio примѣнима во всѣхъ другихъ случаяхъ и со-стоитъ въ проведеніи немногихъ швовъ сразу черезъ край влагалищной раны, черезъ край брюшинной раны и черезъ стѣнку матки *науровинъ отхожденія трубъ*; игла съ нитью выводится че-резъ противуплежащіе края ранъ. Для прочности результата необходимъ шелкъ, какъ материалъ для шва. Въ 12 случаяхъ ук-

рѣпленія матки въ переднемъ сводѣ у докладчика получился возвратъ, потому что былъ примѣненъ въ этихъ случаяхъ кѣтгутъ. Послѣдующія беременности и роды въ случаяхъ докладчика послѣ влагалищного 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) гнилостнаго зараженія, 2) послѣдовательнаго кровотеченія, 3) гидронефроза и 4) порока сердца). Эта операциѣ въ неосложненныхъ случаяхъ перегиба назадъ вполнѣ безопасна, при срошеніяхъ же можетъ дать сильное кровотеченіе, противъ котораго можно примѣнить полное удаленіе матки (такихъ случаевъ у него было 6). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ срошенія могутъ оказаться столь обширными и сложными, что можетъ потребоваться вскрытие 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 срошенія, въ которыхъ были заключены матка и придатки, причемъ у оперированныхъ, до того времени бесплодныхъ, наступило зачатіе; въ 53 случаяхъ сдѣланы игнипунктура или частичное изсѣченіе яичника; въ 104 случаяхъ удалены придатки и ради искусственного бесплодія (у легочной больной) перерѣзаны трубы. Попутно въ 12 изъ этихъ случаевъ удалены фиброзныя опухоли изъ стѣнки матки.

Важныя достоинства влагалищного чревосѣченія, по докладчику, предъ брюшнымъ заключаются въ томъ, что оно даетъ возможность однимъ разрѣзомъ обходитьсь одновременно при нѣсколькихъ операцияхъ, 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

считаетъ органы полового прибора. Не касаясь подробностей техники, онъ раздѣлилъ операцию на четыре момента: 1) вскрытие брюшной полости, 2) разрушение сращений и освобождение отдѣльныхъ органовъ, 3) удаление больныхъ органовъ и 4) закрытие брюшной полости. Смотря по особенностямъ случая вскрывается тотъ или другой сводъ влагалища. Край брюшины пришивается временно къ краю влагалищной раны. Разрушение сращений дѣлается пальцемъ, въ исключительныхъ случаяхъ ножницами. Кровотечениѳ останавливается обкалываниемъ. Необходимо по возможности избѣгать раненій брюшины, ведущихъ впослѣдствіи къ сращеніямъ съ прилегающими органами.

Разсмотрѣвъ цѣлый рядъ средствъ, предложенныхъ для предупрежденія послѣдующихъ сращений въ тазу послѣ описываемой операции (вливаніе обезсплененного оливковаго масла, смазываніе скапидаромъ, полуторахористымъ желѣзомъ, прижиганіе каленымъ желѣзомъ, дренажированіе), докладчикъ самымъ надежнымъ средствомъ для этой цѣли считаетъ укрѣпленіе матки впереди или помошью *vaginofixatio* или помошью укороченія круглыхъ связокъ (по *Wertheim-Kiefer*'у).

Всѣхъ случаевъ влагалищного чревосѣченія у докладчика было 471. Изъ нихъ въ 60 случаяхъ операция 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—трубные трубные мѣшки, въ 5 случаяхъ было узловатый сальпингитъ (*Salpingitis nodosa isthmica*), въ 4—беременная труба. Бѣ одномъ изъ случаевъ трубной беременности удалены остатки яйца, а трубная рана зашита. Въ 25 случаяхъ удалены кистомы яичниковъ, въ 7—гематома граафова пузырька, во 2—пароваріальная кисты, въ 3-хъ межсвязочныхъ кисты.

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

Умерло 4 больныхъ: 2 отъ гнилокровія, 1 отъ закрытія просвѣта кишечкѣ, 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, впослѣдствіи забеременѣли 18. О девяти изъ нихъ известно, что роды у нихъ окончились благополучно.

Докладчикъ преимущества влагалищного чревосѣченія передъ брюшнымъ видитъ въ отсутствіи при этой операциі дурныхъ послѣдствій, свойственныхъ вскрытию брюшной стѣнки: неѣтъ послѣдовательныхъ грыжъ и прирошеній сальника и кишечкъ къ рубцу. Но въ случаяхъ обширныхъ и сплошныхъ срошеній, въ особенности съ кишечными петлями и стѣнкой таза, преимущества остаются на сторонѣ брюшного чревосѣченія. Разграничение случаевъ, подлежащихъ тому или другому оперативному пріему, у каждого хирурга можетъ быть свое, сообразно его опыта и техникѣ.

Küstner. Влагалищное чревосѣченіе потому безопаснѣе брюшного, что при первомъ легче достигаются пріемы обезгниливанія, въ особенности возможнымъ уменьшениемъ 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 операциі обезпложенныхъ перчатокъ. Изъ 81 случая, проведенныхъ оппонентомъ въ такихъ перчаткахъ, ни одинъ не далъ зараженія.

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

Pichevin (Парижъ) считаетъ эту операцию легкой и, какъ показалъ его личный опытъ, очень удобной въ томъ отношеніи, что при ней одновременно можно дѣлать цѣлый рядъ операций на маткѣ и придаткахъ. Онъ дѣлаетъ для большаго простора полуулунный разрѣзъ для вскрытия переднаго свода.

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

A. 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'a* (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 обеззараживание 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 ограничивающе.

Въ настоящее время возможно однимъ наружнымъ изслѣдованиемъ прослѣдить теченіе нормальныхъ родовъ и даже нѣкоторыхъ патологическихъ. Кромѣ обычныхъ измѣреній таза, вполнѣ возможно четырьмя пріемами, 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 опыту докладчика, возраженія противъ наружного изслѣдованія, что послѣднее вызываетъ преждевременную родовую дѣятельность и травматизируетъ нижній отрѣзокъ матки, не подтверждаются на практикѣ, если наружное изслѣдованіе ведется строго методически.

VI. Pinard. (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, известный 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 беременныхъ женщинъ.

3) Изученіе и примѣненіе на практикѣ пріемовъ наружного акушерского изслѣдованія очень легко. Имъ можно распознавать

и нормальную беременность и патологическую, однoplодную и многоплодную, маточную и несвоемъстную.

4) Съ тѣхъ поръ какъ это изслѣдованіе стало примѣняться методически, явилась возможность помошью его одного распознавать мѣсто прикрепленія 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 хорошие результаты, но уступаетъ въ точности внутреннему изслѣдованію.

7) Въ послѣдовомъ періодѣ значеніе наружного изслѣдованія равносильно внутреннему.

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

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

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

D. O. Оттъ, соглашаясь съ необходимостью наружного 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 наружного изслѣдованія нѣть необходимости: въ Спб. Им. Клиническомъ Повивальному институту, 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 процентная 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 влагалищного изслѣдованія въ акушерствѣ не можетъ быть поставлено.

VII. Olshausen. О расширениі показаній къ кесарскому съченію при узкихъ тазахъ.

Въ настоящее время показанія къ кесарскому съченію должны быть расширены на счетъ случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Лучшимъ временемъ для производства кесарского съченія долженъ считаться первый періодъ родовъ, нѣсколько часовъ спустя послѣ начала болей. Передъ самой операцией докладчикъ даетъ больной эрготинъ съ цѣлью предупредить послѣдовательное кровотеченіе. Разрѣзъ проводится на мѣстѣ, свободномъ отъ послѣда, для чего передъ проведеніемъ разрѣза матка тщательно ощущивается. Жгутъ на нижній отрѣзокъ матки докладчикомъ не употребляется, потому что онъ способствуетъ асфиксіи плода. Лучшимъ материаломъ для шва считается авторомъ кѣтгутъ. Авторъ сдѣлалъ 29 операций на 24 больныхъ: съ рахитическимъ тазомъ (17), общесъженнымъ (2), тазомъ карлицы (1), ложноостемалътическимъ (1), съженнымъ 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 расширение показаній къ кесарскому съченію, какъ относительныхъ, такъ и абсолютныхъ. Кромѣ того, онъсовѣтуетъ примѣнять этотъ способъ родоразрѣшенія въ случаяхъ, гдѣ угрожаетъ и матери и плоду какая либо прямая опасность (напр. при эклямпсії). Лоносъченіе, по его мнѣнію, со стороны техники недостаточно разработано и не можетъ замѣнить кесарского съченія, принадлежащаго теперь къ числу технически простыхъ операций.

Leopold за 14 лѣтъ сдѣлалъ 93 кесарскихъ съченія, изъ которыхъ 26 по *Porro*. Изъ оперированныхъ умерло 8. Операция всегда производилась со жгутомъ, который затягивался тотчасъ по извлечению ребенка и снимался послѣ наложенія глубокихъ швовъ на матку. Положеніе послѣда опредѣлялось по отхожденію трубъ. Хотя кесарское съченіе 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-

чавшійся уже родової дѣятельности. Въ примѣненіи жгута нѣтъ никакой нужды, ибо онъ отлично замѣняется ручнымъ сдавленіемъ нижняго отрѣзка матки; кромѣ того, жгутъ, какъ показали опыты *Столыгинскаго* 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 вскрытия матки можетъ быть безбоязненно 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 однѣмъ исходомъ въ смерть. По его мнѣнію опасность отъ этой операции гораздо болѣше, нежели отъ лоносѣченія.

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

Фотографія таза снятая лучами *Roentgen'a* и показана на засѣданіи. Въ ней можно наблюдать рѣзкую разницу между здоровой стороной, гдѣ имѣются нормальная части крестцовой кости и нормальное сочененіе ея съ сѣдалищной костью, и стороной противоположной, гдѣ видны только отверстія крестца, но нѣтъ ни крыльевъ его, ни линій сочененія съ сѣдалищной костью. Лонное сочененіе лежитъ не на срединной линіи, а смѣщено въ сторону пораженныхъ (недоразвитыхъ) костей. Кромѣ того, на снимкѣ видны демонстративно различные размѣры таза и форма окружности входа въ малый тазъ; послѣдняя овальна, причемъ 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'a* съ таза, въ которомъ имѣется лѣвосторонній врожденный вывихъ бедра и синостозъ праваго крестцово-сѣдалищного сочененія. 2) Макроскопические и микроскопические снимки съ послѣда на мѣстѣ его прикрѣпленія въ маткѣ у больной, умершей

отъ эклямпсіи. На снимкахъ видна топографія инфаркта. 3) Фотографические снимки (4) со срѣзовъ, сдѣланныхъ на замороженномъ трупѣ умершѣй во время родовъ женщины, гдѣ видно, какъ приспособилась головка плода къ тазовому входу. 4) Такие же снимки съ умершѣй отъ кровотеченія, вслѣдствіе предлежанія послѣда.

Четвертое засѣданіе, 9 августа.

X. *Leopold* показалъ снимки съ микроскопическихъ препаратовъ послѣда и шейки матки и сообщилъ новѣйшіе результаты своихъ изслѣдований надъ сосудами, питающими плодовое яйцо. Концевая сѣть волосниковъ, распространяющаяся до поверхности слизистой оболочки матки, образуетъ цѣлый рядъ маленькихъ расширеній (*lacunae*), въ которыхъ вростаются ворсинки оболочекъ яйца, приходя въ тѣсное соприкосновеніе съ эпителіальнымъ 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 этиологіи, третіи по размѣрамъ таза. Отъ этого у каждого акушера число типовъ и формъ таза свое собственное, колеблющееся отъ 4 до 20. Лучшей классификацией докладчикъ считаетъ классификацию *Martin'a*. Самъ онъ предлагаетъ распределить тазы по формѣ ихъ, видя въ формѣ выраженіе всѣхъ многочисленныхъ и разнобразныхъ неправильностей таза, тѣмъ болѣе что форма положена въ основу классификациій въ зоологии, антропологии и другихъ наукахъ. Руководствуясь очертаніями входа, онъ дѣлить тазы на 1) овальные, 2) треугольные и 3) атипические. 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 получаются вслѣдствіе остановки въ развитіи, простого или ракитического размягченія костей, двухсторонняго вывиха бедренныхъ костей. Косо овальные получаются вслѣдствіе остановки въ развитіи одного крестцово-сѣдищного сочлененія, вслѣдствіе пораженія одной нижней конечности и вслѣдствіе сколіоза. Прямо-овальные тазы (стуженіе поперечного размѣра) суть резуль-

тать остановки въ развитіи костей вообще или обоихъ крестцово-позвоночныхъ сочлененій. Треугольные тазы (съуженіе нѣсколькоихъ размѣровъ одновременно) образуются послѣ чрезмѣрного размягченія костей, рахитического и остеомалактическаго. Атипические тазы развиваются изъ простыхъ и осложненныхъ пораженій позвоночнаго столба, нагноеній и перелома позвонковъ и тазовыхъ костей; къ атипическимъ тазамъ, между прочимъ, относятся тазы съ расщепленнымъ лономъ.

XII. Winckel. (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 имѣеть мѣста въ теченіе по крайней мѣрѣ пяти лѣтъ. Дѣйствуетъ ли при операціи цѣлебно воздухъ, или свѣтъ, или химические агенты, неизвѣстно. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 10—20 сант. ведется ниже пупка или по средней линіи, или отступая отъ послѣдней въ сторону (при повторныхъ чревосѣченіяхъ по старому рубцу). Удаляются выпотъ и больные, легко удалимые органы. Относительно промываній полости, а также относительно состава промывающихъ жидкостей вопросъ стоитъ еще открыто. Послѣдовательное лѣченіе укрѣпляющее. Бинтъ на животъ.

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

3) Послѣоперационный перитонитъ требуетъ быстрого раскрытия операционной раны и удаленія гноя. Промыванія брюшной полости не примѣняются; дренажъ необходимъ.

4) Послѣродовой перитонитъ показываетъ чревосѣченіе, какъ только обнаружено присутствіе гноя, а плевра и околосердечная сорочка здоровы. Число случаевъ послѣродового перитонита, оперированныхъ такъ, достигаетъ у докладчика до 30. Оперативное вмѣшательство дало 21% выздоровленій, выжидательный способъ 26,4%. Лучшимъ временемъ для операціи $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца послѣ

родоразрѣшенія. Смотря по обстоятельствамъ, примѣняется и брюшное и влагалищное чревосѣченіе. Разрѣзъ долженъ быть большимъ. Большинство хирурговъ примѣняетъ промываніе брюшной полости. Дренажъ обязателенъ. Удаленіе придатковъ показано только въ случаяхъ скопленія гноя въ нихъ. Въ крайнемъ случаѣ желательно удаленіе черезъ влагалище матки и придатковъ. Послѣ операций 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 разрѣзъ, тщательная очистка брюшной полости, удаленіе омертвѣвшихъ или нагноившихся органовъ. Дренажъ только при остаткахъ гнойныхъ и т. п. вмѣстилищъ.

XIII. Crestovich (Салоники). О хирургическомъ лѣченіи остраго инойного перитонита.

Докладчикъ представилъ нѣсколько наблюдений и заключаетъ, что при этой формѣ воспаленія брюшины хирургическое вмѣшательство даетъ наилучшій результатъ. Передъ операцией необходимо дѣлать пробный проколъ, дабы определить натуру страданія. Совершенное выздоровленіе вполнѣ возможно, если больная немедля обращается къ врачу и послѣдній приступаетъ къ операциіи тотчасъ же. Неуспѣхъ операциіи обязанъ въ большинствѣ случаевъ медлительному образу дѣйствій.

Pichevin двоякимъ образомъ оперируетъ при перитоните: 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 лѣченіи его у небеременныхъ женщинъ.

Въ полость матки докладчикъ вводить каучуковый Bandl'евскій зондъ, а во влагалище круглое зеркало. Въ послѣднее наливается растворъ азотно-кислого серебра (1:3000, 1:2000, журн. акуш. и жен. бол. сентябрь 97. 20

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

XV. Marsi (Болонья). Новый оперативный приемъ для лѣченія cystocele vaginalis.

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

XVI. Marsi. Случай викарныхъ мѣсячныхъ.

У молодой женщины, у которой по поводу двухсторонняго пораженія придатковъ было сделано влагалищное удаленіе матки, въ теченіе 4 мѣсяцевъ, въ обычные сроки регулъ, появлялась кровянистая моча, въ которой, кроме элементовъ крови, были находимы эпителіальная клѣтка 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 маленький мѣшокъ со всѣми особенностями, присущими кожевику. Во второмъ случаѣ удаленная яичниковая опухоль, съ голову новорожденного, оказалась въ главной своей массѣ дермоидной кистой; только небольшая 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 хронического сальпингита докладчикъ считаетъ всякий свѣжій эндометритъ, для лѣченія котораго и предлагаетъ свой способъ. Цѣль послѣд-

няго состоить въ томъ, чтобы дать возможность всѣмъ отѣламъ маточной слизистой оболочки прийти въ соприкосновеніе съ лѣкарственнымъ веществомъ. Для этого лѣкарство должно быть газообразнымъ и дѣйствіе его должно обладать противогнилостными свойствами, не настолько однако рѣзкими, чтобы обусловить глубокія разрушенія слизистой оболочки. Наблюденія докладчика убѣдили его, что бромъ для этихъ цѣлей представляеть очень удобное средство: будучи веществомъ жилкимъ, 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 половинъ этого зонда накачиваются пары брома. Послѣдній въ насыщенномъ водномъ растворѣ помѣщается въ двугорлой стеклянкѣ, черезъ которую прогоняется помошью прибора *Ritchardsohn'a* воздухъ. Сеансы безболѣзnenія. Близайшій результатъ лѣченія состоить въ прекращеніи кровотечений и бѣлей.

Докладчикъ говоритъ, что въ цѣломъ рядъ случаевъ не только симптомы, но и самый болѣзnenный процессъ обыкновенно уступали дѣйствію этого средства.

*XIX. Чернеговскій (Кievъ). Кровавые способы изслѣдованія внутренней и наружной поверхности матки *).*

Пятое засѣданіе, 11 августа.

XX. Wallich (Парижъ). Личеніе сывороткой послѣродовыхъ заболеваній.

Прекрасные результаты, полученные въ институтѣ *Pasteur'a Marmorek'omъ* съ примѣненіемъ противуцѣпочечнококковой 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'a* на кроликахъ и овцахъ, желая испытать какъ лѣчебное, такъ и предохраняющее дѣйствіе этого средства. Эти животныя

*) Мнѣ 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. Больничная газ. Боткина 1897 г. № 38, стр. 1478). *Н. К.*

очень хорошо, безъ реакціи, переносили даже очень большія дозы сыворотки. Какихъ либо опредѣленныхъ заключеній о дѣйствіи сыворотки на основаціи 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 болѣзnenности 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 пріемы, напр. промываніе матки и проч.

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

XXI. Вайнштейнъ (Одесса). *О сывороткѣ при послѣродовомъ гнилокровіи.*

Докладчикъ произвелъ рядъ опытовъ съ сывороткой *Marmorek'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 повышенiemъ температуры тѣла и цѣльымъ рядомъ общихъ болѣзnenныхъ явлений, 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 гнилокровіе, показали, что и они невоспріимчивы къ зараженію этой болѣзнью. Наблюденія надъ людьми у докладчика были настолько малочисленны, что не даютъ ему возможности сдѣлать опредѣленная 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 проверены. Примѣненіе сыворотки у людей должно быть признано преждевременнымъ.

La Torre не примѣнялъ еще сыворотки ни разу. Ему кажется, что сыворотка *Marmorek'a* еще слишкомъ 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 лѣчении послѣродовыхъ заболѣваній.

A. И. Замшинъ (Спб.) *) Относительно мало благопріятные еще результаты впрыскиваний людямъ сыворотки *Marmorek'a* могутъ быть объяснены тѣмъ, что примѣнявшіе ее не имѣли въ рукахъ надежного 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 тампонация послѣродовой матки іодоформной марлей съ цѣлью лѣченія эндометрита. Наибольшаго интереса заслуживаетъ то обстоятельство, что упомянутый пріемъ безусловно локализируетъ процессъ, въ чёмъ можно было убѣдиться на болѣе нежели 100 случаяхъ примѣненія такой тампонации въ С.-Петербургскомъ Повивальномъ Институтѣ: упомянутые случаи ни разу не осложнились ни парами периметритами. Я убѣжденъ, что только тщательное мѣстное лѣченіе, стремящееся къ локализаціи процесса и къ возможному уменьшенію его на мѣстѣ, вмѣстѣ съ далѣе прослѣженной и усовершенствованной серотерапіей *Marmorek'a*, можетъ дать въ руки врача значительно вѣсомое оружіе съ септической инфекціей.

XXII. Pinard u Varnier. Измѣреніе таза при помощи Röntgenовской фотографіи.

Докладчики представили нѣсколько снимковъ, сдѣланныхъ при помощи новѣйшихъ усовершенствованій этого способа. Прежде, для того, чтобы получить такие 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 клѣтчатки. Снимки даютъ возможность судить о симметричности таза, объ атрофическихъ измѣненіяхъ въ костяхъ, объ архилозѣ крест-

*) Ауторефератъ.

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

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

XXIV. A. Carbalal (Мексика) *Лъченіе задне—затылочныхъ пред-
лежаній.*

Задне-затылочныя предлежанія не могутъ быть разматриваемы,
если разсуждать строго, вполнѣ ненормальными. Однако ихъ
следуетъ или предупреждать или измѣнять въ другія, для того
чтобы не дать головкѣ проходить родовые пути въ менѣе выгод-
ныхъ условіяхъ. Пріемы для достиженія этого не трудны и мо-
гутъ быть приложены или въ концѣ беременности, передъ нача-
ломъ родовъ, или уже при начавшейся родовой дѣятельности, при
непремѣнномъ условіи цѣлости плоднаго пузыря. И въ томъ и
другомъ случаѣ головка поворачивается ручными пріемами.

Шестое засѣданіе 11 августа.

XXV. A. П. Губаревъ. (Москва). *Къ технике оперативного лъ-
ченія 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 случаихъ
неясныхъ и где нельзѧ быть увѣреннымъ, что все будетъ уда-
лено 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 тампонировалъ тазовую рану черезъ
влагалище, умерло 2; у 10 онъ, закрывъ влагалищное отверстіе,
тампонировалъ черезъ брюшную стѣнку по *Miculicz'*у, больные
всѣ поправились. Лучшій материалъ для шва шелкъ. Для того,

чтобы предупредить при операциі переносъ раковой заразы, слѣдуетъ тщательно выжигать видимо пораженные 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 непораженные не такъ легко, какъ кажется. При распространенному 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. Предпочтителѣнъ, какъ материалъ для шва, катгутъ. Желательно захватывать каждой лигатурой небольшія пространства тканей, накладывая много лигатуръ. Культи широкихъ связокъ укрѣпляются во влагалищной ранѣ.

*D. O. Ott*ъ 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 операциямъ съ зажимами. На сторонѣ зажимовъ нѣтъ преимуществъ, а лишь весьма важный недостатокъ—неувѣренность въ предупрежденіи кровотечения. Непосредственные результаты операций надъ ракомъ матки у *D. O. Ott*а очень хороши, болѣе чѣмъ на 100 влагалищныхъ вылущеній былъ лишь одинъ смертельный случай, что же касается дальнѣйшихъ результатовъ, то имѣются случаи, гдѣ возврата нѣтъ уже въ теченіе 10—12 лѣтъ.

A. П. Губаревъ обратилъ вниманіе на тѣ случаи рака, въ которыхъ нельзя сдѣлать коренной операциі, въ такихъ случаяхъ перевязка сосудовъ по *Снегиреву* 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 междуточныхъ фибромъ наклонны идти къ наружной поверхности матки, можно пользоваться острой ложечкой, прибѣгая къ ней послѣ каждого периода менструациі. Въ некоторыхъ случаяхъ подслизистыя опухоли можно вылущивать *per vias naturales*, прибѣгая, где потребуется, къ разрѣзу шейки, тампонаціи ложа опухоли и перевязкѣ раненыхъ сосудовъ.

Подбрюшинные фиброміомы и тѣ, которые 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, где опухоль не поддается вылущенію, вслѣдствіе тѣсной связи съ маточной стѣнкой, лучшіе результаты даетъ надвлагалищное отсѣченіе или полное удаленіе органа сочтаннымъ путемъ.

Удаливъ пораженную часть матки, съ культией обходятся по-внѣбрюшинному способу. Благодаря послѣднему,сосѣднія ткани менѣе подвержены опасности зараженія, и влагалище освобождается отъ выдѣленій 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 неудаленою, слѣдуетъ упомянуть о злокачественныхъ перерожденіяхъ, наблюдавшихъ не рѣдко.

Д. О. Оттъ остановился на показаніяхъ къ радикальному вмѣшательству 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 Съездѣ врачей въ Римѣ.

B. Θ. Снегиревъ высказался всепѣло за способъ *Doyen'a* съ нѣкоторыми измѣненіями, какъ за незамѣнимый способъ радикального 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 бесполыхъ, бесплодныхъ. Онъ высказалъ пожеланіе, чтобы сохранившимъ споспѣшемъ при лѣченіи фиброміомъ было даваемо больше мѣста.

Dührssen высказался за расширение показаній къ удалению черезъ влагалище матокъ, пораженныхъ фиброміомами.

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

XXVII. Теръ-Греорьянцъ (Тифлисъ). Новый препаратъ корнутина.

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

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

Седьмое засѣданіе, 12 августа

XXVIII. B. Θ. 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 блой и влажной; тамъ, где прикасался къ слизистой зондъ, она сѣраго цвѣта. Кровоточеніе изъ полости матки останавливается почти вполнѣ подъ дѣйствіемъ пара черезъ 1—2 минуты.

Если есть секреция, она уменьшается, или прекращается, или теряетъ свой дурной запахъ. Во время дѣйствія пара больная обыкновенно не предъявляетъ жалобъ, а отмѣчаетъ лишь неопределеннное непріятное ощущеніе. Если нѣть подъостраго воспаленія 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 виѣшній видъ и свои функциональные 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 пары 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 случаевъ, гдѣ бы примѣненіе этого средства вызвало осложненія.

Вторая половина моего доклада касается дѣйствія пара на другие органы. Я начну съ дѣйствія пара на сосуды. Если разрѣзать бедреную артерію продольно или поперечно у собаки и тотчасъ приложить паръ,—кровоточеніе останавливается. Тѣ-же результаты получаются при паренхиматозныхъ кровотеченіяхъ и венозныхъ. Паръ также останавливаетъ кровоточеніе изъ синусовъ мозжечка у собаки. Въ особенности любопытно дѣйствіе пара на раны печени, селезенки, почекъ и легкихъ. Если сдѣлать разрѣзъ печени и приложить паръ,—кровоточеніе 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 кровоточеніе останавливается, рана заживаетъ рег primam. Послѣ вапоризаціи брюшины развиваются сращенія, 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 выше-сказанному, что существуютъ работы: *Иванова* (О дѣйствіи 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 парообразователя (лампочка, вмѣстилище для воды и герметически закрытое пространство для собиранія пара) и катетера, который вводится въ полость матки, послѣ предварительного расширенія шеечнаго канала и высабливанія слизистой. Операциія производится подъ наркозомъ.

XXX. Нольчини (Москва). *Къ вопросу о вторичныхъ чревосѣченіяхъ у женщинъ.*

Подъ вторичными чревосѣченіями разумѣются тѣ, которые производятся ради осложненій, сопровождающихъ нерѣдко различныя операциіи въ брюшной полости, какъ-то: оваріотомію, осколеніе, удаленіе матки и т. п.

Осложненія эти можно раздѣлить на четыре группы: 1) закрытіе просвѣта кишечка; 2) внутренняя кровотеченія; 3) сдавленіе мочеточниковъ; 4) общій перитонитъ. Вскрытие брюшной полости есть единственный вѣрный путь, чтобы обнаружить и устраниить причину этихъ осложненій. Точно выработанныхъ показаній къ производству вторичныхъ чревосѣченій до настоящаго времени въ литературѣ не появлялось.

Изъ осложненій, только что перечисленныхъ, наибольшее вниманіе гинекологами удѣлялось *ileus'y*, или вѣрѣть сказать послѣдовательнымъ за чревосѣченіемъ срошеніямъ въ брюшной полости, какъ наичастой причинѣ *ileus'a*. Такъ, *P. Müller* приписывалъ эти срошенія слишкомъ сильному сдавленію живота послѣ чревосѣченій и совѣтовалъ для избѣженія ихъ вливать въ брюшную полость соленый растворъ. *Olshausen* обвинялъ въ томъ-же юдоформъ, *Kaltenbach*—карболовую кислоту, другое—каленое желѣзо, различная дезинфицирующія средства. Опыты на животныхъ, предпринятые *Dembomsk'имъ*, *Obalinsk'имъ*, *Kälterborn'омъ*,

съ цѣлью выясненія условій образованія сращеній, при антисептическихъ предсторожностяхъ, 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 *Lostalot-Bachouet*.

За 1890—1896 годы въ Московской гинекологической клинике на 654 случая чревосѣченій—вторичныхъ вскрытий брюшной полости было 15. Въ литературѣ подробно описаныхъ случаевъ собрано нами 56 и не подробно описаныхъ 36. Въ клинике *Martin'a* на 1636 чревосѣченій—вторичныхъ было 8. Въ клинике *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 клинике это отношеніе выражается числомъ 2,3 на 100.

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

Техника чревосѣченія при *ileus'* не отличается какими-либо рѣзкими особенностями; въ Московской клинике брюшная полость промывается соленымъ растворомъ и дренажируется юдоформной марлей. Наи чаще вторичные чревосѣченія были у больныхъ 30—40 лѣтъ. Причиной *ileus'a* были чревосѣченія, сдѣянныя по поводу кистомъ яичника, фибромомъ матки и сальпингитовъ. Въ Московской клинике чревосѣченіе изъ за кистомъ яичника, повлекшее за собой закрытіе кишечного просвѣта, было однажды (въ этой клинике культа послѣ отнятія кисты всегда обшивается брюшиной). Первые признаки закрытія просвѣта кишечка обнаруживаются на 1—24 дни послѣ операции, наи чаще на 3-й день. Вторичное чревосѣченіе въ такихъ случаяхъ практиковалось на 2—24 дни послѣ операции, чаще всего на 3—10 дни; въ Московской клинике наи чаще на 6-й день. Сопоставленіе чиселъ показываетъ, что время вмѣшательства не вліяетъ на исходы

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

16 разъ на 48 случаевъ іleus'a причиной непроходимости кишечкѣ было приращеніе кишечной петли къ культѣ (33,3%); въ другихъ случаяхъ имѣли мѣсто: заворотъ, другіе виды срощеній, сдавленіе кишечка и проч. Причиной смерти былъ колляпс и параличъ сердца.

Въ случаяхъ внутреннихъ кровотеченій вторичное чревосѣченіе производилось или въ тотъ-же день или на другой день. Въ большинствѣ случаевъ источникъ кровотеченія 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 іleus'a послѣ чревосѣченій.
- 2) Точно выработанныхъ показаній къ вторичному чревосѣченію при перитонитѣ нѣть.

3) При закрытии просвѣта кишечка вторичное чревосѣченіе показано, ввиду небольшого процента смертности отъ него (38,5%).

4) Общимъ состояніемъ больной слѣдуетъ руководствоваться въ постановкѣ показаній ко вторичному чревосѣченію: источеніе больной, колляпсъ, параличъ кишечника разматриваются, какъ противопоказанія къ такому вмѣшательству.

5) Если, благодаря развитию техники чревосѣченія и обезгниливию, осложненія, какъ перитонитъ, соскальзываніе лигатуръ и сдавленіе мочеточника, станутъ встрѣчаться рѣже и рѣже,— случаи іleus'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 операцией—слабительныхъ, ослабляющихъ и парализующихъ кишечную мускулатуру, и б) щадить брюшину во время операции отъ всякихъ механическихъ и химическихъ раздражителей.

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

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

въ особенности если послѣдніе лежатъ глубоко въ тазу. Для остановки кровотечений докладчикъ предпочтительно употреблять зажимы, въ особенности если накладыванію лигатуръ имѣются какія либо препятствія: хорошо приложенные зажимы лучше не надежно наложенныхъ лигатуръ. Кромѣ того, зажимы дѣйствуютъ, какъ дренажи, и во всякомъ время даютъ возможность осмотрѣть культи.

Влагалищный путь вскрытия брюшной полости предпочтительнее брюшнотѣночного 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 парыахъ широкой связки и опухоляхъ ея, не достигающихъ пупка.

XXXII. Doyen. О полномъ удаленіи матки.

При удаленіи матки черезъ влагалище докладчикъ больную кладетъ съ опущеннымъ тазомъ съ цѣлью дать влагалищу горизонтальное направление. Вскрывъ задній сводъ, онъ пальцами опредѣляетъ состояніе органовъ малаго таза, главнымъ образомъ придатковъ, и приступаетъ затѣмъ къ вскрытию переднаго свода и отслойкѣ пузыря. Тѣло и дно матки выводятся напередъ при постепенномъ разсѣченіи или по средней линіи, или ввидѣ угла, передней ея стѣнки, причемъ пузырь защищается особымъ подъемникомъ. Затѣмъ на каждую широкую связку накладывается сверху внизъ одинъ крѣпкій и большой зажимъ и одинъ маленький; матка изсѣкается. Вместо 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 выводить матку черезъ задній сводъ въ загнутомъ назадъ положеніи и только въ концѣ операции отслаиваетъ пузырь, начиная сверху, отъ дна матки. Влагалищное чревосѣченіе пригодно почти для всѣхъ случаевъ фибромомъ 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 отверстие или культу матки. И здѣсь, какъ при влагалищномъ вылущеніи, онъ не заботится о предварительной остановкѣ кровотеченія: при притягиваніи мат-

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

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

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

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

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

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

Въ первые мѣсяцы беременности стѣнки тѣла матки (не шейки) пріобрѣтаютъ 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-

няеть свою плотность и даетъ ощущеніе валика. Въ дальнѣйшемъ теченіи беременности наступаетъ размягченіе и шейки, развивающееся постепенно сверху внизъ. Полное размягченіе шейки указываетъ на приближающіеся роды. Кромѣ сказанного, въ первые мѣсяцы беременности мѣсто прикрѣпленія яйца при ещупваніи болѣе эластично, чѣмъ остальная мѣста тѣла матки. Во время родовъ степень сжимаемости стѣнокъ матки измѣняется послѣ прохожденія 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 застойного характера въ половыхъ органахъ женщины.*

Лѣченіе щитовидной железой фиброміомъ матки и вообще конгестивныхъ процессовъ въ маломъ тазу, предложенное впервые во Франціи, по своимъ благопріятнымъ результатамъ можетъ быть поставлено рядомъ съ лучшими средствами этого рода, въ особенности съ электричествомъ. Наиболѣе удачно щитовидная железа дѣйствуетъ на кровотеченія. При чисто функциональныхъ кровотеченіяхъ лѣченіе щитовидной железой влечетъ за собой полное восстановленіе 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 кэтутомъ.*

Пучокъ обезпложенныхъ шелковыхъ нитей обматывается кэтутомъ и образовавшійся такимъ образомъ фитиль вводится въ полость матки, предварительно расширенную ляминаріей. 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 съуженіяхъ шеечнаго просвѣта, при аменорреѣ и дизменорреѣ. Совмѣстно съ такимъ дренажированіемъ можно вести лѣченіе хроническихъ

околоматочныхъ выпотовъ массажемъ. Всякій острый или обострившійся воспалительный процессъ въ маломъ тазу служить противупоказаніемъ къ введенію кэтгутового дренажа.

XXXVI. Schmeltz. Къ этиологии и патогенезу рака.

Паразиты, найденные докладчикомъ въ экземплярахъ рака трудной железы, прямой кишки, языка, губъ, повидимому тождествены 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 содержать 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 операций, докладчикъ несовѣтуетъ употреблять ни шелка, ни струнныхъ нитей, а останавливается кровоточеніе закручиваніемъ сосудовъ; кромѣ того, поверхность раны онъ предлагаетъ въ такихъ случаяхъ покрывать прижигающей пастой.

XXXVII. Cameron (Глазговъ). О положеніи плода по отношенію къ спинкамъ матки и къ мѣсту прикрепленія послѣда.

Въ прежнее время много писали о положеніяхъ плода въ маткѣ и о тѣхъ причинахъ, которыя обусловливаютъ 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 уѣздился, что спинка плода, при всякомъ положеніи послѣдняго, обращается во время родовъ къ той спинкѣ матки, которая противоположна мѣсту прикрепленія послѣда. Такъ, при переднемъ видѣ первого затылочного положенія послѣдъ лежитъ на задней спинкѣ 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 прикрепленія дѣтскаго мѣста. Случай поперечнаго положенія плода онъ объясняетъ тѣмъ, что послѣдъ измѣняетъ фигуру матки соотвѣтственнымъ образомъ, и плодъ приспособляется къ этой фигурѣ, располагаясь вдоль длиннаго диаметра измѣненной маточной полости.

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

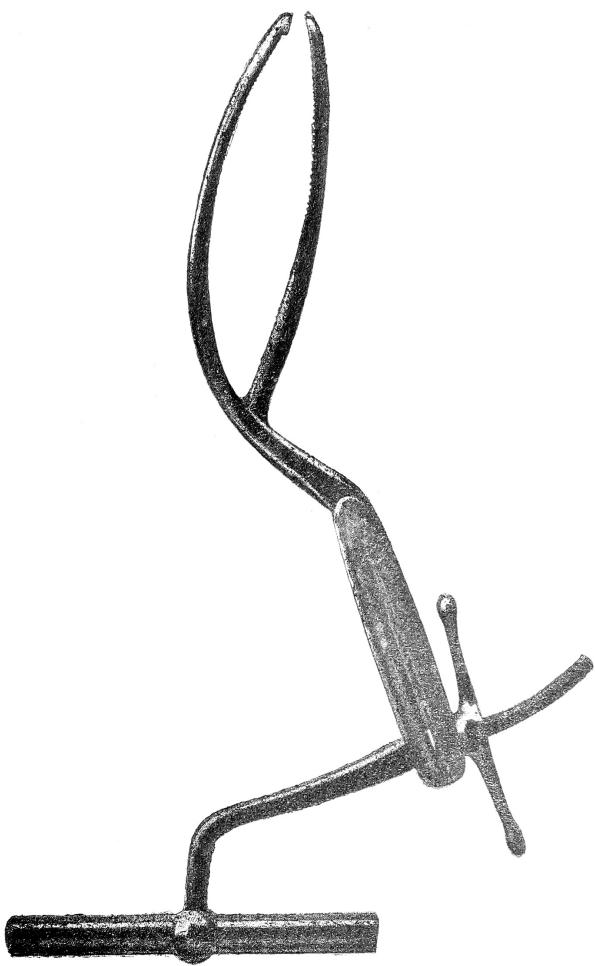
Передній видъ первого положенія	67%
Задній видъ первого положенія	3%
Передній видъ второго положенія	10%
Задній видъ второго положенія	20%

Присоединя къ своимъ числамъ числа Вѣнскихъ клиникъ, онъ выводить, что положеніе плода со спинкой, обращенной впередъ, встрѣчается въ 70% случаевъ, а со спинкой паздѣ въ 30%. Въ Гейдельбергѣ для ягодичныхъ предлежаній спинка, обращенная впередъ, наблюдалась въ 75% всѣхъ соотвѣтствующихъ случаевъ.

XXXVIII. Cameron показалъ секціи придуманный имъ *кефалотрибъ* съ осевой тракціей для родоразрѣшенія въ боковомъ положеніи (рисунокъ при семъ прилагается).

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

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



Кефалотрибъ проф. Cameron'a.

формъ электрической волны. Особенности этого тока заключаются въ томъ, что въ немъ отсутствуетъ поперемѣнность тока, сохраняется синусоидальная кривая и, вслѣдствіе постояннаго направления тока, увеличивается электролитическая сила. Сохраняя въ себѣ свойства переменнаго синусоидальнаго тока, онъ приобрѣтаетъ 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 юля 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 миліамперовъ (при силѣ тока въ 15—25 вольтъ), рѣдко достигала 50 миліамперовъ. 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.

Анатомические результаты дѣйствія волнообразнаго тока выразились въ разсасываніи окломаточныхъ выпотовъ и старыхъ срощеній; замѣтнаго дѣйствія на объемъ фиброзныхъ опухолей не замѣчено. Вліяніе тска на различные симптомы выразилось въ рѣзкомъ ослабленіи и прекращеніи самыхъ разнообразныхъ болей, исходившихъ изъ полового прибора исосѣднихъ органовъ; электродъ вводился или во влагалище или въ полость шейки. Сюда относится и благопріятное дѣйствіе тока при болѣзняхъ мѣсячныхъ, причемъ электризациѣ производилась не задолго до наступленія кровей и внутренній электродъ безразлично вводился въ полость влагалища или въ полость шейки. Маточная кровотеченія также уступаютъ дѣйствію волнообразнаго тока, если металлическій электродъ введенъ въ полость матки, но кровестанавливающее 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. Внутришнее приложеніе волнообразнаго тока хорошо дѣйствуетъ при запорахъ.

Восьмое заседание, 12 августа.

XL. Jonnesco (Бухарестъ). Полное удаление матки и придатковъ черезъ брюшную стѣнку при инилостныхъ заболеванияхъ 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, *Delageniere* также заговорилъ объ этой операціи; онъ въ 1896 году сообщилъ о 10 случаяхъ ея (ум. 2). Потомъ появились статьи о той же операціи *Krug'a*, *Brown'a*, *Penrose'a*, *Schauta* (30 случ., 2 см.), *Czternin'a* (5 случ., 3 см.), *Doederlein'a* (2 случ.), *Everke*, *Von Roskorn'a*, *Bardenheuer'a* (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 недѣйствительности этого способа, въ невозможности его, вслѣдствие техническихъ трудностей, быть радикальнымъ, перешоль къ той же операциіи черезъ брюшную стѣнку.

Послѣ вскрытия брюшной полости (больная въ положеніи *Trendelenburg'a*, разрѣзъ по средней линіи, ниже пупка, длиной въ 10 сант.) осторожно разрушаются срошенія, которыя по наблюденіямъ докладчика, наичаше имѣютъ мѣсто между лѣвыми придатками и писходящей толстой кишкой, гдѣ въ нормальномъ состояніи проходитъ складка именуемая докладчикомъ *lig. infundibulo—colicum*. Кромѣ того срошенія бываютъ между правыми придатками и червеобразнымъ отросткомъ и вообще между маткой и придатками съ одной стороны и кишечными петлями съ другой. Разрушеніе срошеній 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 гноинаго 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 пузыри, 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 разстояніі $1\frac{1}{2}$ —2 сант. отъ края матки) разсѣкаютъ. Вытѣгивая, послѣ этого, шейку выше и выше, кривыми пожицами отрѣзываютъ отъ шейки остальную часть влагалищного свода. Образовавшееся въ тазу раненое пространство полуулунной формы (вогнутая часть полуулуна обращена назадъ) докладчикъ обыкновенно закрываетъ, сшивая листки брюшины непрерывнымъ швомъ, причемъ прилагиваетъ брюшинные листки другъ къ другу серозными поверхностями. Если дренажированіе тазовой полости ненужно, закрывается и отверстіе во врагалище; въ противномъ случаѣ слизистая влагалища по всему краю отверстія сшивается съ прилегающей брюшиной. Закрытие 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 случаѣахъ докладчика былъ влагалищно-кишечный свищъ, который онъ оперировалъ, проникнувъ въ тазовую полость черезъ 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 проведения инфекціи въ тазовую полость, очень опасно. Кромѣ того, оставляя матку, операторъ лишаетъ возможности такъ тщательно, какъ описано выше, изолировать брюшную полость отъ раненыхъ поверхностей и культей. Для влагалищного пути онъ отводить лишь тѣ случаи тазовыхъ нагноеній, гдѣ послѣднія, обнимая всѣ органы малаго таза, представляютъ скопленія, разлитыя и хорошо изолированныя сращеніями отъ остальной части брюшной полости. Влагалищное чревосѣченіе при этомъ имѣеть 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 зашивания 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 первовъ влечетъ за собой общеизвѣстныя явленія, перевязка венъ—застой крови. Первую операцию на женскихъ половыхъ органахъ съ перевязкой отдѣльныхъ сосудовъ сдѣлалъ проф. *Снепиревъ*.

XLІ. Jonnesco. Къ личенію заднихъ искривленій матки.

Докладчикъ описалъ новый оперативный пріемъ, показанный въ случаяхъ, гдѣ придатки не измѣнены и матка подвижна или мало срошена. Операция состоитъ въ слѣдующемъ: вскрывается брюшная полость (разрѣзъ 12 сант.); матка освобождается отъ срошеній; изъ передней ея стѣнки, въ области перегиба, вырѣзывается клинообразный кусокъ тканей, шириной въ 5 сант.; края образовавшейся раны сшиваются тремя кэтгутовыми швами, благодаря чему укорачивается передняя стѣнка матки и послѣдняя выпрямляется. Затѣмъ укорачиваются круглые маточные связки и зашивается брюшная стѣнка. Въ четырехъ случаяхъ этой операции, сдѣланныхъ докладчикомъ, получился блестящій результатъ.

XLІІ. Рачинскій (Спб.). О брюшиномъ швѣ послѣ чревосѣченій.

(Докладъ печатается въ отдѣлѣ самостоятельныхъ статей нашего Журнала).

La Torre настаивалъ на преимуществахъ своего способа сшиванія брюшныхъ стѣнокъ, соотвѣтствующаго вполнѣ физиологическимъ особенностямъ брюшной стѣнки.

Д. О. Оттъ сдѣлалъ нѣсколько дополненій къ докладу.

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

Въ докладѣ, между прочимъ, затронутъ вопросъ о технике чревосѣченія при бугорковомъ перитоните, при чёмъ указано на нежелательность дренажа при этой операции.

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

планъ выступали большое скопление 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; операция была сдѣлана при жизненныхъ показаніяхъ и при томъ въ обстановкѣ, мало гармонирующей съ потребностями чревосѣченія. Тѣмъ не менѣе больная поправилась.

XLIV. Geoffroy (Парижъ). Быстрое излѣченіе рвоты беременныхъ массажемъ въ формѣ продолжительного ощупыванія.

Производя внимательное и тщательное ощупываніе различныхъ отдѣловъ пищеварительного тракта у беременныхъ, страдающихъ неукротимой рвотой, докладчикъ убѣдился, что рвота эта происходитъ отъ судорожного 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 пріемомъ, который онъ называлъ продолжительнымъ ощупываніемъ (palpation prolongée). Этимъ-же пріемомъ онъ воспользовался и для лѣченія названного 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 описание нѣсколькихъ случаевъ, подтвержденныхъ открытіе докладчика.

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

Если нѣкоторыхъ животныхъ кормить пищей, въ которой очень мало солей калия 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 Боткинского 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 форме заноса.

Въ настоящемъ году докладчикъ наблюдалъ два, отличающихся другъ отъ друга, гидатидныхъ заноса. Въ очень маленькихъ зернышкахъ первого 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 жизненности; 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 ягодичныхъ предлежаній. Двѣ вѣтви, крючковидно 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, помошью котораго и проводится вокругъ бедра или петля или цѣпочечная пила.

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

Докладъ печатается въ отдѣлѣ самостоятельныхъ статей нашего журнала).

XLIX. Everke O 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 исследовании оказалось, что мертвый плод лежит свободно в брюшной полости; через разрыв во влагалище плод извлечен и разрыв затампонирован. Посмертное вскрытие показало, что матка невредима, во влагалище же имеется громадный разрыв, захвативший и мочевой пузырь. Причиной разрыва был узкий таз и продолжительное давление головки на влагалищную стынку. Лечение должно было заключаться в немедленном выведении плода. Разрыв совершился, следуя дать чревосечение, однако во многих случаях нельзя не рекомендовать для удаления плода и влагалищного пути: зашивать разрыв удобнее через влагалище.

L. Недородовъ (Москва). Изліченіе електричествомъ виїматочнай беременности и ея послѣдствій.

Виїматочная беременность лечится помошью чревосечения и электричества. Первый способъ болѣе распространенъ, потому что брюшная хирургія дает 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 лечилъ восемь женщинъ, имѣвшихъ виїматочную беременность, у пяти изъ нихъ уже имѣлся разрывъ трубы, у трехъ беременность еще не прерывалась. Всѣ выздоровѣли, некоторые впослѣдствіи провели правильную беременность. Примѣнялся или постоянный токъ (въ 10—200 миллиамперовъ, продолжительность сеанса 5—15 минутъ), или постоянный попеременно съ прерывистымъ, или электроуколъ (безъ наркоза; доза 30—70 миллиамперовъ, продолжительность сеанса 3—8 минутъ). Въ выводахъ докладчикъ заключаетъ, что лѣченію электричествомъ подлежать всѣ случаи виїматочной беременности, не старше $3\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ, какъ чистыя формы, такъ и въ видѣ haematosalpingis; кроме того, въ болѣе позднихъ стадіяхъ, должна быть лѣчима электричествомъ заматочная кровянная опухоль.

ЛІ. Холмогоровъ (Москва). Вторичное шиваніе промежности.

Если разрывъ промежности не зашить въ первые часы послѣ родовъ, не слѣдуетъ ждать окончанія послѣродового периода, а слѣдуетъ не откладывая дѣлать эту операцию. Если швы не удались и сращенія никакого не послѣдовало, слѣдуетъ, не до-

жидаясь рубцеванія, снова ихъ аложитъ (при условіи, конечно, что нѣтъ на лицо никакихъ противупоказаній), 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.

LII. Якубъ (Москва). О вліяніи острыхъ заразныхъ заболеваній на теченіе беременности, родовъ и послѣродового периода.

На основаніи представленныхъ таблицъ, докладчикъ вывелъ слѣдующія заключенія: 1) беременность не предохраняетъ женщину отъ острыхъ заразныхъ заболеваній; 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, чѣмъ опасность больше; 4) смерть плода зависитъ не только отъ высокой температуры, но и отъ непосредственного перехода заразы отъ матери къ плоду; 5) въ случаѣ заболеванія должно быть строго примѣнямо 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.

*LIII. Теръ-Григорьянцъ. О воспалении почекъ у беременныхъ *).*

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

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.
(ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЪ № 4.

Засѣданіе 3-го Апрѣля 1897 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 24 члена: Байковъ, Бекманъ, Бухштабъ, Долинскій, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Земацкій, Какушкинъ, Личкусъ, Массенъ, Мацѣевскій, Мисевичъ, Шютеровичъ, Порошинъ, Рачинскій, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Сережниковъ, Стравинскій, Улезко-Строганова, Фишеръ, А. Р., Шуттенбахъ и 26 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 3.

2) *П. Т. Садовскій* показалъ слѣдующіе препараты: а) *многополостную студенистую кисту* праваго яичника, величиною въ 2 человѣческія головы, развившуюся внутрисвязочно и забрюшинно, не имѣвшую, следовательно, хирургической ножки и, кромѣ того, обильно срошенную съ кишками, мочевымъ пузыремъ и прочими органами; киста была вылущена изъ ея ложа; оставшаяся полость не тампонирована, брюшная рана зашита обычнымъ путемъ; безлихорадочное теченіе; выздоровленіе (оперировалъ *A. P. Фишеръ*). б) *Многополостную кистосаркому* (?) праваго яичника, выросшую у молодой женщины очень быстро и выполнившую почти всю брюшную полость.

Опухоль лежала забрюшинно, не имѣла хирургической ножки и вылущена докладчикомъ. Оставшаяся полость тоже не тампонирована. Гладкое выздоровленіе. в) *Дѣлъ фиброматозно перерожденныя матки*, одну въ 3 кулака, а другую немногого меньшѣ; обѣ матки удалены цѣликомъ путемъ чревосѣченія по способу *Doyen'a*; въ первомъ случаѣ удалены также и измѣненные правосторонніе придатки; во второмъ удалены придатки обѣихъ сторонъ. Обѣ больныя выздоровѣли. (Одну большую оперировалъ *A. P. Фишеръ*, другую докладчикъ). г) Небольшой величины матку, пораженную ракомъ влагалищной части, вырѣзанную черезъ влагалище *A. P. Фишеромъ* по способу *Doyen'a*. д) Удаленные черезъ влагалище (съ примѣнениемъ зажимовъ) фиброматозную матку и кистовидно растянутыя трубы. Яичники оставлены. Выздоровленіе. Оперировалъ докладчикъ. е) Кисту праваго яичника, утолщенную правую трубу и матку, удаленная докладчикомъ черезъ влагалище, тоже съ примѣнениемъ зажимовъ. Выздоровленіе. ж) Матку, пораженную ракомъ шейки и передней стѣнки тѣла, удаленную докладчикомъ черезъ влагалище по способу *Doyen'a*. Сегодня 5 дней послѣ операции. Больная поправляется. з) Матку и лѣвую кисту яичника, удаленные черезъ влагалище, съ разсѣченіемъ матки на двѣ половины и наложеніемъ зажимовъ *Doyen'a* на широкія связки, по поводу неудержимыхъ кровотеченій, не уступавшихъ никакому лѣченію, въ томъ числѣ и выскабливанію слизистой оболочки матки. Выздоровленіе (оперировалъ *A. P. Фишеръ*).

Д. О. Отмѣтилъ, что онъ, соотвѣтственно съ существующимъ направлениемъ, только въ исключительныхъ случаяхъ не тампонировалъ мертвыхъ пространствъ. Всѣ подобные случаи, въ его рукахъ, хотя и не кончились смертью, тѣмъ не менѣе, весьма часто (добрая половина) протекали съ осложненіями: выпотами, лихорадкой. Онъ считалъ бы поэтому не совсѣмъ удобнымъ возвращаться къ этому, устарѣвшему нынѣ способу. Подчеркнувъ далѣе то обстоятельство, что докладчикъ вполнѣ основательно удаляетъ только болѣвые органы, сохраняя здоровые, какъ, напримѣръ, въ случаѣ д, въ которомъ больныя матки и трубы удалены, а яичники сохранены, *Д. О.* поинтересовался узнать, почему была удалена матка въ случаѣ з?

A. P. Фишеръ: въ случаѣ з обильная, не уступавшая, какъ уже сказано, никакому лѣченію, кровотеченія крайне подорвали здоровье больной, которая сама настаивала на болѣе коренномъ лѣченіи; помимо того, тѣ же кровотеченія заставляли думать о фиброматозномъ перерожденіи матки. Вырѣзанная матка оказалась, однако, только хрони-

чески воспаленюю. Такимъ образомъ, показаніемъ къ операциі въ данномъ случаѣ были упорныя кровотеченія, лишавшія больную возможноти работать, и ошибочно поставленное распознаваніе фиброміомы. Что касается до дренажа мертвыхъ пространствъ, то *A. P.*, въ противу положность проф. *Отту*, примѣняетъ его только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ всякое дренированіе лишь затягиваетъ послѣоперационное теченіе. До сихъ порь *Фишеру* не пришлось раскаиваться въ своемъ образѣ дѣйствій: онъ не наблюдалъ ни выпотовъ, ни лихорадки; наоборотъ послѣоперационное время протекало также гладко, какъ послѣ обычной оваріотоміи. Высказываясь, такимъ образомъ, противъ принятыхъ нынѣ всѣми возврѣній, *A. P.*, думаетъ, что онъ предлагаетъ не старый, а, наоборотъ, новый пріемъ.

H. I. Рачинскій замѣтилъ, что въ случаѣ з можно было бы избѣгнуть ошибки въ распознаваніи, если бы матка была настолько расшиrena, что бы въ полость ея можно было ввести палецъ и такимъ образомъ ощупать или не ощупать фиброматозный узелъ. Для остановки же кровотеченія можно было бы, при отсутствіи фиброміомы и безъуспѣшности прочихъ средствъ, примѣнить перевязку маточныхъ артерій.

D. O. Оттъ вразилъ, что онъ не можетъ согласиться съ замѣчаніемъ *Рачинскаго*. Предъявленную докладчикомъ матку едва ли бы удалось расширить на столько, что бы можно было ввести въ ея полость палецъ: она пожалуй, скорѣе разорвалась бы. Къ тому же, ощупать можно было было подслизистый узелъ, докладчикъ же имѣлъ въ виду узлы межточные. Къ сказанному присоединился и *A. P. Фишеръ*.

3) *G. П. Сережниковъ* сообщилъ случай чревосочленія при беременности въ зачаточномъ рогѣ двурогой матки жизнеспособнымъ плодомъ. (Будетъ напечатано въ «Журналѣ»).

D. O. Оттъ выразилъ сожалѣніе, что докладчикъ не успѣлъ ознакомиться со всею литературою вопроса. Насколько ему, Отту, помнится, случай докладчика, кажется единственный въ томъ смыслѣ, что изъ зачаточного рога извлечень живой, жизнеспособный плодъ.

B. H. Массенъ замѣтилъ, что при разрывѣ плодовмѣстилица, повидимому, имѣютъ значеніе не только толщина стѣнокъ, но и еще какія то другія условія: такъ, онъ наблюдалъ въ клинике проф. *K. F. Славянскаго* случай почти доношенной беременности въ трубѣ и параллельно съ нимъ разрывѣ беременного зачаточного рога.

4) *M. H. Порошинъ* сообщилъ случай беременности и родовъ, осложненныхъ рубцовымъ суженіемъ рукава. (Будетъ напечатанъ въ «Журналѣ»).

5) *M. M. Виридарская* сообщила случай *colpohyperplasiae cysticae* (*vaginitis emphysematoso*). Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ».

Предсѣдатель Оттъ.

Секретарь Личкусъ.

ПРОТОКОЛЪ № IV.

Административное засѣданіе 3-го Апрѣля 1897 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 24 члена.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № III.
- 2) По предложению *Д. О. Отта* постановлено отложить обсужденіе вопроса объ участіи Общества въ принятіи гостей XII Международнаго Съезда на слѣдующее засѣданіе, назначивъ послѣднее на основаніи § 34 Устава; предварительную же разработку вопроса рѣшено передать въ комиссию изъ предсѣдателя и его товарища.

Предсѣдатель **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЪ № 5.

*Засѣданіе 1-го мая 1897 года.*Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 24 члена: Бухштабъ, Веберъ, Верцинскій, Драні, пынъ, Заболотскій, Замшинъ, Земацкій, Какушкинъ, Личкусъ, Массенъ-Мацѣевскій, Мисевичъ, Піоторовичъ, Порошинъ, Рачинскій, Савченко, Сережниковъ, Сицинскій, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова, Фишеръ, А. Р., Хмара-Барщевскій, Швердловъ и 15 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 4.

2) *Н. I. Рачинскій* показалъ слѣдующіе препараты: а) *фібромому*, сидѣвшую подсыпокороточно на днѣ матки, удаленную чревосѣченіемъ; матка сохранена; б) *фібромому*, исходившую изъ задней стѣнки тѣла и дна матки; опухоль, вмѣстѣ съ маткой, удалена цѣликомъ путемъ чревосѣченія; в) *фібромому*, удаленную сочетаннымъ путемъ; г) 5 *фіброматозно перерожденныхъ матокъ*, удаленныхъ кускованіемъ; д) вырѣзанную черезъ рукавъ *матку, пораженную ракомъ*; е) *дермоидную кисту*, наполненную костями, покрытыми кожей; ж) *правую беременную трубу съ кистовидно перерожденными яичниками*; мѣсячныя въ этомъ случаѣ запоздали на 10 дней; затѣмъ началось кровотеченіе, длившеся 2 мѣсяца; вырѣзанная труба была наполнена кровью. Всѣ вышеупомянутыя операциіи произведены въ Клиническомъ Институтѣ, и всѣ больныя, за исключеніемъ в (*докладчикомъ*) и в (*Дранинскимъ*), оперированы *Д. О. Оттомъ*. Всѣ больныя, за исключеніемъ умершей в, поправились.

3) *Онъ-же* показалъ слѣдующіе препараты изъ Повиваль-наго Института: а) 2 *матки, пораженные ракомъ*, удаленные цѣликомъ черезъ влагалище и одну, удаленную кускованіемъ; б) *саркому яичника*, удаленную чревосѣченіемъ; г) 2 *фіброматозно перерожденные матки*, удаленные черезъ рукавъ кускованіемъ и, наконецъ; д) *сосочковую кисту яичника*, вырѣзанную путемъ чревосѣченія. Всѣ больныя, оперированныя *Д. О. Оттомъ*, поправились.

4) *A. A. Сицинский* показалъ послѣдній тройней. Женщина, 40 лѣтъ, рожавшая 10 разъ, 22/1—родила 3 мальчиковъ, изъ коихъ 2 предлежали головками, а 3 ягодицами.

Всѣ 1-го—2520	грм.,	длина 48	стм.,	окружность головки 34 ^{1/2}
" 2-го—2950	"	49 ^{1/2}	"	33 ^{1/2}
" 3-го—2060	"	47	"	31

Всѣ послѣда 1300 грм. Каждый изъ плодовъ помѣщался въ обособленномъ мѣшкѣ. Нужно думать, что оплодотворились 2 яичка, при чёмъ 2 дѣтскія мѣста слились въ одно. Родильница выписалась здоровой, на 10 день, съ 2-мя младенцами; 3-й же отъ простуды умеръ на 5 день.

5) *A. A. Драницынъ*, разобравъ различные способы лъченія пузирно-шеечныхъ свищей и очертивъ ихъ недостатки, отдалъ преимущество тому способу, при которомъ отдѣляютъ пузирь. Въ доказательство онъ привелъ слѣдующій случай, оперированный *D. O. Оттомъ*. Больная, 28 л., рожала 6 разъ; всѣ роды—очень трудные, по 2-е—3-е сутокъ; 1/2 дѣтей родились мертвыми. Послѣдніе роды, длившіеся 3-е сутокъ, были 1 годъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Сейчасъ-же послѣ этихъ родовъ—недержаніе мочи. Больная пролежала въ постели 7 недель. Черезъ 1 годъ и 9 мѣсяцевъ, какъ уже сказано, больная поступила въ Повивальный Институтъ, гдѣ распознанъ пузирно-шеечный свищъ. Послѣ поперечнаго разрѣза на шейкѣ (какъ это дѣлается при влагалищномъ вырѣзываніи матки) и отдѣленія пузиря, обнаженъ свищъ послѣдняго, съ гусиное перо. По снятіи рубца, свищъ этотъ запить погружными шелковыми швами. Свищъ шейки такимъ-же образомъ запить отдельно. Предварительный поперечный разрѣзъ запить на глухо. Полное выздоровленіе.

D. O. Оттъ, указавъ на несовершенство способовъ зашиванія пузирно-шеечныхъ свищей (*colpoclesis* и т. д.), обратилъ вниманіе присутствовавшихъ на то, что примѣненный имъ пріемъ весьма легокъ. Слѣдуетъ только заботиться о томъ, чтобы при накладываніи швовъ не захватывать слизистой оболочки пузиря, и пользоваться для погружныхъ швовъ шелкомъ, а не кэтгутомъ, который, будучи обработанъ хромовой кислотой, очень долго не разсасывается. *D. O.* приходилось черезъ 2 года послѣ операции наблюдать еще не разсосавшіяся, почти цѣлые нити кэтгута.

6) *A. A. Сицинский* показалъ весьма рѣдкій препаратъ двойного урода типа симметричнаго *janiceps*. 4/1 1897 г. въ Петергофскомъ Придворномъ Госпиталѣ, Е. К., VI-para, 38 л.,

благополучно родила весьма рѣдкій двойной уродъ—симметричнаго janus'a. Роды наступили на 7 мѣсяцѣ и были осложнены hydramnion'омъ. Никакихъ уродствъ въ семье роженицы не было. Послѣдъ одинъ—530 граммъ. Пуповина одна, короткая (20 сант.), слилась изъ 2-хъ пуповинъ. Уродъ представляеть 2 дѣвочекъ, сросшихся головами, шеями и туловищами вплоть до пупка, при чёмъ 2 головы слились въ одну голову, имѣющу 2 лица. Каждое, хорошо сформированное, лицо, составляется изъ 2 половинъ, принадлежащихъ разнымъ плодамъ. Грудная полость и верхній отдѣль живота общая; книзу же отъ пупка оба плода вполнѣ разъединены. 4 руки и 4 ноги правильно развиты. Симметрія этого урода почти совершенная. Слѣпое окончаніе одной носовой полости при отсутствіи въ ней носовой перегородки, да сообщеніе между 2 плевральными полостями и однимъ перикардіемъ—единственный и при томъ несущественный уклоненія отъ поразительно правильнаго общаго строенія симметричнаго janus'a. Въ общей мозговой массѣ, раздѣленной на 4 квадрата, нижнія поверхности лобныхъ долей, принадлежащихъ одному плоду, непосредственно переходятъ въ нижнія поверхности тѣхъ-же долей другого плода. Глотка, пищеводъ, желудокъ и верхняя половина тонкихъ кишекъ—общая для обоихъ плодовъ. Въ центрѣ общей брюшной полости происходитъ I—образное раздвоеніе общей доселѣ тонкой кишки на 2 трубы—для каждого плода отдѣльно. Толстые кишки раздѣлены для каждого плода. 2 печени, 2 селезенки, 4 почки съ надпочечными железами, 2 панкреатическія железы; 2 гортани, 4 легкихъ, 2 сердца, 2 щитовидныя железы, 2 thymus. Половые органы у каждого плода прекрасно развиты. Изъ приведенной докладчикомъ литературы за 2 послѣдняя столѣтія видно, что въ то время, какъ описанія несимметричнаго janus'a попадаются сравнительно довольно часто, случаи симметричнаго janus'a, наоборотъ, представляютъ необыкновенно рѣдкое явленіе.

7) И. Э. Шавловскій, остановившись на вопросѣ о происхожденіи двойныхъ уродовъ, показалъ: а) препарать асимметричнаго janus'a: съ одной стороны лице, а съ другой, циклопъ; б) такой-же препаратъ, въ которомъ съ одной стороны лице, а сзади 2 ушные раковины; в) такой-же препаратъ—

съ лицемъ спереди и недоразвитыми ушными раковинами сзади; г) препаратъ *janus'a* поросенка: спереди морда, сзади ухо; д) *крайне ртдкій* препаратъ симметричнаго *janus'a* изъ внѣматочной беременности; е) *препаратъ тройного урода*—съ одной стороны уродливое лицо, а съ другой—2 лица. Всѣ эти препараты хранятся въ музей В.-М. Академіи.

Д. О. Оттъ поблагодарилъ докладчиковъ за ихъ крайне интересныя сообщенія.

Предсѣдатель **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЪ № V.

Административное засѣданіе 1 мая 1897 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 24 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № IV.

2) Изложивши планъ чествованія пріѣзжихъ гостей въ С.-Петербургъ и указавши на то, что для выполненія намѣченной программы необходимы извѣстныя средства, предсѣдатель предложилъ: а) приступить къ сбору добровольныхъ по-жертвованій со стороны гг. членовъ и б) ассигновать изъ средствъ Общества хотя бы 100 рублей.

И то и другое предложеніе приняты единогласно.

3) Указавши на могущій быть недостатокъ помѣщенія для пріѣзжающихъ гостей, а также и на незнакомство послѣднихъ съ русск. мъ языкомъ, предсѣдатель предложилъ гг. членамъ не отказать, буде возможно, предоставить пріѣзжимъ свои квартиры и помочь при встрѣчѣ ихъ въ Петербургѣ для дачи надлежащихъ справокъ и разъясненій.

И то и другое предложеніе приняты къ свѣдѣнію, при чемъ помочь встрѣтить гостей предложили свои услуги ниже-поименованныя лица: *Долинскій, Земацкій, Какушинъ, Канегиссеръ, Массенъ, Мисевичъ, Порошинъ, Рачинскій, Садовскій, Сицинскій, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова, Фишеръ, А. Р. и Швердловъ.*

4) Имѣя въ виду, что предполагаемый планъ чествованія гостей въ Петербургѣ можетъ быть видоизмѣненъ, сообразно обстоятельствамъ, въ тѣхъ или другихъ частностяхъ, Общество постановило предоставить въ этомъ отношеніи полную свободу дѣйствій своему предсѣдателю и его товарищу.

5) Выслушано слѣдующее заявленіе *Н. И. Стравинской:* 18 Апрѣля сего года, по приглашенію Правленія Русскаго Хирургическаго Общества *Пирогова*, я съ д-ромъ *Алексѣемъ Павловичемъ Заболотскимъ* отправились въ качествѣ делега-

товъ Акушерско-Гинекологического Общества, въ засѣданіе вышеозначенного правленія. Въ этомъ засѣданіи принимали участіе делегаты другихъ Медицинскихъ Обществъ С.-Петербурга для обсужденія вопроса о совмѣстномъ пользованіи музеемъ *Пирогова*.

Сперва сдѣланъ былъ осмотръ зданія. Оно заключаетъ въ себѣ два большихъ зала въ два свѣта, съ галереями, могущія помѣстить до 600 человѣкъ въ каждомъ, затѣмъ обширное помѣщеніе для библиотеки и читальни, небольшое зало для засѣданій правленія или немногочисленнаго Общества приблизительно на 30 человѣкъ, двѣ уборныхъ и комнату для демонстрируемыхъ больныхъ, помѣщеніе для консерватора Музея и прислуги и наконецъ обширные подвалы. Зданіе будетъ вполнѣ закончено внутреннею отдѣлкою въ половинѣ августа сего года, когда проектируется открытие этого Музея. Все помѣщеніе отличается обиліемъ свѣта и воздуха, освѣщеніе электрическое, проведенъ водопроводъ и вообще комфортабельно приспособлено для засѣданій Обществъ.—Русское Хирургическое Общество *Пирогова* намѣreno въ одномъ большомъ залѣ помѣстить Музей, другое, равно какъ и малое зало, предоставить Медицинскимъ Обществамъ для засѣданій. Изъ сообщенія Правленія Рус. Хир. Общ. *Пирогова* видно, что годичный расходъ по содержанію зданія Музея (ремонтъ, отопление, освѣщеніе, водоснабженіе, прислуга и пр.), считая всѣ необходимые расходы въ минимальной суммѣ, вычисленъ приблизительно въ 1700 руб., изъ которыхъ 500 руб. Хирург. Общество береть исключительно на себя. Остальные 1200 р. Хирург. Общество, само необладая достаточными средствами, желало бы, чтобы Медицинскія Общества пользующіяся помѣщеніемъ въ зданіи Музея для своихъ засѣданій и библиотекъ, подѣлили между собою въ томъ размѣрѣ въ какомъ при зрѣломъ обсужденіи этого вопроса, найдутъ возможнымъ и справедливымъ. Кромѣ 500 руб., какъ сказано выше, принятыхъ на себя, Хирургическое Общество готово принять и ту долю расхода, какая придется на каждое изъ Обществъ имѣющихъ свои засѣданія въ *Пироговскомъ* Музѣ.

Соединеніе всѣхъ Медицинскихъ Обществъ подъ однимъ кровомъ, сближая ихъ съ собою и представляя значительное

удобство въ пользованіи библіотеками Обществъ, поведеть къ большей солидарности врачей и къ поднятію престижа врачебнаго сословія въ Обществѣ. Въ виду этого Хирургическое Общество обращается съ прошльбою къ Медицинскимъ Обществамъ С.-Петербурга, чтобы, обсудивъ вопросъ о пользованіи помѣщеніемъ *Пироговскаго* музея для своихъ засѣданій и размѣръ денежной суммы, которую готово принять на себя для покрытия расходовъ по содержанію зданія *Пироговскаго* Музея, сообщить въ возможно скромъ времени Хирургическому Обществу о своемъ рѣшеніи. Въ заключеніе Хирургическое Общество *Пирогова* надѣется, что Медицинскія Общества, ради обоюдной пользы, постараются примкнуть къ Хирургическому Обществу и тѣмъ поддержать въ непосильныхъ для него расходахъ.

Постановлено отложить обсужденіе этого вопроса до осени.

Предсѣдатель Оттъ.

Секретарь Личкусъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ нѣмецкой Акушерско-Гинекологической литературы.

190. A. Martin.—*Zur Kenntniss der Tubarschwangerschaft.*—Къ ученію о внѣматочнай беременності.—(Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie 1897. Januar).

Мартинъ давно указывалъ на то, что внѣматочная беременность встречается гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно предполагаютъ, и что она можетъ благополучно разрѣшиться безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. Въ этой статьѣ онъ приводить случай внѣматочной беременности, поучительный во многихъ отношеніяхъ. Дѣло касается молодой женщины, считавшей себя беременною второй мѣсяцъ, и обратившейся къ нему съ жалобами на кровотеченія. Такъ какъ рядомъ съ немного увеличенной маткою прощупывалась небольшая мягкоэластическая опухоль, то была предположена внѣматочная беременность и произведена кольпотомія. При этомъ оказалось, что опухоль не растянутая труба, а простая киста яичника. При изслѣдованіи же придатковъ другой стороны оказалось, что брюшинный конецъ трубы растянутъ какимъ то черноватымъ кровянымъ сгусткомъ величиною въ миндалину. Послѣ наложенія предварительной лигатуры на mesosalpinx труба вскрыта продольнымъ разрѣзомъ и сгустокъ извлеченъ наружу. При ближайшемъ изслѣдованіи онъ оказался разрушеннымъ плоднымъ яйцомъ, пронизаннымъ сильно перерожденными ворсинками и лейкоцитами. Послѣ извлечения сгустка труба старательно зашита, такъ что проходимость такъ и функция ея осталась неизмѣненою. Мартинъ полагаетъ, что въ этомъ случаѣ имѣлось дѣло съ двухъ—трехнедѣльною труб-

ною беременностью, которая закончилась неполнымъ трубнымъ выкидышемъ, остатки котораго подверглись въ трубѣ регрессивному перерождепію. Послѣ окончанія операциіи *Мартинъ* произвель вскабливаніе матки; изслѣдованіе высокобленныхъ массъ на десидуальныя клѣтки дало отрицательный результатъ. Безъ сомнѣнія трубная беременность въ этомъ случаѣ могла бы разрѣшиться безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. *Мартинъ* раньше придерживался строго оперативнаго направлениія и оперировалъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ былъ поставленъ діагнозъ внѣматочной беременности. Въ послѣднее же время онъ значительно измѣнилъ свою возвѣнія и сталъ примѣнять консервативный методъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно съ извѣстной долею вѣроятности предположить, что плодъ погибъ. Къ сожалѣнію однако послѣднее узнать крайне трудно, такъ какъ у насъ пѣтъ вѣрныхъ признаковъ указывающихъ на смерть плода при внѣматочной беременности. *Мартинъ* при внѣматочной беременности первыхъ мѣсяцевъ произвель влагалищную лапаротомію всего въ 4 случаяхъ, во всѣхъ съ благополучнымъ исходомъ.

Ф. Веберъ.

191. *Mandl.—Zur Kenntniss der Vaginitis gonorrhœica.—Къ ученію о гонорройномъ вагинитѣ.*—(Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaecologie 1897 Januar).

Раньше, благодаря авторитету *Вимма*, предполагали, что гонококи могутъ развиваться исключительно въ цилиндрическомъ эпителіѣ, у женщинъ значитъ только на слизистой оболочкѣ мочеиспускательного канала и шейки матки, въ то время какъ вульва и влагалище остаются интактными. Если и находили гонококовъ въ секретѣ влагалища, то объясняли это занесеніемъ гонококовъ сверху, съ шейки матки. Въ послѣднее время некоторые авторы (*Sanger, Veit, Fritsch*) стали допускать возможность развитія гонорройнаго вагинита, въ особенности у дѣтей и вообще у лицъ имѣющихъ очень нѣжную слизистую оболочку. Подтвердить это однако микроскопическимъ изслѣдованиемъ слизистой оболочки никому не удавалось. *Mandl* у трехъ женщинъ, страдавшихъ острой гоноррею и имѣвшихъ очень рѣзкія воспалительные измѣненія влагалища, вырѣзаль небольшие куски слизистой оболочки и произвель микроскопическое изслѣдованіе.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ ему удалось доказать присутствіе гонококовъ, которые проникаютъ не только черезъ всю толщу эпителіального слоя, но доходятъ даже до подъэпителіальной

соединительной ткани, где они располагаются свободно между клѣтками или же въ соединительнотканыхъ клѣткахъ и лейкопитахъ. Изъ этихъ изслѣдований *Mandl* приходитъ къ результату, что гонорройный вагинитъ существуетъ несомнѣнно, и даже встрѣчается совсѣмъ не такъ рѣдко, какъ это до сихъ поръ предполагалось. То обстоятельство, что гонококи проникаютъ въ подъэпителіальную соединительную ткань, объясняетъ, почему гонорройные заболѣванія такъ упорно противостоятъ всѣмъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ.

F. Веберъ.

192. H. Löhlein.—Ueber Axendrehungen des Uterus besonders des schwangeren Uterus.—О перекручиваніяхъ матки, въ особенности беременной матки.—(Deutsche Med. Wochenschrift 1897. № 16).

Одна изъ самыхъ частыхъ причинъ поворота матки вокругъ ея оси—старыеperi-и параметритические экссудаты, которые сморщиваясь могутъ вести къ значительнымъ смѣщеніямъ матки. Перекручиванія при этомъ однако рѣдко достигаютъ значительной степени. Послѣднее имѣеть мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, если въ близкомъ сосѣдствѣ съ маткою развиваются большія опухоли, чаще всего кисты яичника или субсерозныя міомы. Матка въ такихъ случаяхъ можетъ быть повернута вокругъ своей оси болѣе чѣмъ на 180° . *Löhlein* указываетъ на одинъ симптомъ, который никогда не отсутствуетъ при такихъ рѣзкихъ перекручиваніяхъ матки—это затрудненное и болѣшеею частью болѣнное мочеиспускание. Зависитъ это отъ того, что перекручивание не ограничивается нижней частью матки въ области внутренняго зѣва, но и захватываетъ выше лежащиі отрѣзокъ матки, спереди тѣсно связанный съ мочевымъ пузыремъ. Вслѣдствіе такого растяженія пузыря дѣятельность detrusor'a нарушается. Беременная матка уже въ нормальномъ состояніи представляетъ легкій поворотъ вправо. Разъ этотъ поворотъ очень рѣзко выраженъ и связь между шейкою и тѣломъ матки весьма разрыхлена, легко можетъ быть поставленъ не вѣрный діагнозъ и беременность признана вѣрматочною, причемъ лѣвый плотный край матки, смотрящій при этомъ поворотѣ матки кпереди, считается тѣломъ матки, растянутое же тѣло вѣрматочнымъ плодомъ. Симптомы перекручиванія могутъ стать весьма рѣзкими въ тѣхъ случаяхъ, где оба вызывающихъ момента—беременность и опухоль рядомъ съ маткою на лицо. *Löhlein* описываетъ одинъ подобный случай, где произошло перекручивание на 140° матки беременной

на пятомъ мѣсяцѣ, вслѣдствіе потягиванія лѣвосторонней кисты яичника. У этой больной отмѣчалось сильное затрудненіе при мочеиспусканіи и рѣзкій отекъ шейки матки. Послѣ удаленія кисты и раскручиванія матки больная совершенно поправилась и доносила до конца; шейка послѣ операциіи приняла нормальные размѣры. Случай *Löhlein'a* единственный въ литературѣ.

Ф. Веберъ.

193. Schmorl.—Ueber grosszellige (deciduaähnliche) Wucherungen auf dem Peritoneum und den Ovarien bei intrauteriner schwangerschaft.—О крупноклѣточныхъ разращеніяхъ на брюшинѣ и яичникахъ при беременности.—(Monatsschrift. f. Geburtshilfe u. Gynaecologie 1897. Januar).

Нѣкоторыми авторами описывались при внѣматочной беременности узловатыя мелкія утолщенія и разращенія брюшины малаго таза, которые считались особенно характерными для брюшинной беременности. *Schmorl*, подробно изслѣдовавшій брюшину малаго таза въ цѣломъ рядѣ случаевъ нормальной внутриматочной беременности, скоро пришелъ къ убѣждѣнію, что эти разращенія сплошь и рядомъ встрѣчаются при послѣдней и значитъ не составляютъ ничего характернаго для внѣматочной беременности. Эти разращенія, въ видѣ мелкихъ сѣроватыхъ бархатистыхъ бляжекъ, чаще всего находятся въ excavatio rectouterina и на поверхности яичника. На послѣднемъ эти бляжки макроскопически съ трудомъ опредѣляются вслѣдствіе бугристой поверхности яичника. Передняя поверхность матки, фалопіевы трубы а также остальная часть брюшины обыкновенно остаются неизмѣненными. Подъ микроскопамъ эти разращенія состоятъ изъ крупныхъ одноядерныхъ клѣтокъ съ многочисленными развѣтвляющимися отростками; онѣ имѣютъ большое сходство съ децидуальною тканью. Бляжки эти лежатъ непосредственно подъ эндотелемъ, который обыкновенно хорошо сохраняется. Онѣ развиваются по всей вѣроятности изъ сеединительнотканыхъ клѣтокъ подбрюшинной клѣтчатки. Послѣ окончанія беременности онѣ быстро подвергаются белковому или жировому перерожденію и исчезаютъ безслѣдно. Начало развитія этихъ разращеній совпадало съ самыми первыми стадіями беременности. Для контроля *Schmorl* изслѣдовалъ брюшину въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ матка была увеличена новообразованіями, и ни въ одномъ изъ нихъ не нашелъ этихъ разращеній.

Ф. Веберъ.

194. Abel.—Ueber Abortbehandlung.—Ол'ченіи выкидыша.—
(Berlin. Klinische Wochenschr. 1897 № 13).

Вопроſъ, какъ поступать при выкидыше во всѣхъ его различныхъ фазахъ, крайне важенъ для практическаго врача. Между тѣмъ мнѣнія выдающихся акушеровъ на счетъ лѣченія выкидыши вѣсма расходятся. *Abel* на основаніи 200 случаевъ аборта, съ успѣхомъ пользованныхъ въ его клинике, старается дать руководящую нить, которою долженъ пользоваться практическій врачъ. Дольше всего онъ останавливается на лѣченіи *abortus imperfectus*, т. е. тѣхъ случаевъ, гдѣ больныя послѣ совершившагося неполнаго выкидыша приходятъ къ врачу съ жалобами на кровотеченія, причемъ какъ наружный такъ и внутренній зѣвъ уже большею частью закрыты. Большинство врачей при помощи острой или тупой ложки старается освободить полость матки отъ его содержимаго. *Abel* считаетъ такой приемъ крайне не хирургическимъ и нерациональнымъ, такъ какъ во первыхъ вѣсма легко можетъ произойти прободеніе разрыхленной матки и во вторыхъ врачъ никогда не можетъ съ точностью сказать, удалены ли всѣ остатки плаценты или нѣтъ. *Abel* поступаетъ слѣдующимъ образомъ: онъ при тщательныхъ антисептическихъ предосторожностяхъ безъ хлороформа производить тампонацию матки посредствомъ юдоформной марли. При этомъ должно обращать вниманіе на два обстоятельства: 1) марля должна быть безусловно стерильна, 2) тампонация должна быть произведена такимъ образомъ, чтобы вся полость матки начиная съ дна ея была плотно набита. Для этого онъ пользуется узкими полосками юдеформенной марли, которая вводится въ матку посредствомъ корнцанга или особаго рода инструмента (*Uterusstopfer*). Черезъ 24 часа марля вынимается, послѣ чего палецъ всегда довольно свободно вводится въ полость матки. Подъ хлороформомъ теперь тщательно отдѣляются пальцемъ всѣ остатки плаценты и выводятся наружу. Ложку ему при этомъ ни разу не приходилось употреблять. Послѣ этой манипуляціи полость матки не промывается, а только протирается корнцангомъ съ намотанной на него ватою, смоченной въ карболовой кислотѣ. Промыванія матки, по его мнѣнію, не въ состояніи дезинфицировать полости матки; притомъ онъ часто имѣютъ скверные послѣдствія. Лихорадочное состояніе не служитъ противопоказаніемъ для тампонации матки; послѣ удаленія марли температура обыкновенно довольно быстро приходитъ къ нормѣ. *Abel* высказался въ принципѣ противъ удаленія всей матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ аборта

наступають крайне тяжелыя общія септическія явленія, такъ какъ у насъ до сихъ поръ нѣтъ точныхъ данихъ, на основаніи которыхъ можно было бы рѣшить, удалять ли матку или придерживаться выжидательного метода. Авторъ наблюдалъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ больныя оправлялись при его консервативномъ способѣ лѣченія, не смотря на существование тяжелыхъ общихъ явленій. Въ случаяхъ начавшагося аборта, который не удается остановить, *Abel* также никогда не прибегаетъ къ ложкѣ, а старается вызвать сокращенія матки плотной тампонациею влагалища. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются показанія для спѣшнаго опорожненія матки, онъ производить по *Dürssen*'у плотную тампонацию полости ея. Этимъ вызываются весьма сильныя сокращенія матки и обыкновенно по прошествіи нѣсколькихъ часовъ яйцо вмѣстѣ съ тампономъ изгоняются въ полость влагалища. Выскабливаніе матки острой ложкою онъ производить только въ случаяхъ затяжнаго геморрагического эндометрита, развивающагося послѣ аборта; но и въ этихъ случаяхъ онъ предварительно расширяетъ матку настолько, чтобы палецъ могъ ощупать всю полость ея.

Ф. Веберъ.

195. *Sfrebel*.—*Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittfrage* (Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hft. 2)—Къ рѣшенію вопроса о кесарскомъ сѣченіи.

На основаніи 10 случаевъ кесарского сѣченія наблюденныхъ въ Цюрихской клиникѣ за послѣдніе $5\frac{1}{2}$ лѣтъ съ однимъ лишь летальнымъ исходомъ, авторъ выступаетъ въ защиту кесарского сѣченія, которое въ послѣднее время было нѣсколько отодвинуто на ёдиній планъ симфизеотоміею.

С. Ю. Хазанъ.

196. *Leopold*.—*Ausgetragene secundäre Abdominalschwangerschaft nach rupura uteri traumatica im 4. Monat. Laparatomie, Genesung*.—(Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hft. 2)—Срочная брюшная беременность послѣ травматического разрыва матки въ 4 мѣсяцѣ. Лапаротомія. Выздоровленіе.

Это чуть ли не единственное въ своемъ родѣ наблюденіе касается 42 лѣтней XII рожавшей, у которой первые 8 родовъ, равно какъ родильные периоды прошли совершенно нормально, послѣдніе же трое оканчивались ручнымъ отдѣленіемъ послѣда и тяжелыми послѣродовыми заболѣваніями. Послѣ послѣднихъ родовъ въ 1886 г. на 37 году жизни больная потеряла регулы, что однако не помѣшало ей черезъ 5 лѣтъ зачать снова. Приблизи-

тельно за 2—3 недѣли до того, какъ больная стала чувствовать движение плода, она упала съ лѣстницы и сильно ушибла крестецъ. Отъ этого ушиба она очень скоро поправилась, но съ наступлениемъ движений плода у нея появились страшные боли въ животѣ, которые продолжались полные 18 недѣль и прекратились, лишь со смертью плода за три недѣли до поступления больной въ клинику. Съ этого времени больная стала жаловаться на общее недомоганіе, головные боли и лихорадку. Такъ какъ всѣ данные изслѣдованія, въ особенности возможность ясно ощущать швы и роднички головки черезъ брюшные покровы, ставили диагнозъ внематочной беременности вѣвъ всякаго сомнѣнія, то было приступлено къ ляпотомии. Тутъ только разъяснилось, что беременность раньше развивалась въ маткѣ, ибо въ брюшной полости оказался лишь плодъ, между тѣмъ какъ дѣтское мѣсто оставалось еще въ полости матки. Желая какъ можно скорѣе окончить операцию, L. вынувшись матку вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ и это дало ему возможность изслѣдовать подробнѣе края отверстія матки, черезъ которое проходилъ пупочный канатикъ и такимъ образомъ лучше ориентироваться относительно послѣдовательного развитія происходившихъ тутъ явлений. По мнѣнію L. дѣло происходило слѣдующимъ образомъ. При паденіи и ударѣ матки объ острый край promontorium'a произошло лишь прободеніе ослабленной предыдущими трудными родами маточной стѣнки, между тѣмъ какъ яйцо осталось цѣлымъ, и все болѣе выдѣляясь черезъ образовавшееся отверстіе, большей своей окружностью прошло вмѣстѣ съ плодомъ въ брюшную полость.

C. Ю. Хазанъ.

197. Hohl.—Zur Behandlung von Ovariatlumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.—(Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hft. 2) Къ лѣченію опухолей яичниковъ во время беременности, родовъ и послѣродового периода.

Всѣ авторы согласны въ томъ, что для предупрежденія могущихъ возникнуть осложненій диагностированную во время беременности опухоль яичниковъ слѣдуетъ немедленно удалить, ибо съ одной стороны беременность не ухудшаетъ прогноза операции, а съ другой стороны прерываніе беременности наблюдается лишь въ незначительномъ числѣ случаевъ (20—22%). Исключение слѣдуетъ дѣлать лишь для опухолей развивающихся между листками lig. lati или богатыхъ сращеніями, при которыхъ можетъ быть полезно производство преждевременныхъ родовъ. Когда

же новообразование диагностируется лишь во время родового акта и дело идет о небольшой вкоченной въ полость малаго таза опухоли, то прежде всего необходимо попробовать исправить опухоль, лучше всего подъ наркозомъ, отнюдь однако не форсировя исправления, такъ какъ разрывъ опухоли, особенно дермоидной, явление весьма нежелательное. Когда же исправление не удается, слѣдуетъ приступить къ прободенію опухоли или къ инцизіи. При твердыхъ же опухоляхъ приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Что касается наконецъ вопроса о томъ какъ поступить съ опухолью, то и въ томъ и въ другомъ случаяхъ, т. е. какъ при пункции такъ и при кесарскомъ сѣченіи, слѣдуетъ, смотря по обстоятельствамъ, приступить къ овариотоміи или сейчасъ или же въ позднѣйшіе дни родильного периода.

C. IO. Хазанъ.

198. Saft.—Beiträge zur Puerperalfieberfrage I. Zur Prophylaxe und therapie des Wochenbettfiebers.—(Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hft. 3).—Къ вопросу о родильной горячкѣ. I. Къ предупрежденію и лѣченію родильной горячки.

Результаты, полученные въ Бреславльской провинціальной школѣ для акушерокъ, гдѣ какъ при родахъ такъ и въ родильномъ періодѣ всякия внутрення манипуляціи доведены до minitum'a и соблюдаются лишь строгая субъективная антисептика и гдѣ вслѣдствіи тщательной термометріи отъ вниманія наблюдателей не ускользаетъ малѣйшее повышение t^0 , вполнѣ заслуживають вниманія при решеніи спорныхъ вопросовъ о предупрежденіи и лѣченіи родильной горячки. За періодѣ времени съ 1 октября 1894 г. по 1-е февраля 1896 г. было 879 родовъ; умерла отъ сеписа одна=0,11%, имѣли повышенія t^0 233=25,37%. Что касается вліянія внутренняго изслѣдованія и оперативныхъ манипуляцій на теченіе родильного періода, то въ общемъ оно не велико и выражается лишь увеличеніемъ заболѣваемости въ размѣрѣ 3,86% противъ процента заболѣваемости женщинъ, которыхъ не изслѣдовали. Но если группировать повышенія температуры по степени ихъ серьезности, то оказывается, что у родильницъ, которыхъ изслѣдовали тяжелыхъ заболѣваній было почти въ 3 раза больше, чѣмъ у неизслѣдованныхъ, а еще больше у оперированныхъ, у которыхъ впрочемъ и общий процентъ заболѣваемости болѣе высокий чѣмъ у другихъ родильницъ. Заключенія, которыя авторъ выводитъ изъ своихъ наблюдений сводятся къ слѣдующему: влагалище каждой здор-

вой роженицы хотя и содержитъ микроорганизмы, но отнюдь не такие, которые бы отличались особенной злокачественностью и потому должно считаться асептическимъ. Предупрежденіе лихорадочныхъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ должно сводиться къ ограниченію внутренняго изслѣдованія, къ возможно выжидательному веденію родовъ, къ соблюденію строгой субъективной антисептики и къ ограниченію объективной антисептики лишь областью наружныхъ половыхъ органовъ. Наконецъ авторъ подвергаетъ также строгой критикѣ употребляемый въ другихъ клиникахъ методъ объективной антисептики въ родильномъ періодѣ, совѣтуя и тутъ воздерживаться отъ всякихъ внутреннихъ спринцеваній, польза отъ которыхъ весьма проблематична, а вредъ не подлежитъ никакому сомнѣнію.

C. Ю. Хазанъ.

199. Baum. Beiträge zur Puerperalfieberfrage. II. Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe.—(Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hft 3).—Къ вопросу о родильной горячкѣ. II. Объ асептицѣ и антисептицѣ въ акушерствѣ.

Послѣ того, какъ доказано, что даже у родильницъ, которыхъ не изслѣдовали при родахъ, процентъ заболѣваемости (если подъ заболѣваемостью понимать всякое повышение температуры) превышаетъ 20 и болѣе, не можетъ быть болѣе никакого сомнѣнія въ томъ, что различный процентъ заболѣваемости замѣчаемый въ различныхъ клиникахъ менѣе всего обусловливается неодинаково строгимъ примѣненіемъ правилъ дезинфекціи. Авторъ вполнѣ соглашается съ *Ahlfeld'*омъ въ томъ, что ближайшая причина разбираемаго явленія зависитъ отъ неодинаково тщательно производимаго измѣренія t^0 въ различныхъ клиникахъ и, что если измѣрять t^0 въ прямой кишкѣ, то процентъ заболѣваемости выше 20 получать даже тѣ клиники, которые при обыкновенномъ способѣ измѣренія имѣютъ столь блестящіе результаты. Что же касается источника и значенія этихъ столь частыхъ повышеній t^0 , то авторъ склоненъ видѣть здѣсь известный актъ самозароженія, обусловливаемый присутствиемъ во влагалищѣ наряду съ совершенно невинными и нѣсколько ядовитыми микробами, только эти послѣдніе никогда не ведутъ къ тяжелымъ заболѣваніямъ (до сихъ, порѣ, по крайне мѣрѣ, авторъ этого не наблюдалъ), такъ что необходимо принять, что родильницы, которыхъ не изслѣдовали, если и заболѣваютъ, то отнюдь не серьезно. Но если при обыкновенныхъ условіяхъ влагалище содер-

житъ хотя и не совсѣмъ невинныхъ, по все же не опасныхъ микробовъ, то дѣло совершенно измѣняется при измѣненіи нормальныхъ условій. Количество и преимущественно качественное увеличеніе заболѣваемости послѣ различного рода манипуляцій и особенно послѣ оперативного вмѣшательства, когда дезинфекція, нужно полагать, еще болѣе тщательная чѣмъ при внутреннемъ изслѣдованіи, заставляетъ автора думать, что пораненія, которыя имѣютъ мѣсто при неумѣломъ изслѣдованіи и особенно при оперативныхъ пріемахъ рождаютъ почву, на которой обитатели влагалища получаютъ болѣе ядовитыя свойства. Отсюда слѣдуетъ необходимость избѣгать по мѣрѣ возможности всякихъ внутреннихъ манипуляцій. Это обстоятельство однако не должно заставить прибѣгать къ дезинфекціи половыхъ путей, ибо помимо того, что при обыкновенныхъ условіяхъ обитателей влагалища бояться нечего, удаленіе ихъ оттуда, какъ показали опыты, физически невозможна. Наконецъ, авторъ касается жгучаго вопроса о лучшемъ способѣ дезинфекціи рукъ. Убѣдившись путемъ контрольныхъ опытовъ въ томъ, что почти въ половинѣ случаевъ руки послѣ дезинфекціи не становятся бесплодными, авторъ предпринялъ цѣлую серію наблюденій и пришелъ къ заключенію, что спиртъ является лучшимъ обезпложивающимъ руки средствомъ.

C. Ю. Хазанъ.

200. Mand.—Beitrag zur Frage des Verhaltens der Uterus mucosa während der Menstruation.—(Arch. f. Gyn. Bd. 52 Hfl 3).—**Къ вопросу о состояніи слизистой оболочки матки во время менструациіи.**

На основаніи своихъ изслѣдованій, объектомъ для которыхъ ему послужили свѣжіе препараты вылущенныхъ во время менструаціи матокъ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ относительно еще понынѣ спорнаго вопроса о состояніи слизистой оболочки матки во время мѣсячныхъ. Всегда почти можно находить дефекты эпителіального покрова, но степень интенсивности этого процесса не всегда одинакова. Въ дѣлѣ разрыхленія эпителія не малую роль играютъ, можетъ быть, проникающія между его элементами бѣлыя тѣльца. Находимыя въ эпителіальныхъ клѣткахъ покрова картины дѣленія несомнѣнно указываютъ на то, что въ процессѣ регенерации участвуютъ и клѣтки эпителіального покрова. Во время менструаціи происходитъ не только потеря эпителія, но и элементовъ межжелезистой ткани. Жиръ въ весьма различномъ количествѣ встрѣчается

не только въ эпителіи но и въ межжелезистой и даже въ мышечной ткани. Измѣненія претерпѣваемыя эпителіальными элементами (увеличение въ объемѣ, передвиженіе ядра и т. д.) находятся въ тѣсной связи съ усиленнымъ слизеотдѣленіемъ.

C. Ю. Хазанъ.

201. Strassmann.—Ueber die Geburt der Schultern und über den Schlüsselbeinschnitt (Cleidotomia).—(Arch. f. Gyn. Bd. 53 Hft. 1).—О выхождении плечъ и о разрѣзѣ ключицы.

Только при очень скорыхъ родахъ, крѣпкихъ потугахъ и маломъ плодѣ оба плеча вступаютъ въ тазъ одновременно въ поперечномъ или косомъ диаметрѣ. Обыкновенно же выхожденіе плечъ совершается по опредѣленному механизму. Сперва рождается то плечо, которое находится у лоннаго соединенія и въ то время какъ оно опирается о лонное соединеніе, второе плечо проскальзываетъ по промежности. Если бы мы, значитъ, захотѣли подражать этому механизму, то намъ слѣдовало бы по рождѣніи головки прежде всего наклонить эту послѣднюю внизъ, для того, чтобы переднее плечо могло выйти изъ подъ промежности и лишь по рожденіи этого плеча опять поднять головку вверхъ, чтобы дать возможность проскальзнутъ второму плечу. Но обыкновенно ничего подобнаго дѣлать не приходится, такъ какъ механизмъ этотъ совершается однѣми силами природы, т. е. первою же слѣдующей за рожденіемъ головки потugoю или напряженіемъ брюшнаго пресса. Впрочемъ даже тамъ, где однѣхъ силъ природы не достаточно, можно еще вывести плечики помощью наружнаго давленія (*expressio*). Лишь тогда, когда это послѣднее не ведеть къ цѣли и когда поестественному дѣлу идетъ о серьезнѣмъ пространственномъ несоответствіи между тазомъ и плечиками, приходится прибѣгнуть къ извлечению. Не потягивая за головку и лишь обхвативъ ее со стороны затылка, закладываютъ указательный палецъ въ близко лежащую подмышечную впадину и потягиваютъ внизъ, а затѣмъ такимъ же образомъ поступаютъ съ вторымъ плечомъ которое тянуть по направлению кверху. Когда плечики стоятъ еще высоко, извлеченіе удается лишь по освобожденіи одной или обѣихъ верхнихъ конечностей, что является особенно необходимымъ при уродствахъ. Тамъ наконецъ, где извлеченіе не удается или где вслѣдствіе сильнаго растяженія нижнаго отрѣзка матки излишнія манипуляціи являются опасными, приходится прибѣгать къ уменьшенію объема предлежащей части. Это удается лучше всего при помощи пред-

ложенной *Феноменовыи* операци, а именно cleidotomy. Въ двухъ случаихъ авторъ достигъ цѣли уже послѣ разрѣза одной ключицы.

C. Ю. Хазанъ.

202. Köstlin.—Beiträge zur Frage des Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Aetiologie der Mastitis.—(Arch. f. Gyn. Bd. 53. Hfl. 2).—Къ вопросу о содержаніи микроорганизмовъ въ женскомъ молокѣ и къ этиологии грудницы.

Авторъ предпринялъ изслѣдованія молока не только родильницъ, но и беременныхъ и дѣтей; кроме того онъ обращалъ вниманіе на присутствіе микроорганизмовъ въ области соска а равно на то, кормила-ли уже данная особа или нѣтъ. Ходъ его изслѣдованій былъ приблизительно слѣдующій: прежде всего изслѣдовалось содержимое сосковой области, затѣмъ послѣ тщательной дезинфекціи соска брали для изслѣдованія выдавленное молоко, первую порцію котораго оставляли безъ употребленія. Всего были такимъ образомъ изслѣдованы груди у 100 беременныхъ, 137 родильницъ и 60 дѣтей. Оказалось, что молоко новорожденныхъ въ 75%, беременныхъ въ 86% а родильницъ въ 93% содержитъ микробы. Самымъ частымъ микроорганизмомъ является *staphylococcus albus*, именно тотъ, который чаще всего попадается на соскѣ. На содержаніе микроорганизмовъ въ молокѣ родильницъ повидимому не вліяетъ ни число родовъ, ни богатство растительности на сосковой области, ни присутствіе или отсутствіе трещинъ, ни промежутокъ времени лежащей между изслѣдованиемъ и послѣднимъ кормленіемъ, ни количество взятаго для опыта молока и т. п. Лишь присутствіе экскоріації вліяетъ повидимому на болѣе частое нахожденіе въ молокѣ *staph. aureus*. Все говоритьъ за то, что внѣдреніе бактерій происходитъ извнѣ, изъ области соска, а болѣе частое загрязненіе молока родильницъ и преимущественно болѣе частое присутствіе у нихъ *staph. aureus* заставляетъ думать, что послѣродовая отдѣленія здѣсь играютъ не послѣднюю роль. Присутствіе микробовъ въ молокѣ повидимому не вредитъ ни матери ни ребенку. Причину этого явленія что, не смотря на столь частое нахожденіе гноеродныхъ микробовъ, молоко не закисаетъ, нужно искать въ присутствіи лейкоцитовъ равно какъ и въ томъ обстоятельствѣ, что молоко соприкасается съ живою тканью. Другое дѣло если микробы попадаютъ черезъ поврежденія кожи въ лимфатическое пространство; тогда, смотря по качеству микробовъ, образуется или обыкновенная mastitis обусловливаемая стафилококками или

рѣдкая форма позадигрудного абсцесса обусловливаемая стрептококками. Принимая такимъ образомъ зараженіе микробами черезъ поврежденную кожу соска единственной причиной грудницы, авторъ категорически утверждаетъ, что грудница безъ микробовъ совершенно немыслима.

C. Ю. Хазанъ.

203. Gottschalk.—Ueber die Castrations atrophie der Gebärmutter.—(Arch. f. Gyn. Bd. 53 Hft. 2).—Объ атрофії матки послѣ кастрації.

При скучности нашихъ свѣдѣній не только относительно причины атрофії матки послѣ кастрації но и относительно ближайшаго характера происходящихъ при этомъ измѣненій въ строении матки, работа *G.* заслуживаетъ особаго вниманія. Объектомъ для изслѣдованія послужилъ препаратъ вылущенной *per vaginam* матки у особы, у которой $2\frac{1}{2}$ года тому назадъ были удалены adnexa. Уже микроскопически рѣзко выступаетъ атрофія слизистой оболочки матки при общемъ уменьшениі органа. То же замѣчается при микроскопическомъ изслѣдованіи. Особенно рѣзко выступаетъ атрофія слизистой оболочки въ тѣлѣ матки, где она выражается въ уменьшениі толщины оболочки, въ оскудениі межжелезистой ткани клѣточными элементами, въ потерѣ мерцательного эпителія, въ уменьшениі железъ и въ уплощеніи эпителія. Въ сравненіи со слизистой оболочкой мускулатура тѣла матки представляеть мало измѣненій. Совсѣмъ другое замѣчается въ маточной шейкѣ; тутъ слизистая оболочка сравнительно мало измѣнена, за то мускульные элементы замѣтно оскудѣли. При внимательномъ изслѣдованіи сосудовъ и преимущественно строенія ихъ стѣнокъ автору не удалось констатировать ни endarteritis obliterans (Benckiser) ни гіалиннаго перерожденія, ни наконецъ замѣтной атрофіи сосудистой мускулатуры. Единственное что бросалось въ глаза, это сильное развитіе складокъ въ intima и соотвѣтствующее этому суженіе просвѣта сосудовъ, которое обусловливается увеличеннымъ тонусомъ сосудистой стѣнки. Въ этихъ-то измѣненіяхъ *G.* склоненъ видѣть ближайшую причину атрофії матки послѣ кастрації. Онъ именно того мнѣнія, что для того, чтобы матка сохранила величину и консистенцію, которая ей присуща въ периодѣ половой зрѣлости женщины, она нуждается въ периодическомъ ослабленіи своихъ вазомоторовъ, какъ это бываетъ при процессѣ овуляціи. Когда-же овуляція прекращается, то вмѣстѣ съ тѣмъ прекращается и периодическое ослабленіе вазомоторовъ, или, что все равно, периодическое переполненіе

ніє сосудовъ кровью, и сосудистая стѣнка вслѣдствіе этого пре-
бываетъ въ равномѣрно увеличенномъ тонусѣ, который имѣетъ
своимъ ближайшимъ послѣдствіемъ плохое переполненіе сосудовъ
кровью, что въ свою очередь ведетъ за собою атрофию органа.

C. Ю. Хазанъ.

204. Schaeffer.—Ueber Blutergüsse in den Wirbelkanal bei Neugeborenen und deren Ursachen.—(Arch. f. Gyn. Bd. 53 Hft. 2).—О кровоизліяніяхъ въ позвоночный каналъ у новорожденныхъ и объ ихъ причинахъ.

Поводомъ къ настоящему изслѣдованію послужилъ возбужден-
ный Knapp'омъ (Centr. f. Gyn. 1896 № 28) вопросъ о вліяніи
метода Schultze при оживленіи мнимоумершихъ дѣтей на проис-
хожденіе кровоизліяній въ позвоночный каналъ. Хотя авторъ
вполнѣ соглашается съ заключеніемъ Knapp'a что надлежашимъ
образомъ выполненный даже многочисленныя качанія не необхо-
димо влекутъ за собою разбираемыя кровоизліянія, онъ для изу-
ченія ближайшихъ причинъ этихъ кровоизліяній тѣмъ не менѣе
предпочелъ воспользоваться матеріаломъ вскрытій того времени,
которое предшествовало введенію метода Schultze. Выводы, къ
которымъ приходитъ авторъ на основаніи 17 протоколовъ
вскрытій имѣютъ не только теоретическій но и практическій
интересъ. Оказывается именно, что при асфиксіи равно какъ
при недоношенности плода каждое болѣе сильное механическое
вмѣшательство въ родовой актъ, въ особенности же извлеченіе
можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ возникновеніе разбираемыхъ
кровоизліяній. Вотъ почему авторъ на ряду съ другими предос-
торожностями (умѣлое наложеніе щипцовъ, предупрежденіе ин-
фекціи новорожденнаго) горячо ратуетъ за замѣну приема *Mari-*
riceau-Smellie-Veit приемомъ выдавливанія головки, предложеннымъ
Wiegand'омъ, A. Martin'омъ и v. Winckel'емъ.

C. Ю. Хазанъ.

Редакторы:	{	Л. Личкусъ.
	}	К. Славянскій.
		Д. Оттъ.

Въ редакцію поступили и переданы въ *библиотеку*
слѣдующіе отдѣльные оттиски и книги:

- 1) *Penzoldt* и *Stintzing*. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Вып. 22. Переводъ *A. Ф. Самойлова*, изданіе И. Л. Риккера. Спб., 1897 г.
- 2) Протоколы ИМПЕРАТОРСКАГО Виленскаго Медицинскаго Общества за 1896 годъ, съ приложеніями.
- 3) *A. Эберлингъ*. О полномъ вылущеніи черезъ влагалище раковой матки по пинцетному способу. Отд. оттискъ изъ „Медицинскаго Обозрѣнія“, 1897, августъ.
- 4) *Arnold Sack*. Über weitere Erfahrungen mit Ichthalbin. Отд. оттискъ изъ „Monatshefte für Practische Dermatologie“, сентябрь, 1897 г.
- 5) *B. A. Вастенъ*. Rapport sommaire sur le service de la section gyné-cologique de l'hôpital d'Oboukhof pendant l'année 1895. Спб. 1897 г.
- 6) *E. C. Гребенюкъ*. Совѣты мужчинамъ и женщинамъ какъ предохранять себя отъ зараженія сифилисомъ и венерическими болѣзнями. Спб. 1897 г.
- 7) Медицинскій сборникъ, издаваемый ИМПЕРАТОРСКИМЪ Кавказскимъ Медицинскимъ Обществомъ. № 60. Тифлисъ, 1897 г. (2 экземпляра).
- 8) Протоколы Харьковскаго Медицинскаго Общества. №№ 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 и 19.
- 9) Труды Харковскаго Медицинскаго Общества за 1895 г. Выпускъ 2-й. Харьковъ, 1895 г.
- 10) *A. Л. Мендельсонъ*. Полюстрово, какъ курортъ и его лѣчебныя средства. Спб. 1897 г.
- 11) *Э. Маркъ*. Отчетъ за 1896 годъ. № 145.