

ПРОТОКОЛЫ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ шестой).

ПРОТОКОЛЬ № 12.

Засѣданіе 11-го апрѣля 1891 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 39 членовъ: Бацевичъ, Биддеръ, Вастень, Верцинскій, Виридарскій, Воробьевъ, ВOFFъ, Гермоніусъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добровольскій, Довнаровичъ, Желтухинъ, Заболотскій, Круковичъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мазуркевичъ, Массенъ, Оттъ, Піотровичъ, Поповъ, Радецкій, Ростковскій, Савченко, Салмановъ, Смольскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Урвичъ, Фишеръ А., Фраткинъ, Чернышевъ, Штоль, Штольцъ. Ямпольскій и 20 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 11.

2) *О. В. Прокофьева* сдѣлала сообщеніе „*къ казуистикѣ перекручиванія ножки при кистахъ яичника*“. Изъ наблюдавшихся докладчицей случаевъ перекручиванія ножки она сообщаетъ о двухъ. Въ первомъ дѣло шло о 35-лѣтней больной, родившей во второй разъ годъ тому назадъ. Послѣ послѣдней беременности больная стала чувствовать по временамъ чрезвычайно сильныя боли внизу живота. Онѣ являлись приступами,

сопровождаясь даже потерей сознания, холоднымъ потомъ и т. д., и повторялись разъ 5—6 въ годъ. При изслѣдованіи, замѣчена справа отъ матки опухоль, величиною съ гусиное яйцо; она рѣзко увеличивалась вѣ время болевыхъ приступовъ. Лѣвый яичникъ—съ голубиное яйцо. Диагнозъ—перекрученная ножка кисты праваго яичника, которая и дѣйствительно оказалась при чревосѣченіи повернутой на $1\frac{1}{2}$ оборота. Удалены кисты (дермоидныя) обоихъ яичниковъ; выздоровленіе на 17-й день. Въ другомъ случаѣ перекручиваніе было распознано у 22-лѣтней больной, почувствовавшей послѣ физическаго напряженія сильную боль внизу живота слѣва. Оказалось, что больная, менструировавшая съ 16-лѣтняго возраста правильно, за послѣдніе 7—8 мѣсяцевъ стала замѣчать уменьшеніе регулъ, какъ въ количествѣ, такъ и въ продолжительности. Слева отъ матки прощупывается опухоль въ два кулака, на длинной ножкѣ. Чревосѣченіе, произведенное докладчицей, показало присутствіе однополостной кисты, ножка которой перекручена въ $2\frac{1}{2}$ раза. Киста удалена. Правый яичникъ, содержавшій нѣсколько мелкихъ кистъ, оставленъ, послѣ того какъ послѣднія были проколоты. Больная выздоровѣла черезъ три недѣли.—Препараты обоихъ случаевъ демонстрированы Обществу.

А. Я. Крассовскій спросилъ, было-ли достаточно основаній въ первомъ изъ доложенныхъ случаевъ приписывать сказанные болевые приступы именно перекручиванію ножки; не было-ли здѣсь какого нибудь другого страданія, ничего общаго съ кистой яичника не имѣвшаго, напримѣръ, въ печени или въ почкахъ, и отнесеннаго къ заболѣванію яичника лишь вслѣдствіе одновременности.

Д. О. Оттъ видитъ особый интересъ перваго случая, сообщеннаго *О. В. Прокофьевой*, въ томъ, что характеръ болей, вызванныхъ перекрутившейся ножкой кисты, не былъ таковымъ, какъ это обыкновенно бываетъ при этомъ состояніи. Наблюдавшіеся болевые приступы вполнѣ симулировали печеночныя или почечныя колики. Съ этой стороны доложенный случай несомнѣнно представляетъ извѣстную цѣну по отношенію къ симптоматологій перекручиванія ножки овариальныхъ кистъ.

На сомнѣніе, высказанное *А. Я. Крассовскимъ*, о томъ, что указанный симптомъ можетъ быть не находился въ зависимости отъ наблюдавшагося перекручиванія, можно привести слѣдующія данныя, которыя, вполнѣ исключая подобное сомнѣніе, съ очевидностью говорятъ въ пользу зависимости бо-

левыхъ приступовъ именно отъ перекручиванія ножки кисты и съ происшедшими отъ этого измѣненіями въ паренхимѣ ячника. Во-первыхъ, самое тщательное наблюденіе за больной до операціи, а также въ теченіе послѣдующихъ послѣ операціи мѣсяцевъ, не дало никакихъ симптомовъ, говорящихъ за присутствіе почечныхъ или желчныхъ камней. Конкрементовъ не найдено ни въ испражненіяхъ, ни въ мочѣ, микрохимическій составъ которой не давалъ никакихъ указаній на этотъ счетъ. Во-вторыхъ, отчетливая локализація боли въ пораженномъ ячникѣ, быстрое увеличеніе его объема, а также и тѣ глубокія измѣненія, которыя найдены въ пораженномъ ячникѣ (apoplexia ovarii) во время операціи и, наконецъ, полное исчезновеніе болѣзненныхъ симптомовъ со времени произведенной овариэктоміи позволяютъ безошибочно признать истинную причину болѣи въ перекручиваніи ножки.

3) *В. В. Строгоновъ* сообщилъ о случаѣ атрезіи дѣвственной плевы. Больной около 16 лѣтъ. Первые боли въ животѣ, совпавшія съ началомъ развитія грудныхъ желѣзъ, появились два года назадъ и повторялись приблизительно черезъ мѣсяць, принявъ впослѣдствіи болѣе постоянный характеръ; съ годъ замѣчается увеличеніе живота. Наружные половые органы развиты мало; дѣвственная плева безъ отверстія, нѣсколько выпячена. Опухоль поднимается на $1\frac{1}{2}$ пальца выше пупка, выполняя почти весь малый тазъ и сдавливая прямую кишку; ясная флюктуація. Диагнозъ—haematocolpos et haematometra ex atresia hymenis. Вопросъ о существованіи haematosaplinx'a оставленъ открытымъ до предварительной операціи, которая, въ случаѣ нормальности трубъ, должна была быть и окончательной. Именно, предполагалось сдѣлать небольшое отверстіе въ плевѣ и, по истеченіи первыхъ порцій жидкости, изслѣдовать состояніе трубъ и приступить къ чревосѣченію, въ случаѣ ихъ разрыва; если-же haematosalpinx окажется цѣлымъ, то подождать самопроизвольнаго опорожненія трубы въ полость матки. Мѣстно—вырѣзать большой кусокъ изъ дѣвственной плевы и, сшивъ слизистую оболочку влагалища съ таковою-же наружной поверхности плевы, затампонировать влагалище іодоформной марлей. Тампонація должна была, предохраняя отъ поступленія воздуха, способствовать въ силу волосности истеченію содержимаго опухоли. По этому плану операція и произведена; трубы въ опухоли участія не принимали. На 15-й день боль-

ная выздоровѣла. Выдѣлившаяся жидкость изслѣдована химически, микроскопически и бактеріологически.

А. Я. Крассовскій сказалъ, что онъ обыкновенно въ этихъ случаяхъ просто прокалывалъ зарощенную плеву троакаромъ или дѣлаетъ крестообразный разрѣзъ, не страшась особенно haematosalpinx'овъ, до которыхъ дѣло доходитъ рѣдко, такъ какъ больныя уже рано обращаются за помощью. Изъ двухъ видовъ атрезій—перепончатыхъ и мясистыхъ, послѣднія обыкновенно бываютъ приобретенныя, на примѣръ, послѣ дифтерита, а первыя—врожденные (къ такимъ, вѣроятно, относится и случай докладчика); эти бываютъ иногда очень непрочны. Такъ, онъ помнитъ одинъ случай, гдѣ плева разорвалась уже при самомъ осторожномъ раздвиганіи губъ для изслѣдованія. Высоколежащія атрезіи трудно диагностируются.

И. И. Смольскій замѣтилъ, что тампонацію послѣ операціи, по крайней мѣрѣ, для тѣхъ случаевъ, гдѣ уже существуетъ haematosalpinx, онъ не считаетъ рациональной, такъ какъ присутствіе тампона, постоянно раздражая стѣнки полового канала, вызываетъ сокращенія не только влагалища и матки, но и трубъ, что можетъ благопріятствовать ихъ разрыву со всѣми опасными его послѣдствіями. Касательно-же предохраненія отъ сепсиса надо помнить, что прежде послѣ подобныхъ операцій ничего не дѣлали, и загниваніе стекающаго кровянистаго скопленія не наступало. Во всякомъ случаѣ, рациональныя дезинфицирующія спринцеванія вполне могутъ съ этою цѣлью замѣнить тампонацію, не имѣя за собой риска вызвать иногда нежелательныя сокращенія трубъ.

В. В. Строгоновъ согласился съ замѣчаніемъ *А. Я. Крассовскаго*, что констатированіе глубоко находящихся атрезій у новорожденныхъ дѣвочекъ слѣдуетъ признать непримѣнимымъ; напротивъ того осмотръ наружныхъ половыхъ частей для констатированія поверхностно-лежащихъ атрезій вполне примѣнимъ и цѣлесообразенъ. Эпителіальныя спайки могутъ переходить, по *Breisky*, въ болѣе плотныя соединительно-тканныя и то, что въ раннемъ дѣтствѣ легко разъединимо, можетъ потребовать серьезной операціи въ періодъ зрѣлости. Къ подобнымъ случаямъ, вѣроятно, относится и упомянутый *А. Я. Крассовскимъ*, гдѣ отъ незначительной силы спаявшіяся части разъединились при одномъ осмотрѣ. Кромѣ того операція атрезій въ незапущенныхъ случаяхъ даетъ благопріятный исходъ, между тѣмъ какъ общая смертность при этихъ операціяхъ громадна, какъ показываетъ статистика. Докладчикъ не соглашается съ мнѣніемъ *И. И. Смольскаго*, что спринцеванія лучше защищаютъ отъ сепсиса, чѣмъ тампонъ, при вышеизложенныхъ условіяхъ. Дезинфицирующія спринцеванія отвергнуты, какъ вредныя, при нормальномъ теченіи послѣродового періода, съ которымъ описанный случай имѣетъ много сходнаго. Кромѣ того, абсолютно дезинфицирующее дѣйствіе ихъ происходитъ только при такихъ манипуляціяхъ, которыя здѣсь не могутъ быть примѣнимы. А обычныя спринцеванія, какъ доказано многочисленными авторами, съ чѣмъ согласны и бактеріологическія наблюденія докладчика въ клиникѣ проф. *Отта*, не убиваютъ всѣхъ микроорганизмовъ. Удовлетвори-

тельное дѣйствіе тампона доказывается какъ теченіемъ даннаго случая, такъ и сотнями тѣхъ операций надъ половыми органами, при которыхъ *Д. О. Оттъ* примѣняетъ тампонацію и которыя протекають безлихорадочно и вполне благопріятно.

4) *Д. О. Оттъ*, говоря «о нѣкоторыхъ видоизмѣненіяхъ оперативной техники при hysteromyotomii», указалъ на слѣдующія внесенныя имъ особенности. Послѣ предварительной дезинфекціи канала шейки и выскабливанія его слизистой оболочки докладчикъ прижигаетъ его на всемъ протяженіи *Raquelin*'омъ, чѣмъ устраняется возможность первичнаго зараженія. Послѣ удаленія опухоли на шейку накладываются въ поперечномъ къ ней направленіи 2—4 шва, не захватывающія полости канала; такимъ образомъ, оставляя сообщеніе между влагалищемъ и полостью брюшины, онъ болѣе застрахованъ отъ могущаго быть кровотеченія. Отъ вторичнаго зараженія предохраняетъ вводимый въ каналъ шейки на 4—5 дней іодоформный фитиль, который къ тому-же служитъ и для стока жидкости. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ докладчикъ оперировалъ по этому способу, наступило полное выздоровленіе.

Препараты демонстрированы Обществу.

Н. М. Стельмаховичъ сказалъ: Такъ какъ по словамъ докладчика, іодоформный фитиль остается въ цервикальномъ каналѣ около 5 дней послѣ операции, и лишь послѣ извлеченія его происходитъ слипчивое воспаленіе слизистой оболочки цервикальнаго канала (при благопріятномъ теченіи?), то мнѣ кажется, что предложенная оперативная техника, отдаляя время разобщенія брюшной полости отъ влагалища, уступаетъ въ этомъ отношеніи прежнимъ методамъ, при которыхъ разобщеніе производится во время самой операции. Что же касается до того, что предлагаемый методъ далъ докладчику уже 3 случая съ благопріятнымъ послѣоперационнымъ теченіемъ, то и прежніе методы операционной техники давали докладчику хорошіе исходы, даже болѣе чѣмъ въ трехъ случаяхъ сряду.

К. Г. Штолъ замѣтилъ: Прослушавъ со вниманіемъ докладъ, я не нахожу въ немъ, что касается усовершенствованій, ничего такого, что бы не было предложено или только исполнено другими. Начну съ того, что мысль дезинфицировать каналъ шейки каленымъ желѣзомъ, какъ заявилъ и самъ докладчикъ, не принадлежитъ ему: онъ только измѣнилъ ее. Далѣе обшиваніе культи брюшиною и опущеніе ея открытою въ брюшную полость практиковалось раньше, на что, однако, докладчикъ не указываетъ; *Hector Treub* въ Лейденѣ приводитъ 10—15 случаевъ гистероміотомій съ прекраснымъ исходомъ, въ которыхъ культи не была обшиваема брюшиною, при-

чемъ время, потребовавшееся для операціи, не превышало $\frac{3}{4}$ часа, не смотря на подчасъ трудные случаи. Статья *Treub's* реферирована въ *Centralblatt f. Gynaekologie* за 1888 или 1889 годъ (вѣрнѣе въ послѣднемъ). Основываясь на имѣющихся у меня подъ рукою 4-хъ случаяхъ, изъ которыхъ три принадлежать *А. Я. Крассовскому* и одинъ мнѣ, позволяю себѣ здѣсь указать на способъ производства имъ гистероміотоміи за 2 года моего ассистентства. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ вечеромъ наканунѣ операціи, послѣ дезинфекціи влагалища, каналъ шейки и полость матки промывались растворомъ двуіодистой ртути 1:2000, послѣ чего каналъ шейки затампонировывался іодоформированною марлею, что въ двухъ случаяхъ удалось исполнѣ, въ одномъ на половину и въ одномъ можно было выполнить марлею только влагалищную часть. Утромъ передъ операціею повторялась та же процедура. Затѣмъ во время операціи, послѣ удаленія опухоли и образованія воронки, слизистая оболочка канала шейки выскабливалась или срѣзалась вплоть до жгута и затѣмъ, послѣ извлеченія черезъ рукавъ марли, вложенной до операціи, черезъ *весь* каналъ шейки проводилась, зондомъ или пинцетомъ ¹⁾, таковая же марля, какъ съ цѣлью дальнѣйшаго дезинфицированія канала, такъ и съ цѣлью дренированія остающейся въ культѣ небольшой полости. Вновь вложенная въ шейку и въ рукавъ марля извлекалась на 2—4 день. Слѣдовательно, *А. Я. Крассовскій* производилъ то же, что рекомендуетъ докладчикъ, употреблявшій вмѣсто марли іодоформированной, таковой же фитиль, не помню кѣмъ предложенный раньше. Далѣе *А. Я. Крассовскій*, перевязавъ въ 2—3 пучка широкую связку, послѣднюю лигатуру проводилъ не параллельно краю будущей культы, какъ предлагаетъ докладчикъ, а захватывая, съ гемостатическою цѣлью, въ шовъ большую часть мускулатуры шейки, не проводя однако лигатуру черезъ каналъ ея. Опять-таки *А. Я. Крассовскимъ* продѣлывалось раньше то, что рекомендуетъ докладчикъ. Культя, обшитая брюшиною, опускалась въ брюшную полость. Вотъ все, что я полагаю нужнымъ заявить по поводу предлагаемыхъ усовершенствованій.

Д. О. Оттъ, отвѣчая на вопросъ *Н. М. Стельмаховича*, какимъ образомъ происходитъ закрытіе канала маточной шейки, и о той роли, которая приходится на долю іодоформнаго фитиля въ этомъ отношеніи, пояснилъ, что фитиль прямого вліянія на зарощеніе не имѣетъ и можетъ способствовать зарощенію развѣ только тѣмъ, что обезпечиваетъ свободный оттокъ выдѣленій. Сообщение же съ брюшиною быстро устраняется путемъ пластического эксудата въ области культы.

Въ отвѣтъ на сказанное *К. Г. Штолемъ*, *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что случаи *Н. Treub's*, на которые указываетъ *К. Г. Штоль*, ему хорошо извѣстны и по описанной Technikѣ, они ни въ какомъ случаѣ не представляются идентичными съ предлагаемымъ имъ, *Отттомъ*, методомъ. Если *К. Г.*

¹⁾ Въ одномъ случаѣ марля проведена была такимъ образомъ, что къ концу марли, торчавшему изъ культы, была привязана новая полоска марли; однимъ изъ присутствовавшихъ черезъ рукавъ была извлечена изъ шейки марля, вложенная до операціи, а съ нею втянута была въ шейку новая полоска марли. (Это добавленіе внесено послѣ засѣданія).

Штоль случаи *Treub*'а приводитъ лишь для того, чтобы указать, что вскрытая матка не зашивалась, то еще за долго до *Treub*'а подобные приемы были извѣстны въ практикѣ. Извѣстно, что первые случаи кесарскаго сѣченія производились безъ наложенія швовъ на матку. Какіе при этомъ получались результаты, также всѣмъ очень хорошо извѣстно. Нельзя о методѣ говорить, взявъ лишь отдѣльную его часть и оставляя безъ вниманія главнѣйшее:— послѣдовательность въ отдѣльныхъ моментахъ и способахъ ихъ выполнения. Тоже распространяется и на способъ наложенія кровоостанавливающихъ лигатуръ en masse: Сколько мнѣ извѣстно, сознательно до сихъ поръ никто еще не накладывалъ лигатуръ такимъ образомъ, какъ мною предложено, оставляя цервикальный каналъ свободнымъ для удобнѣйшаго оттока содержимаго. Захватываніе въ шовъ большей или меньшей части паренхимы шейки практиковалось тоже значительно раньше, чѣмъ это указываетъ *К. Г. Штоль*; для примѣра сошлюсь хотя бы на случай, который описанъ и который около 7—8 лѣтъ тому назадъ мнѣ пришлось оперировать совмѣстно съ нашимъ Предсѣдателемъ *А. Я. Крассовскимъ*. Наконецъ, способъ дезинфекціи цервикальнаго канала, который описываетъ *К. Г. Штоль*, не представляетъ ничего общаго съ тѣмъ, что мною было изложено. Мой методъ въ этомъ отношеніи есть лишь расширеніе принциповъ, примѣненныхъ *Kocher*'омъ. Изъ описанія, даваемого *К. Г. Штолемъ*, совершенно отказываюсь понять, какимъ образомъ онъ считаетъ возможнымъ дезинфицировать родовой каналъ іодоформной марлей, вводимой наканунѣ операціоннаго дня; тѣмъ болѣе, что іодоформъ не только не пригоденъ для уничтоженія микроорганизмовъ, но можетъ даже служить въ нѣкоторыхъ случаяхъ средой для ихъ размноженія, какъ это несомнѣнно доказано экспериментальнымъ путемъ. Во всякомъ случаѣ приемы, сообщаемые *К. Г. Штолемъ*, не выдерживающіе, какъ это отчасти видно на основаніи вышеизложеннаго, научной критики, совершенно не тождественны съ мною предлагаемымъ методомъ, отдѣльные части котораго зиждутся на строго-научно обставленномъ экспериментѣ на животныхъ и клиническихъ наблюденіяхъ надъ больными. Устраняя или уменьшая главнѣйшія опасности при hysteromyometomi'и кровотеченіе, первичное и вторичное зараженіе, предлагаемая мною усовершенствованія оперативной техники уже дали вполнѣ успѣшные исходы въ тѣхъ случаяхъ, которые мною сегодня представлены Обществу. Дальнѣйшая оцѣнка метода, конечно, принадлежитъ будущему.

К. Г. Штоль заявилъ, что всѣмъ хорошо извѣстно, что іодоформъ не дезинфицируетъ, и если имъ употреблено такое выраженіе, то въ смыслѣ сохраненія чистоты уже дезинфицированнаго канала.

Въ заключеніе *Д. О. Оттомъ* демонстрированъ новый препаратъ внѣматочной беременности, оперированной 1½ недѣли тому назадъ.

Предсѣдатель *А. Крассовскій*.
За Секретаря *А. Гермоніусъ*.