

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 4.

*Засѣданіе 21-го апрѣля 1894 года.*

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 26 членовъ: Алексенко, Бутчикъ, Горайскій, Димантъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Мисевичъ, Піотровичъ, Рачинскій, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Чернышевъ, Швердловъ, Штольць, Эберманъ и 12 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 3.

2) Ж.-вр. *Докушевская* (изъ Повивальнаго Института) показала *вырзанную черезъ влагалище матку*, влѣдствіе пораженія шейки ея канкроидомъ.

3) *А. А. Драницынъ* показали слѣдующіе препараты:  
1) *Надвлагалищно срѣзанную матку*. Больная 4 года весьма сильно кровоточила и дошла до сильнѣйшей степени малокровія: шумы въ сердцѣ, отеки ногъ и т. п. Въ виду этого операція была отложена впредь до поправленія общаго состоянія больной. Назначены: усиленное питаніе, выпрыскиванія эрготина и т. д. Однако, эти средства не помогли: кровотеченіе продолжалось, а общее состояніе продолжало ухудшаться. Рѣшено было по этому немедленно сдѣлать срѣзываніе матки.

Больная поправилась. 2) *Вырѣзанную черезъ влагалище матку, вследствие пораженія шейки ея канкроидомъ.* 3) *Дермоидную кисту*, полость которой была раздѣлена на два отдѣла: въ меньшемъ содержалась эмульсированная жидкость, а въ большемъ— сало, волоса и т. п. Стѣнки кисты пропитаны известью, тверды и хрупки. Ножка перекручена и перерождена, такъ что она отдѣлилась отъ кисты почти сама собою. Нарушеніе питанія кисты черезъ ножку имѣло, вѣроятно, связь съ ея обызвѣствленіемъ.

4) *В. Н. Массенъ* показалъ *половые органы, умершей отъ рака* (въ Петропавловской больницѣ), *26 лѣтней женщины съ гипертрофированными яичниками.* Длина праваго яичника 7, ширина 3; длина лѣваго 7,5, ширина 3,5 см. Поверхность ихъ гладкая, цвѣтъ блѣдно-сѣроватый. Никакихъ ложныхъ срощеній съ сосѣдними органами яичники не представляли. Въ разрѣзѣ ткань ихъ однородна; по свободному краю малое количество мѣшечковъ. Трубы совершенно свободны. Матка больше нормы (8,6 и 3,5 см.), плотна. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что *увеличеніе массы яичниковъ надо поставить въ зависимость исключительно отъ ненормальнаго чрезмѣрнаго увеличенія собственной ткани органа.* Количественное же содержаніе мѣшечковъ значительно уменьшено; болѣзненныхъ измѣненій въ нихъ не замѣтно.

5) *Д. О. Оттъ* показалъ слѣдующіе препараты: 1) *Громадную фиброматозно перерожденную матку.* 30 лѣтняя больная поступила въ Клиническій Институтъ съ жалобами на сильное кровотеченіе. Рѣзкое малокровіе: шумы въ сердцѣ, отеки и т. д. Бѣлокъ въ мочѣ (перенесла нефритъ). Распознана фиброміома. До поступленія въ Институтъ больная, работница, безуспѣшно лѣчилась электричествомъ. Рѣшено произвести надвлагалищное срѣзываніе матки, такъ какъ палліативное лѣченіе, въ виду угрожавшихъ припадковъ и отдаленности климактерическаго періода, казалось неумѣстнымъ. Операция удалась безъ труда. Въ послѣопераціонномъ теченіи упадокъ сердечной дѣятельности (35). На 2-я сутки рвота черными (окрашенными кровью) массами, слабый частый пульсъ. Смерть. Вскрытіе показало, что операціонное поле безъукоризненно. Сердце жирно перерождено. Рѣзко выраженное малокровіе.

Докладчикъ убѣжденъ, что больная была бы спасена, если бы операція была сдѣлана раньше. 2) *Громадную фибромиому*, удаленную у 45 лѣтней больной. Опухоль замѣчена больной впервые 5 лѣтъ тому назадъ. Зѣвъ матки былъ почти недостижимъ. Опухоль выполняла всю полость малаго таза; весь нижній отдѣлъ ея лежалъ въ клѣтчаткѣ позади шейки матки и отчасти межсвязочно. Въ виду быстрого роста новообразованія, сдавливанія имъ брюшныхъ органовъ и множества отраженныхъ явленій, рѣшено было приступить къ операціи. Послѣдняя длилась 2 часа и произведена съ большимъ трудомъ: опухоль пришлось вылуцивать шагъ за шагомъ, при постепенной перевязкѣ сосудовъ и тканей. Вены бы развиты неизмѣрно: *plexus ramponiformis* былъ съ ладонь. Первые 16 дней послѣ операціи протекли очень хорошо. На 17-й больная внезапно умерла, какъ показало вскрытіе, отъ закупорки легочныхъ артерій.

6) *Н. И. Раичинскій* говорилъ о мнимомъ слизевикѣ (*pseudomyxoma*) брюшины. Какъ извѣстно, *Wirchow*, *Schroeder* и др. предполагали, что содержимое лопнувшихъ миксоматозныхъ кистъ, попадая въ брюшную полость, заражаетъ брюшину, вызывая миксоматозное перерожденіе ея—слизевикъ брюшины. Заболѣваніе это названные авторы считали въ большей или меньшей степени злокачественнымъ, въ виду быстрого роста опухоли, худосочнаго вида больныхъ и тѣсной связи брюшины съ обволакивающими ее слизистыми наслоеніями. *Werth*, а за нимъ *Donat*, первые высказались въ томъ смыслѣ, что въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ такъ называемымъ реактивнымъ перитонитомъ: вязкія студенистыя массы разорванной кисты, изливаясь въ брюшную полость и раздражая, какъ постороннее тѣло, стѣнки кишекъ и вообще брюшину, ведутъ, между прочимъ, къ новообразованію соединительной ткани и волосной сѣти сосудовъ; какъ вновь развившаяся соединительная ткань, такъ и вновь образующіеся сосуды входятъ въ тѣсную связь съ студневидными массами и какъ бы проростають ихъ. Не признавая, такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ слизевика, *Werth* предлагаетъ для подобнаго измѣненія брюшины названіе—*мимый слизевикъ (pseudomyxoma) брюшины*. Соглашаясь съ *Donat*'омъ, что и это названіе не-

соотвѣтствуетъ сущности патологическихъ измѣненій и вносить лишь путаницу въ понятія объ интересующемъ насъ процессѣ, докладчикъ сообщилъ слѣдующій случай, видѣнный имъ въ клиникѣ *Д. О. Отта*. 18, II 1893 г., въ Клинической Институтъ поступила больная, 60 л., съ опухолью живота, замѣченной ею впервые 8 лѣтъ тому назадъ. Окружность живота, на уровнѣ пупка, 136 см. Границь опухоли не удается опредѣлить ни черезъ кишку, ни черезъ рукавъ. При проколѣ трузакаромъ извлечена тягучая студенистая жидкость. Больная, съ рѣзкимъ упадкомъ общаго питанія, на операцію не согласилась и черезъ нѣсколько дней выписалась изъ Института. 12/XII она вновь поступила въ клинику. За эти 9 мѣсяцевъ окружность живота, на уровнѣ пупка, увеличилась еще на 11 см. Вся нижняя часть тѣла отечна, верхняя представляетъ картину рѣзкаго исхуданія. Больная сама не передвигается, переноситъ только сидячее положеніе. Дыханіе затруднено. Дѣятельность сердца слаба. На слѣдующій день чревосѣченіе. Подъ кокаиномъ, въ сидячемъ положеніи больной, по срединной линіи живота, выше пупка, разрѣзомъ въ нѣсколько сантиметровъ, вскрыта брюшная полость. Черезъ разрѣзъ вышло слишкомъ два ведра (по вѣсу около 2 пудовъ) густой, тягучей, буровато-желтой массы. Рука, введенная въ полость живота, не могла прощупать отдѣльныхъ органовъ: кругомъ — гладкія стѣнки. Удаливъ по возможности содержимое, *Д. О. Оттъ* зашилъ брюшную рану. Черезъ 2 сутокъ, при быстро возроставшемъ упадкѣ сердечной дѣятельности, больная умерла. Протоколъ вскрытія: брюшная полость выполнена сывороточною жидкостью, смѣшанною съ желтыми студенистыми массами. Пристѣночная брюшина очень утолщена, сморщена, не блеститъ и мѣстами усѣяна точечными кровоизліянiями и бѣлыми образованиями съ просяное зерно. Печень, сальникъ, селезенка, кишки и желудокъ срощены другъ съ другомъ плотною тканью и образуютъ всѣ вмѣстѣ сплошную заднюю стѣнку брюшной полости. Полость малаго таза содержитъ ту же сывороточную жидкость съ студневидными массами. Матка атрофирована; передняя стѣнка ея срощена плотно съ мочевымъ пузыремъ и прикрыта тоже утолщеною брюшиной; ткань матки плотна, при разрѣзѣ хруститъ; слизистая оболочка ея покрыта вязкой,

прозрачной слизию. Въ трубахъ небольшое количество слизисто-гноной жидкости. По обѣимъ сторонамъ матки находятся, сидяція на ножкахъ, много-полостныя кисты, исходяція изъ яичниковъ. Нѣкоторыя полости въ этихъ кистахъ лопнули; стѣнки ихъ спались; другія же, при надавливаніи, легко разрываются, выдѣляя при этомъ либо совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, либо густую, студенистую, желтоватую массу. Справа киста, съ мужской кулакъ; слѣва, — съ яблоко среднихъ размѣровъ. Анатомическое распознаваніе: разсѣянное хроническое и слипчивое воспаленіе брюшины, водянка живота, студенистая мѣшечковая киста обѣихъ яичниковъ съ разрывомъ и изліяніемъ студенистаго вещества въ полость брюшины. Микроскопическіе препараты брюшины съ передней стѣнки живота, приготовленные проф. *Петровымъ*, показываютъ, что въ данномъ случаѣ не было миксоматознаго перерожденія брюшины, а только картина реактивнаго перитонита: развитіе соединительной ткани и сосудовъ, проростающихъ черезъ слизь, лежащую на поверхности брюшины; по мѣстамъ скопленія круглыхъ клѣточекъ. Обществу были показаны микроскопическіе препараты и фотографическій снимокъ съ больной. На основаніи только что изложеннаго наблюденія и литературныхъ данныхъ, докладчикъ въ заключеніе пришелъ къ тому выводу, что мнимый слизевикъ брюшины не новообразованіе и не злокачественъ. Чѣмъ же объяснить глубокое худосочіе больныхъ и дурные исходы операцій? (Изъ 20 случаевъ, собранныхъ докладчикомъ у 12 авторовъ, точно отмѣтившихъ исходы операцій, въ 11 послѣдовала смерть). *Н. I.* полагаетъ, что причина общаго упадка питанія заключается въ нарушеніи отправления брюшныхъ органовъ, вслѣдствіе реактивнаго перитонита. Поэтому, говоритъ онъ, слѣдуетъ немедленно приступать къ операціи, какъ только распознана студенистая киста, такъ какъ частота разрывовъ такихъ кистъ и опасность отъ поступающаго въ брюшную полость содержимаго ихъ, въ смыслѣ разстройства общаго питанія, ухудшаютъ исходъ операціи, предпринимаемой въ болѣе позднее время. «Еще настоятельнѣе показаніе къ операціи въ томъ случаѣ, когда опредѣленъ разрывъ кисты». Плохіе исходы имѣющихся до сихъ поръ операцій объясняются, главнымъ образомъ, тѣмъ,

что операции эти предпринимались поздно, уже при полном истощении больных; со временем % выздоровлений улучшится, если только будут по возможности рано присунать къ дѣятельному вмѣшательству.

7) *В. Н. Массенъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Что можетъ дать предохраняющій внутренний поворотъ плода на ножку при узкомъ тазѣ*»? Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «*Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней*».

*В. И. Штолцъ* замѣтилъ слѣдующее: существеннымъ противопоставленіемъ для предохраняющаго поворота является уже то обстоятельство, что при выжидательномъ способѣ, при служеніяхъ 2-й степени, роды въ 50% оканчиваются силами природы; слѣдовательно, операція въ 1/2 случаевъ производится безъ надобности. Кроме того, при выжидательномъ способѣ (по статистикѣ оппонента и *Braun'a*) смертность матерей=0,4%, а дѣтей 26,4%. При поворотѣ же у самаго истаго поклонника этой операціи, *Nagel'я* смертность матерей равна 2,3%, а дѣтей 32,8%. Слѣдовательно, всѣ преимущества на сторонѣ выжидательнаго способа. Что касается до теоретическихъ соображеній, указывающихъ на то, что послѣдующая головка, идущая острымъ концемъ книзу, пройдетъ легче черезъ суженіе, чѣмъ также—предлежащая, идущая впередъ тупымъ концемъ, то не слѣдуетъ упускать изъ виду, что при способѣ предлежащей головки совершается часами, и, хотя она при этомъ и подвергается значительному сжатію, ребенокъ, все же, родится живымъ и остается жить; извлеченіе же послѣдующей головки должно быть окончено очень быстро, ибо если оно затянется, хотя бы на 10 минутъ, то ребенокъ родится мертвымъ.

*А. Р. Фишеръ* сказалъ: „Я попрошу докладчика сообщить, какой % узкихъ тазовъ вообще наблюдался въ его матеріалѣ, и почему, будучи сторонникомъ предохраняющаго поворота, онъ сравнительно такъ рѣдко его примѣнялъ, ибо, надо полагать, узкіе тазы встрѣчались ему гораздо чаще чѣмъ въ 0,8% (16 случаевъ на 2061). Остается пожалѣть, что докладчикъ для сравненія не привелъ исходы родовъ для матерей и плодовъ въ тѣхъ случаяхъ узкаго таза, въ которыхъ предохраняющій поворотъ не примѣнялся. Затѣмъ къ сдѣланному докладчикомъ вскользь замѣчанію, что онъ на 2061 роды ни разу не примѣнилъ прободенія, тогда какъ, по статистикѣ другихъ родовспомогательныхъ заведеній, на это число родовъ приходилось бы около 15 прободеній, замѣчу только, что въ томъ-же Гаванскомъ Родильномъ Пріютѣ въ 188<sup>3</sup>/<sub>4</sub> и 188<sup>4</sup>/<sub>5</sub> г.г. на 800 родовъ имѣлъ только 1 случай прободенія“.

*Н. И. Стравинскій* замѣтилъ, что для правильной оцѣнки полученныхъ при предохраняющемъ поворотѣ результатовъ недостаточно привести только размѣры головки: необходимо ближе указать и физическія свойства ея: плотность и податливость костей, ширину швовъ и т. п.

*А. И. Замшинъ* спросилъ, какія были причины смерти плода: препятствіе при прохожденіи головки черезъ входъ или что нибудь другое, и какой промежутокъ проходилъ между поворотомъ и извлеченіемъ, равно также одну или обѣ ножки низводилъ докладчикъ въ этихъ слу-

чаяхъ. 3. находить необходимымъ указаніе въ статистическомъ матеріалѣ частоты случаевъ перфорации послѣдующей головки съ возможной иллюстраціей этихъ случаевъ, для того, чтобы возможность быть вынужденнымъ перфорировать послѣдующую головку не пугала понапрасну приступающаго къ повороту. Желательно указаніе срока послѣ излитія водъ и оцѣнка трудностей при производствѣ поворота въ связи съ этимъ срокомъ. Поворотъ, производимый до излитія водъ, дѣлается безъ предварительной оцѣнки механизма данныхъ родовъ.

*Н. М. Какушкинъ* сказалъ: докладчикъ въ началѣ сообщенія своего задаетъ вопросъ, почему въ Россіи такъ рѣдко дѣлается поворотъ при узкомъ тазѣ? Такой вопросъ, конечно, можно задать и по многимъ другимъ отдѣламъ оперативнаго акушерства. Въ концѣ доклада самъ *В. Н.* даетъ отчасти и отвѣтъ на это, отмѣчая возможность *постояннаго* присутствія врача при родильномъ домѣ. Могу заявить, что въ провинціи нашей, даже при обширныхъ родильныхъ отдѣленіяхъ большихъ больницъ врачъ-акушеръ не живетъ, обыкновенно, при родильномъ отдѣленіи; неосложненные роды протекаютъ подъ наблюденіемъ акушерокъ, а въ случаяхъ оперативныхъ приглашается дежурный по больницѣ врачъ, имѣющій весьма малое соприкосновеніе съ акушерствомъ. Слѣдовательно, вопросъ, затронутый докладчикомъ, очень важенъ, и, когда зайдетъ рѣчь объ реорганизаціи вообще акушерской помощи, будетъ нужно поставить на первую очередь вопросъ о необходимости всюду въ родильныхъ домахъ постояннаго присутствія врача акушера.

*Е. Б. Димантъ*: предохраняющій поворотъ всегда предпринимается въ виду неопредѣлившихся еще затрудненій, а между тѣмъ преимуществъ его весьма гадательны; поэтому то этотъ приемъ и встрѣчаетъ столько противниковъ. Въ настоящее время, нужно думать, число приверженцевъ его еще болѣе уменьшится, такъ какъ приобретающая право гражданства въ акушерствѣ симфизиотомія даетъ возможность благополучно оканчивать роды и тамъ, гдѣ безъ нея пришлось бы рѣшиться на прободеніе головки.

*А. В. Рутковскій* просилъ докладчика обрисовать физиономію того случая, гдѣ онъ считалъ профилактическій поворотъ настолько показаннымъ, что предпослалъ ему кровавое расширеніе.

*В. Н. Массенъ* отвѣтилъ на всѣ предложенные ему вопросы.

*Д. О. Оттъ*, высказавшись противъ предохраняющаго поворота, поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ*.  
Секретарь *Л. Личкусъ*.

## ПРОТОКОЛЬ № IV.

*Административное засѣданіе 21-го апрѣля.*

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 30 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № III.  
2) Предоставлено Правленію Общества пригласить необходимыхъ лицъ для выработки программы занятій перваго сѣзда русскихъ гинекологовъ.

3) Постановлено вновь отпечатать только одинъ измѣненный § 17 Устава и разослать его вмѣстѣ съ Уставомъ всѣмъ гг. членамъ Общества.

4) Въ виду конверсіи 5% облигацій Восточнаго займа, поручено казначею Общества получить изъ Государственнаго Банка принадлежащіе Обществу билеты II Восточнаго займа на сумму двѣ тысячи шестьсотъ рублей номинальныхъ, продать ихъ и, по своему усмотрѣнію, купить другія наиболѣе выгодныя для Общества бумаги. Такъ какъ требованія денегъ изъ Государственнаго Банка могутъ быть производимы за подписью двухъ дѣйствительныхъ членовъ, не входящихъ въ составъ Правленія (§ 41), то для сего избраны И. О. Даниловичъ и Н. М. Поршняковъ.

Баллотировка въ члены, за недостаточнымъ числомъ присутствующихъ, отложена до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Л. Личкусъ.