

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 8.

Засѣданіе 22-го декабря 1894 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали: почетный членъ *А. Я. Крассовскій*, 30 членовъ Баскинъ, Бутчикъ, Вастенъ, Вертеръ, Верцинскій, Виридарскій, Гессъ, Даниловичъ, Димантъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигородскій, Какушкинъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массенъ, Мацѣевскій, Поршняковъ, Рачинскій, Рутковскій, Рымша, Савченко, Салмановъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Франкъ, Чагинъ, Черневскій и 12 гостей.

1) Читанъ и утверждень протоколь № 7.

2) *В. Н. Массенъ* показаль *вырѣзанную имъ*, въ клиникѣ *К. Ф. Славянскаго*, довольно плотную кисту яичника, съ кулакъ взрослога человѣка, *выполненную жиромъ, смѣшаннымъ съ съ волосами*. Внутренняя поверхность кисты повсюду гладка и блестяща; только въ одномъ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ снаружи ножкѣ опухоли, находится небольшой, съ вишню, бугорокъ, оказавшійся при микроскопическомъ изслѣдованіи *жировикомъ*. Одни срѣзы внутренней поверхности кисты дали подъ микроскопомъ картину строенія кожи (многослойный плоскій эпителий, сосочки *Malpighi*'ева слоя, желѣзистые эле-

менты и пр.); другіе же (изъ другихъ мѣсть) показали богатую молодыми клѣточными элементами и сосудами фиброзную ткань, покрытую цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ. Такое строеніе кисты даетъ, по мнѣнію докладчика, право отнести ее, сообразно съ указаніями *Orth'a* (*Lehrbuch der speciellen Anatomie*, т. II, отдѣлъ I, стр. 590 и 591), къ разряду тѣхъ дермоидовъ, въ стѣнкѣ которыхъ развиваются дочернія кистовидныя образованія изъ одного изъ желѣзистыхъ элементовъ кожи, — всего вѣроятнѣе, изъ потовой клубочковой железы.

На замѣчаніе *Д. О. Отта*, что данную опухоль, скорѣе можно отнести къ разряду *тератомъ*, *В. Н. Массенъ* возразилъ, что въ пользу послѣдней опухоли, могло бы говорить лишь присутствіе мерцательнаго эпителия, но ему, *Массену*, это обстоятельство не представляется достаточнымъ, для распознаванія тератомы. Обществу были показаны и микроскопическіе препараты.

3) *А. А. Драницынъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ слѣдующіе препараты: а) *правую беременную трубу*. 34-лѣтняя женщина, всегда правильно носившая мѣсячныя, обратилась въ клинику съ жалобами на боли въ животѣ. Ожидавшееся къ $\frac{1}{2}$ іюня мѣсячное не пришло. Въ концѣ же іюля внезапно появились сильныя схваткообразныя боли внутри живота и обморочное состояніе; въ тоже время показалось небольшое истеченіе крови изъ половыхъ путей, продолжавшееся, однако, недѣли 3. Больная пролежала въ постели $1\frac{1}{2}$ мѣсяца. Послѣ этого мѣсячныя опять приняли почти нормальный типъ: черезъ $3\frac{1}{2}$ недѣли, по 3 дня. Внизу живота — твердая опухоль, доходящая до пупка; справа отъ нея — тяжъ, шедшій какъ бы отъ матки, снизу вверхъ и внутрь, и напоминавшій нѣсколько круглую связку; слѣва также тяжъ, но болѣе горизонтальный. При двуручномъ изслѣдованіи: матка — клереди и немного вправо; отъ праваго рога ея идетъ вышеупомянутый тяжъ, соединяющій матку съ опухолью; нижній отрѣзокъ послѣдней занимаетъ *Douglas'*ово пространство и оба свода. Опухоль неподвижна, болѣзненна, упруга. Длина полости матки 10 см. Пробное выскабливаніе дало децидуальную ткань въ различныхъ періодахъ развитія; пробный проколъ въ 1-й разъ далъ старую кровь, а во 2-й — свѣтлую жидкость. Послѣ вскрытія брюшной полости и нарушенія сращеній оказалось, что протщупывавшійся справа тяжъ была труба, расширенный наруж-

ный конецъ которой представлялъ опухоль. Содержимое послѣдней—старая кровь (жидкая и сгустками). Микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило ни ворсинъ, ни децидуальныхъ клѣточекъ, но показало мышечное строеніе стѣнки опухоли. Лѣвый яичникъ, представлявшій кисту, съ куриное яйцо, удаленъ; удалена и измѣненная лѣвая труба. Больная поправилась. б) *Фиброміому матки*. Больная 35 лѣтъ, 6 лѣтъ назадъ замѣтила опухоль внизу живота, мѣсячныя стали приходиться чаще, обильнѣе и продолжительнѣе. Внизу живота—плотная, мало подвижная опухоль, съ голову взрослога человѣка, несомнѣнно связанная съ маткой; дно послѣдней увеличено, а длина полости равна лишь 8 см. Слѣва—другая, упругая опухоль, съ апельсинъ: киста. Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что опухоль исходила изъ дна матки, съ которой соединялась широкой, мягкой ножкой. По наложеніи жгута на матку, ножка перерѣзана въ основаніи. На рану наложена 2 ряда швовъ: внутренній, матрацный, на ткань матки и наружный, узловатый, соединявшій брюшину. Находившійся слѣва другой фиброидъ, съ яйце, вылуценъ. Кромѣ того, вылуцены еще нѣсколько фиброидовъ различной величины. Такимъ образомъ, операція произведена сохраняющимъ образомъ и безъ вскрытія полости матки. Больная поправилась. в) *Вырѣзанную черезъ влагалище пораженную ракомъ матку*. Операція была значительно затруднена, вслѣдствіе большой величины матки и воспалительныхъ измѣненій въ связкахъ. Больная поправилась.

4) Г. П. Серезжниковъ (изъ Повивальнаго Иститута) показалъ: а) *беременную трубу* и б) *вырѣзанную черезъ влагалище кускованіемъ фиброматозно-перерожденную матку*. Обѣ больныя поправились.

5) Э. Ф. Черневскій сдѣлалъ *нѣсколько замѣчаній объ акушерскихъ щипцахъ*. (Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акуш. и Женск. болѣзней: январь, 1895 г.).

В. Н. Массенъ сказалъ, что онъ относительно щипцовъ, всецѣло присоединяется къ докладчику. Наложение щипцовъ высокихъ и полостныхъ, особенно при узкихъ тазахъ, онъ считаетъ довольно тяжелой, по своимъ послѣдствіямъ, операцией, какъ для матери, такъ и для плода. То обстоятельство, что у различныхъ акушеровъ, % наложенія щипцовъ представляетъ большія различія, говоритъ за то, что частота этой операціи въ практикѣ, зависитъ отъ личнаго взгляда акушера на

неизбѣжность ея примѣненія. Несомнѣнно, что, *терпливо выжидая*, можно во многихъ случаяхъ обходиться безъ щипцовъ. Далѣе, щипцы могутъ быть замѣнены и другими, менѣе тяжелыми по своимъ послѣдствіямъ, родоразрѣшающими приѣмами, а, въ частности, такъ называемые высокіе щипцы при узкомъ тазѣ, могутъ быть замѣнены поворотомъ на ножку. На 178 случаевъ узкаго таза, которые *Массенъ* наблюдалъ въ теченіи послѣдняго года, онъ прибѣгнулъ къ наложенію щипцовъ всего 6 разъ, при чемъ во всѣхъ случаяхъ, щипцы были выходныя. Если вспомнить, что послѣ родовое время послѣ наложенія щипцовъ, протекаетъ хуже, чѣмъ послѣ нормальныхъ родовъ, что много чаще, чѣмъ обыкновенно, получаютъ (особенно у перво-роженницъ) разрывы нижней части полового канала, требующіе новой операціи, что получаютъ поврежденія головки плода и пр., то нельзя не высказать пожеланія, чтобы щипцы примѣнялись на практикѣ все рѣже и рѣже.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что все сказанное относительно щипцовъ *Э. Ф. Черневскимъ* и *В. Н. Массеномъ* не представляетъ ничего новаго; все это изложено уже въ учебникахъ акушерства (*Ahlfeld, Runge, Феломеновъ* и др.), предостерегающихъ отъ наложенія высокыхъ (атипическихъ) щипцовъ въ особенности при узкомъ тазѣ. Не говоря уже о тяжкихъ, иногда смертельныхъ, поврежденіяхъ, наносимыхъ матери и плоду, даже и плоды, извлеченные живыми и по видимому, здоровыми, въ дальнѣйшемъ теченіи своей жизни подвергаются различнымъ опасностямъ и, въ частности напр., опасности заболѣть падучей и душевными заболѣваніями; послѣднее не невѣроятно, судя по нѣкоторымъ, правда единичнымъ наблюденіямъ. Акушерская наука, на почвѣ многочисленныхъ клиническихъ данныхъ, выработала уже извѣстныя показанія и условія для наложенія имѣющихся у насъ теперь щипцовъ. Разногласія во взглядахъ акушеровъ на щипцы завязать отъ того, какъ строго они придерживаются выработанныхъ для примѣненія ихъ условій: щипцы, дѣйствительно, полезны лишь тогда, когда ихъ накладываютъ на головку, стоящую, какъ выражаются нѣмцы, *Zangenrecht* (типическіе щипцы), т. е., тогда, когда головка стоитъ уже низко въ полости таза. При подобныхъ обстоятельствахъ щипцы—дѣйствительно разумное и благодѣтельное пособіе.

Если же ихъ накладывать на высоко (подвижно) стоящую головку, какъ это дѣлали нѣкоторые французскіе акушеры, то нечего и удивляться плачевнымъ результатамъ: они давно уже извѣстны и описаны въ литературѣ. При томъ, поступать такимъ образомъ—значитъ совершенно смѣшивать показанія для поворота и щипцовъ. Вотъ, почему, *Личкусъ* и удивляется заявленію д-ра *Массена*, что онъ считаетъ возможнымъ при узкомъ тазѣ *замѣнить* щипцы поворотомъ. По мнѣнію *Личкуса*, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ возможенъ поворотъ, не можетъ быть и рѣчи о щипцахъ.

В. Н. Массенъ возразилъ, что бываютъ такіе случаи (при узкихъ тазахъ), въ которыхъ не знаешь, что предпринять: сдѣлать ли поворотъ, или наложить щипцы; это бываетъ тогда, когда при изслѣдованіи роженицы *безъ наркоза* мы находимъ предлагающую головку, стоящей *неподвижно* во входѣ. Казалось бы, что при этомъ даны условія для наложенія щипцовъ. Но при *глубокомъ наркозѣ* роженицы оказывается,

что головка может быть довольно легко выведена из входа въ тазъ и даже значительно отведена отъ входа кверху. Въ такихъ случаяхъ поворотъ увѣнчивается успѣхомъ и для матери, и для плода. Разумѣется, *Массенъ* не противникъ щипцовъ, во чтобы то ни стало, но онъ убѣжденъ, что въ значительномъ количествѣ случаевъ щипцы накладываются безъ достаточныхъ оснований, и что наложеніе ихъ представляетъ собою кровавую операцію, которая едва ли имѣетъ право называться „благодѣтельной“.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что и поворотъ, и высокіе щипцы примѣняются подъ наркозомъ; слѣдовательно, затрудненіе, указываемое *Массеномъ*, само собою устраняется. Кромѣ того *Личкусъ* еще разъ подчеркнул то обстоятельство, что при узкомъ тазѣ не слѣдуетъ накладывать щипцовъ, пока головка не прошла черезъ суженный входъ. Если твердо придержививаться этого правила, т. е. иначе говоря, не накладывать щипцовъ тамъ, гдѣ ихъ не нужно накладывать, то и поводовъ для зачисленія ихъ въ разрядъ „грубыхъ инструментовъ“ будетъ, по меньшей мѣрѣ, значительно меньше.

Б. А. Фраткинъ, упоминая о защитникахъ высокіхъ щипцовъ (*Nagel*, *Федоровъ* и др.), присоединился къ мнѣнію *Личкуса*, заявивъ при этомъ, что покойный *И. О. Баландинъ* еще 14—15 лѣтъ тому назадъ проводилъ тѣ же взгляды, т. е. что не слѣдуетъ накладывать щипцовъ на головку, пока она не прошла черезъ суженный входъ.

Е. Б. Димантъ замѣтилъ, что въ настоящее время щипцы не представляютъ еще совершеннаго, законченнаго инструмента. Вотъ почему возраженія противниковъ щипцовъ и стремленіе ограничить излишнее ихъ примѣненіе должны быть дѣлаемы съ осторожностью, такъ какъ, несомнѣнно, многое потеряетъ подъ собою почву съ улучшеніемъ инструмента и съ постройкой его на болѣе разумныхъ основаціяхъ.

Э. Ф. Черневскій, упоминая о большой смертности дѣтей при наложеніи щипцовъ (въ Родовспомогательномъ Заведеніи смертность одно время доходила даже до 23%) и сославшись на *Ahlfeld'a*, который тоже считаетъ наложеніе щипцовъ одной изъ самыхъ кровавыхъ операцій, замѣтилъ, что подраздѣленіе щипцовъ на типическіе и атипическіе онъ считаетъ условнымъ: накладываютъ, вѣдь, французы щипцы, сплошь и рядомъ на высоко стоящую головку.

Д. О. Оттъ высказался противъ тѣхъ ограниченій для примѣненія щипцовъ, которыя приводятся въ учебникахъ. По его мнѣнію, *jugate in verba magistri* хорошо, но для успѣха дѣла критика имѣетъ большое значеніе. Вотъ почему онъ привѣтствуетъ сообщеніе докладчика, имѣющее въ виду изобрѣтеніе такого рода щипцовъ, которые дали бы возможность расширить область ихъ примѣненія.

6) *Н. С. Каннешеръ* (изъ Повивальнаго Института) сказалъ нѣсколько словъ по вопросу о внутриматочномъ трупномъ окоченѣніи плода. (Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней»: январь, 1895 г.).

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что вопросъ о внутриматочномъ трупномъ окоченѣніи, помимо, такъ сказать, его физиологической стороны, интересенъ еще и въ судебно-медицинскомъ и практически-акушерскомъ

отношеніяхъ. Въ статьѣ Feis'a (Archiv für Gynaecologie, т. XLVI, стр. 387) приводится слѣдующее весьма интересное сообщеніе Parkinson'a: въ 1869 г. одна женщина обвинялась въ дѣтубійствѣ. При изслѣдованіи, кромѣ незначительныхъ поврежденій, отмѣчено еще и трупное окоченѣніе новорожденнаго. На основаніи послѣдняго обстоятельства, экспертъ высказался въ томъ смыслѣ, что ребенокъ несомнѣнно жилъ, такъ какъ у мертворожденныхъ труднаго окоченѣнія не бываетъ. Обвиняемая все таки была оправдана. Въ доказательство того, что трупное окоченѣніе можетъ имѣть извѣстное значеніе и въ акушерскомъ отношеніи, Личкусъ сослался, между прочимъ, на наблюденіе Ahlfeld'a (Lehrbuch der Geburtshilfe, стр. 294): плодъ роженицы, подвергшейся аполексіи во время родовъ и умершей непосредственно послѣ нихъ, чахотился въ состояніи трупнаго окоченѣнія. Вслѣдствіе неподатливости нижнихъ конечностей, туловищу плода при извлеченіи пришлось придать нѣсколько иное направленіе, чѣмъ это дѣлается обыкновенно.

А. И. Замининъ усматриваетъ поразительное численное несоответствіе между случаями докладчика и чрезвычайно скудными случаями въ литературѣ; докладчикъ не даетъ объясненія этому явленію, а между тѣмъ оно могло-бы нѣсколько освѣтить этотъ, все еще темный для насъ, вопросъ.

Жен.-вр. Докушевская, въ pendant къ сообщенію докладчика, рассказала слѣдующій случай: 18/xii 1894 г., ей пришлось наблюдать явленіе, нѣсколько напоминающее опытъ Stenson'a. Въ Повивальный Институтъ поступила первородящая, 40 л., беременная 8 мѣсяцевъ. По ея словамъ, у нея 17/xii утромъ вышло много крови изъ половыхъ частей. Послѣ того въ теченіи 17 и слѣдующаго дня кровотеченіе, хотя и въ небольшомъ количествѣ, все еще продолжалось. Къ вечеру, 18-го, появились сокращенія матки, и больная поступила въ Повивальный Институтъ: общее состояніе ея вполне удовлетворительное; малокровія нѣтъ. Температура и пульсъ нормальны. Отдѣленія крови нѣтъ; лишь при изслѣдованіи на пальцѣ остается небольшое количество ея. Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 2 см.; плодный пузырь вялъ. Предлежащая головка надъ входомъ. Сердцебіеніе плода слышно ясно. Родовая дѣятельность правильна. Въ теченіи 1½ часа зѣвъ раскрылся почти совсѣмъ, и, при помощи 2—3 потугъ, плодъ сталъ рождаться въ пузырьѣ. За разрывомъ пузыря плодъ тотчасъ же ролился въ глубокой асфиксіи; затѣмъ сейчасъ же вышелъ послѣдъ. При оживленіи новорожденнаго, по Schultze, замѣчено слѣдующее: при появленіи первыхъ, еще не ровныхъ и поверхностныхъ, дыханій — кожа стала покрываться красными пятнами; одновременно съ этимъ наступило столбнячное сокращеніе мышцъ всего тѣла. Ребенокъ принялъ положеніе, свойственное утробному плоду. При опусканіи туловища, ноги оставались плотно притянутыми къ животу; при попыткахъ разогнуть конечности мышцы оказывались сильно напряженными. По мѣрѣ восстановленія правильнаго дыханія, кожа стала ярко-розовою, и вышесписанное столбнячное сокращеніе мышцъ прошло; мышцы приняли плотность, свойственную живой мышцѣ.

Д. О. Оттъ, поблагодаривъ докладчика за его сообщеніе, замѣтилъ, что на его докладъ слѣдуетъ смотрѣть только, какъ на матеріаль,

могущій способствовать разрѣшенію, но, конечно, не разрѣшающій вопроса о внутриматочномъ трупномъ окоченіи плода. Съ накопленіемъ новыхъ клиническихъ и опытныхъ изслѣдованій, несомнѣнно, освѣтится и эта, пока еще темная, область.

7) *К. I. Змигродскій* заявилъ слѣдующее: «25-го октября 1890 года я обратился черезъ посредство этого уважаемаго Общества и затѣмъ разсылкою статистическихъ листковъ нашимъ представителямъ гинекологіи и акушерства съ просьбою о содѣйствіи мнѣ въ предпринимаемомъ мною *статистическомъ трудѣ о внѣматочной беременности*. Результатъ моего предпріятія быть можетъ не лишень будетъ интереса для нѣкоторыхъ товарищей, такъ напр., д-ръ *Оленинъ* (Хирургическая Лѣтопись, томъ I, книга 3-я, Москва 1891, стр. 338), замѣтилъ въ своей статьѣ «тубная беременность, чревосѣченіе съ благопріятнымъ исходомъ», что «судьба этого (моего) предположенія осталась неизвѣстной». Какова же эта *судьба*? Мною было разслано по почтѣ *болѣе сотни* статистическихъ листковъ, но получено всего только *девять* отвѣтныхъ писемъ, а именно: отъ д-ровъ *Вертера, Видемана, Сутугина* и *Хрионовича* изъ С.-Петербурга, *Агафонова* изъ Твери, *Заяицкаго* изъ Москвы, *Масалитинова* изъ Харькова, *Мыкертчянца* изъ Тифлиса и *Онуфриева* изъ Екатеринбургa.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ искренно поблагодарить уважаемыхъ товарищей, удостоившихъ меня своимъ отвѣтомъ, но въ тоже время я не рискую дѣлать выводы на основаніи столь незначительныхъ по количеству статистическихъ данныхъ. Привожу только цифры изъ присланныхъ мнѣ писемъ: *девять* врачей въ 103 года акушерско-гинекологической практики наблюдали 34 случая внѣматочной беременности, при чемъ 1 случай ея приходится на 3 года практики, на 2317 гинекологическихъ больныхъ и 1109 маточныхъ беременностей. Это повидимому подтверждаетъ общепринятое мнѣніе, что внѣматочная беременность вовсе не такъ рѣдко встрѣчается какъ думали прежде (*Löw* — 1 внѣматочная беременность на 4 — 500,000 родовъ, или *Bandl* — 5 случаевъ на 60,000 индивидовъ, поступившихъ въ клинику *Braun*'а и *Spall*'а въ теченіе 7 лѣтъ). Пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы *вторично обратиться* къ товарищамъ съ той просьбой, которая четыре года тому назадъ дала только 90% благопріятныхъ отвѣтовъ и прошу прилагаемыя при семь

листки, снабдивъ отвѣтами, переслать мнѣ, хотя бы и не въ назначенный срокъ, а тогда, когда время позволить и на досугѣ заняться этимъ скучнымъ вычисленіемъ. Вѣдь до сихъ поръ, какъ говоритъ *Kleinwächter* (Реальная энциклопедія *Eulenburger's* — *Афанасьева*): «*Статистическихъ данныхъ относительно частоты внематочной беременности не существуетъ. Можно только сказать одно, что внематочная беременность, къ счастью наблюдается рѣдко*». *Мнѣ кажется небезинтересно имѣть болѣе точныя данныя по этому поводу.*

8) *В. Н. Массенъ* сообщилъ «Данныя измѣреній выхода таза у русской женщины». (Докладъ этотъ печатается въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней»).

Пренія, за позднимъ временемъ, отложены до слѣдующаго засѣданія.

За Предсѣдателя **В. Штольцъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**