

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 12.

*Засѣданіе 13-го апрѣля 1895 года.*

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 29 членовъ: Антиповъ, П. А., Бацевичъ, Вастень, Верцинскій, Горайскій, Добрадинъ, Долинскій, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Массень, Мацѣевскій, Половскій, Поршняковъ, Рачинскій, Ростковскій, Рутковскій, Саловскій, Салмановъ, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Фишеръ, Чернышевъ, Швердловъ и 25 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 11.

2) Студ. V курса Н. Н. Кубе сообщилъ «О добавочныхъ трубахъ и добавочныхъ трубныхъ отверстіяхъ» (tubae accessoriae et ostia accessoria). Изслѣдовавъ, по предложенію частн. пр. В. Н. Массена, внутренніе половые органы 78 женщинъ умершихъ въ городскихъ больницахъ, докладчикъ нашелъ у 6 (6,6%) добавочныя отверстія Fallorіевыхъ трубъ, а у 13 (16,6%) добавочныя трубы. Добавочныя отверстія, по одному въ каждомъ найденномъ случаѣ, находились на верхней поверхности трубы, на 3—12 мм. отъ брюшнаго конца ея, и были во всѣхъ случаяхъ окружены ясно выраженными бахромками. Микроскопическая картина этихъ прибавочныхъ отвер-

стей показывала непосредственный переход слизистой оболочки трубы на бахромки отверстия, при чемъ сами бахромки подъ микроскопомъ ничѣмъ не отличались отъ нормальныхъ бахромокъ трубы. Добавочныя трубы (Nebentuben нѣмцевъ, ragasalpinx *Amann*'a), сидѣли либо на главной трубѣ, либо на широкой связкѣ и состояли изъ основанія, ножки отъ 3 до 17 мм. длиною и яйцевидной головки—гладкой или снабженной бахромками. Трубы эти были непроходимы (сплошныя). Въ 3 случаяхъ было кистовидное перерожденіе головокъ. Подъ микроскопомъ оказалось, что добавочная труба покрыта однослойнымъ эпителиемъ: цилиндрическимъ на верхушкѣ головки и постепенно уплощающимся, а затѣмъ почти плоскимъ по направленію къ основанію. Подъ эпителиемъ, на головкѣ, находится волокнистая ткань, похожая на ткань слизистой оболочки, а за нею—волокна гладкой мышечной ткани (расположенныя главнымъ образомъ, въ продольномъ направленіи), соединительная ткань и сосуды. Въ ножкѣ—мышцы, въ скудномъ количествѣ, сосудовъ много. Основаніе же богато мышцами и сосудами. Въ 2 случаяхъ на протяженіи добавочной трубы найдена жировая ткань. Докладъ сопровождался показаніемъ препаратовъ и рисунковъ.

*В. Н. Массенъ* замѣтилъ, что изслѣдованія *Н. Н. Кубе*, составляющія повтореніе одной изъ работъ проф. *Kossmann*'а представляютъ интересъ съ 3-хъ точекъ зрѣнія: эмбриологіи, патологической анатоміи и клинки. По мнѣнію *В. Н.*, вопросъ о томъ, откуда берется большинство среднихъ и крупныхъ межсвязочныхъ кистъ и до сихъ поръ представляются далеко нерѣшеннымъ. Имѣя въ виду, что изъ 3-хъ главныхъ разрядовъ кистъ широкой связки—поверхностныя (*Klebs*) всегда малы, а кисты рагооргоп'а (*Klob, Waldeyer, Orth*) встрѣчаются очень рѣдко, принято думать, что большинство среднихъ и большихъ кистъ широкой связки суть кисты раговаріи. Но, въ виду того, что авторами точно доказано (*Н. Merkel* и др.) происхожденіе изъ канальцевъ раговаріи только мелкихъ кистъ, образованіе же одной большой изъ нѣсколькихъ мелкихъ допустить трудно, а также въ виду того, что въ стѣнкахъ, такъ называемыхъ, кистъ раговаріи найдены мышечныя волокна—приходится, согласно съ мнѣніемъ *Kosmann*'а (которое, конечно, надо еще провѣрять), предположить, что, такъ называемыя, пароваріальныя кисты суть ничто иное, какъ кистовидно перерожденныя добавочныя трубы. Нахожденіе на трубахъ прибавочныхъ отверстій представляетъ, по мнѣнію *В. Н.*, интересъ въ слѣдующихъ клиническихъ случаяхъ: а) наступленіе беременности при полномъ зарощеніи брюшныхъ концовъ обѣихъ трубъ; проникновеніе сѣмени въ такомъ случаѣ происходитъ черезъ добавочное отверстіе Fallopi'евой трубы; б) развитіе вѣматочной бере-

менности, если встрѣча съмени съ яцемъ произойдетъ на уровнѣ отверстія или среди складокъ, бахромокъ, окружающихъ это отверстие; в) отсутствіе задержанной жидкости въ трубѣ (ретенціонной кисты трубы), не смотря на зарощеніе брюшнаго конца ея: жидкость въ такомъ случаѣ имѣетъ возможность свободно стекать въ брюшную полость черезъ добавочное отверстие. Случай перваго разряда описанъ въ послѣднее время проф. *Sänger*'омъ (*Monatsschrift für Geburtshülfe med. Gynaekologie*, 1895 г., № 1).

На вопросъ *Д. О. Отта*, не смѣшивались ли докладчикъ нѣкоторыя кистовидно перерожденныя добавочныя трубы съ *Morgagni*'евыми гидатидами, *Кубе* отвѣтилъ отрицательно, указавши на то, что гидатиды сидятъ на бахромкахъ *Fallopіе*вой трубы, покрыты на поверхности почти плоскимъ эпителиемъ и бѣдны мышечными элементами.

3) *В. А. Вастенъ* сообщилъ два случая саркомы матки:

а) Больная, 37 лѣтъ, носившая раньше мѣсячныя черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, за послѣдніе 3 года стала страдать обильными мѣсячными, длившимися по 7 дней; 1 разъ выкинула и 1 разъ благополучно родила 6 лѣтъ тому назадъ. 10/v 1894 г., въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы, у больной удаленъ небольшой стебельчатый полипъ шейки матки; полипъ этотъ макроскопически не представлялъ ничего особеннаго, а потому, къ сожалѣнію, микроскопически изслѣдованъ не былъ. Послѣ операціи мѣсячныя приходили правильно, необильно и продолжались по 5 дней. Съ октября, однако, крови опять стали продолжительными и обильными. Въ виду этого, въ февралѣ больная вторично принята въ больницу. Изъ приоткрытаго наружнаго зѣва торчала шаровидная опухоль, на ножкѣ, прикрѣпленной къ передней стѣнкѣ канала шейки. По удаленіи этой опухоли, выше ея оказалась подобная же вторая, и, наконецъ, въ полости матки—третья. Повторное появленіе опухоли, множественность ея и макроскопическій видъ удаленнаго новообразованія, не оставляли сомнѣнія въ его злокачественности, что, дѣйствительно, и подтвердилось при микроскопическомъ изслѣдованіи, показавшемъ веретенообразно-клеточковую саркому. Поэтому 5/ш вся матка вырѣзана черезъ влагалище. Больная поправилась. Удаленная матка показана Обществу. Длина ея равна 10 см., слизистая оболочка покрыта мягкими разрощеніями; у dna ея—сидящая на широкомъ основаніи опухоль, съ большой грецкій орѣхъ. б) 5/xi 1894 г., докладчикъ былъ приглашенъ къ беременной, жаловавшейся на ежеминутныя, крайне болѣзненные позывы къ

мочеиспусканію. Больная, 34 лѣтъ, носить мѣсячныя съ 13 лѣтъ, безъ болей, всегда правильно, черезъ 4 недѣли, по 3 дня. Послѣдніе 2 раза (въ апрѣлѣ и 10 мая), крови пришли съ болью, продолжались 5—6 дней и были гораздо обильнѣе обыкновеннаго. Первые роды, 14/VI 1883 г., прошли вполне благополучно. Затѣмъ больная вскорѣ овдовѣла, и, выйдя замужъ вторично, выкинула на 2-мъ мѣсяцѣ беременности 23/XII 1893 г. Пользовавшій ее тогда врачъ никакихъ неправильностей со стороны половыхъ органовъ не находилъ.

На срединѣ передней стѣнки матки, на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> поперечныхъ пальца выше лобка, полушаровидная опухоль, основаніе которой равняется, приблизительно, мѣдному пятаку; опухоль плотная, ровная, немного сдвигающаяся во всѣ стороны по поверхности матки и крайне болѣзненная. Другихъ ненормальностей ни въ маткѣ, ни въ пузырьѣ, ни въ полости малаго таза нѣтъ. Распознана небольшая подсывороточная міома; припадки со стороны пузыря объяснены, какъ явленія отраженныя. На заявленіе мужа больной, что бывшіе накануне трое врачей предложили оперативное пособіе и что операція назначена на завтра, докладчикъ отвѣтилъ, что и онъ присоединяется къ мнѣнію товарищей, руководствуясь слѣдующими соображеніями: увеличивающаяся, по словамъ больной, опухоль несомнѣнно будетъ и впредь быстро расти во время беременности; хотя температура и нормальна, но крайняя болѣзненность опухоли даетъ полное основаніе ожидать, что воспаленіе, если не самого новообразованія, то одѣвающей его брюшины также будетъ идти впередъ; слѣдовательно, впереди предстоятъ либо преждевременные роды, либо операція, но при условіяхъ гораздо худшихъ, чѣмъ въ настоящее время.

Опухоль у больной была вылучена и признана міомою. Послѣоперационное теченіе прошло гладко. Черезъ 4 недѣли больная вновь обратилась къ докладчику: разрѣзъ у нея былъ сдѣланъ по бѣлой линіи; черезъ тонкіе брюшные покровы прощупывался поперечный рубецъ на мѣстѣ удаленной опухоли, ложе которой было зашито въ поперечномъ направленіи; общее состояніе больной ничего особеннаго не представляло. Въ концѣ января, однако, докладчикъ замѣтилъ, что рубецъ на мѣстѣ удаленной опухоли сталъ шире и выдавался, по наведеннымъ справкамъ,

микроскопическое изслѣдованіе вылущенной опухоли, произведенное проф. *Н. В. Петровымъ*, показало несомнѣнную саркому. Тогда возникъ важный вопросъ, что дѣлать? Съ одной стороны, и мать и отецъ желали имѣть ребенка, а, съ другой—предстояла задача—сохранить не только здоровье, но и жизнь беременной. Принимая во вниманіе относительно позднее появленіе возврата и остающійся только одинъ мѣсяць до срока родовъ, съ одной стороны, а, съ другой—громадное значеніе этого мѣсяца для жизнеспособности ребенка, докладчикъ рѣшилъ, что ожиданіе срочныхъ родовъ лишь незначительно ухудшитъ предсказаніе для матери и что поэтому только послѣ нихъ слѣдуетъ удалить больную матку. И, дѣйствительно, опухоль увеличивалась крайне медленно. 1/III наступили роды, которые были кончены наложеніемъ щипцовъ; родился здоровый и крѣпкій мальчикъ. Послѣ родовъ можно было опредѣлить еще вторую опухоль на задней поверхности матки.

Въ послѣродовомъ времени—медленное обратное развитіе матки и продолжительное задержаніе въ ней стустковъ. За три дня до операціи полость матки была выскоблена и затампонирована марлей; только послѣ это каналъ шейки закрылся и матка стала меньше. 23/III матка вырѣзана черезъ влагалище. Больная поправилась. Удаленная матка, длиною въ 11 см. показана Обществу. При разрѣзѣ опухоли на мѣстѣ бывшей ранѣ операціи найдена шелковая нить, которой, непрерывнымъ швомъ, было обшито ложе удаленной опухоли. Стѣнки и внутренняя поверхность матки ничего, по видимому, болѣзненнаго не представляютъ. Микроскопическое же изслѣдованіе еще не закончено.

4) *Д. О. Оттъ*, въ pendant къ сообщенію *В. А. Вастена*, показалъ *громадную фибросаркому, которая развилаь внѣбрюшинно, сзади и слева отъ шейки матки, расщепивъ широкую связку*. Верхняя граница опухоли доходила до меча. Не смотря на крайній рискъ, сопряженный съ операціей, докладчикъ рѣшился на нее вслѣдствіе наличности жизненныхъ показаній. Постепенными перевязками сосудовъ,—главнымъ образомъ, громадныхъ венныхъ сплетеній, удалось вылущить опухоль и срѣзать матку надъ влагалищемъ. Когда, однако, послѣ разрѣза опухоли оказалось, что центръ ея размягченъ, то немедленно

же удалена и оставшаяся часть шейки. Ложе опухоли затампонировано марлей, конец которой выведенъ въ рукавъ. Операция длилась около 3 часовъ. Въ послѣоперационномъ времени произошла закупорка венъ лѣвой ноги, съ установившимся затѣмъ боковымъ кровообращеніемъ. Послѣ операціи прошли уже 3 недѣли, и больная, несомнѣнно, внѣ опасности. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало, что въ участкахъ ближе къ центру имѣлась саркома, ближе же къ окружности—фиброміома. Сообщая данный случай, докладчикъ, между прочимъ, указалъ на то обстоятельство, что когда для предварительнаго обеззараживанія канала шейки послѣднюю пришлось захватить, какъ это обыкновенно дѣлается, пулевыми щипцами, то отъ уколовъ ими получилось столь сильное кровотеченіе, что оно лишь съ трудомъ было остановлено тампономъ. Это, повидимому, подтверждаетъ указанную д-ромъ *Ивановымъ* кровоточивость при саркомахъ. Въ заключеніе *Д. О.* еще разъ отмѣтили несостоятельность нашихъ способовъ распознаванія саркоматознаго перерожденія фиброміомъ.

5) *Ө. Я. Ростковскій* показалъ препаратъ *полуголового плода* съ волчьей пастью, уродливымъ ухомъ, недостающею грудною костью и отчасти расщепленными брюшными покровами (вслѣдствіе чего сердце и часть печени лежатъ снаружи), мозговою грыжею и *Simonart'*овыми нитями.

6) *В. А. Вастенъ* показалъ препаратъ *внѣматочной трубной беременности*, соответствующей приблизительно 6-й недѣлѣ.

7) *Д. О. Оттъ* показалъ *два вырѣзанныя имъ черезъ влагалище пораженныя ракомъ матки*. Въ одномъ случаѣ былъ мозговикъ, а въ другомъ—канкроидъ.

8) *Ө. Я. Ростковскій* сообщилъ «*Случай эклампси во время родовъ*», при которомъ онъ успѣшно примѣнилъ подкожныя впрыскиванія спермина *А. В. Пеля*. Въ теченіи 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ онъ впрыснулъ 19 шприцевъ (13 ампулъ). Родильница выписалась здоровой на 21 день. При поступленіи количество бѣлка въ мочѣ равнялось 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а при выпискѣ—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*У. Э. Верцинскій* замѣтилъ, что вѣроятно, докладчикъ ошибся въ опредѣленіи количества бѣлка; вѣдь, онъ самъ говорилъ, что для этой цѣли примѣнялся приборъ *Esbach'a*; приведенныя имъ цифры, слѣдовательно, на 1000, а не на 100.

Ө. Я. Ростковскій возразилъ, что изслѣдованія производились въ Гатчинскомъ придворномъ госпиталѣ, врачомъ, который всегда производитъ подобныя изслѣдованія, и что приведенныя имъ цифры—процентныя.

И. Л. Долмскій высказался въ томъ смыслѣ, что „одна ласточка не дѣлаетъ весны“, а одно наблюденіе ничего не доказываетъ.

Д. О. Оттз, испытавшій выпрыскиванія спермина въ 15 случаяхъ, „не взялся бы подписать благотворное дѣйствіе его“. Кроме того, Д. О. удивляется, почему докладчикъ въ столь краткій срокъ выпрыснулъ такъ много спермина; это не вяжется съ теоретическимъ объясненіемъ дѣйствія названнаго средства, объясненіемъ, которое даетъ самъ А. В. Пелл. Единственное заключеніе, которое можно вывести изъ сообщенія докладчика, сводится къ тому, что можно безъ вреда въ теченіи 10<sup>1,2</sup> часовъ выпрыснуть 19 шприцовъ спермина.

В. Н. Массенъ въ одномъ случаѣ примѣнилъ сперминъ, но тоже безуспѣшно.

Ө. Я. Ростковскій возразилъ, что онъ и самъ не дѣлаетъ никакихъ выводовъ, а, сообщая свой случай, руководствовался лишь желаніемъ обратить вниманіе товарищей на подкожныя выпрыскиванія спермина при эклампсіи, какъ на средство, которое быть можетъ, дать хорошіе результаты.

9) Д. О. Оттз говорилъ «О ложномъ консерватизмѣ въ дѣлѣ сохраненія промежности при родахъ и о возстановленіи застарѣлыхъ разрывовъ ея». Предварительно была показана больная, у которой, при, повидимому, цѣлой промежности, выпадаютъ матка и стѣнки рукава. Причина подобнаго явленія кроется въ томъ, что собственно тазовое дно, всѣ мышцы его—разрушено, и кажущаяся цѣлою промежность состоитъ только изъ складки кожи снаружи и слизистой оболочки рукава—снутри, такъ что вся эта промежность положительно просвѣчиваетъ и, разумѣется, не можетъ оказывать надлежащей опоры для внутреннихъ половыхъ органовъ. Къ сожалѣнію, подобныя явленія наблюдаются въ практикѣ нерѣдко: стараются, во что бы то ни стало, сохранить промежность и достигаютъ того, что сохраняютъ только кожу, мышцы же разрываются подъ вліяніемъ сильнаго и долговременнаго надавливанія головки. Докладчикъ думаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ показано предупреждающее разсѣченіе промежности до задняго прохода, чтобы скорѣе окончить роды, т. е. устранить вредное давленіе подлежащей головки. Разумѣется, не всѣ промежности подлежатъ разсѣченію: въ этомъ отношеніи слѣдуетъ руководствоваться объемомъ головки, ея приспособляемостью, степенью сопротивленія промежности и т. д.; но если только промежность начала рваться, то безусловно во всѣхъ случаяхъ

слѣдуетъ разрѣзать ее. Если нѣкоторые, напр., *Hegar*, утверждаютъ, что даже всѣ разорванныя промежности послѣ родовъ, будучи зашиты, заживаютъ первымъ натяженіемъ, то это тѣмъ болѣе примѣнимо къ промежностямъ разрѣзаннымъ; слѣдуетъ только зашивать ихъ всегда *lege artis*. При застарѣлыхъ разрывахъ тазоваго дна, съ промежностью, состоящею изъ одной кожи и слизистой оболочки, и при одновременномъ выпаденіи стѣнокъ рукава, докладчикъ въ былое время прибѣгалъ къ кольпорафіямъ и очень часто убѣждался въ бесполезности этой операціи; да оно и понятно: избытокъ стѣнокъ рукава удалялся, но коренная причина выпаденія—отсутствіе опоры вслѣдствіе разорваннаго тазоваго дна—оставалась не устраненной. Въ виду этого, докладчикъ уже около 5 лѣтъ прибѣгаетъ къ слѣдующему способу: онъ предварительно разсѣкаетъ уцѣлѣвшую кожную промежность до заднепроходнаго жома и затѣмъ только производитъ кольпоперинеорафію. Разсѣченіе производится на такую глубину, чтобы добраться до уцѣлѣвшихъ мышцъ и сшить ихъ. При такомъ способѣ получается промежность, приближающаяся къ нормальной; и съ тѣхъ поръ, какъ докладчикъ такимъ образомъ оперируетъ, онъ не имѣлъ болѣе неудачи. Швы въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ накладывать этажные.

*Е. Ф. Бацевичъ* замѣтилъ, что промежность рвется не только потому, что головка сильно и долго надавливаетъ на нее, а очень часто и потому, что головка растягиваетъ промежность неправильно—снизу, у заднепроходнаго жома, какъ это, на примѣръ, бываетъ при узкой лонной дугѣ, плоскомъ тазѣ и т. д. Задача зкушера, слѣдовательно, въ подобныхъ случаяхъ, сводится къ тому, чтобы заставить растягиваться промежность не снизу—вверхъ, ее сверху—внизъ.

*Д. О. Оттъ* возразилъ, что онъ не считалъ нужнымъ перечислять всѣ тѣ условія, которыя могутъ вызвать разрывъ промежности—по той простой причинѣ, что считаетъ все это хорошо извѣстнымъ присутствующимъ. Кромѣ причинъ, указанныхъ *Бацевичемъ*, существуютъ и многія другія, но это нисколько не измѣняетъ сущности дѣла и не можетъ служить возраженіемъ противъ высказанныхъ имъ положеній; отъ чего бы промежность ни начала рваться и какія бы причины въ томъ или другомъ случаѣ ни привели врача къ убѣжденію, что она неминуемо разорвется, ее слѣдуетъ разрѣзать.

Предсѣдательствовавшій, во время доклада *Д. О. Отта*, *В. А. Ва-стенъ* вполне присоединился къ мнѣнію докладчика, замѣтивъ, что, къ сожалѣнію, и въ настоящее время многіе акушеры при разрывахъ промежности ограничиваются наложеніемъ только кожныхъ швовъ.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ*.

Секретарь *Личкусъ*.