

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 3.

Засѣданіе 26-го Марта 1898 года.

Предсѣдательствовали: сначала **Д. О. Оттъ**, а затѣмъ **В. А. Вастень**.

Присутствовали 23 члена: Бекманъ, Верцинскій, Герзони, Даниловъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Канегиссеръ, Киселевъ, Лякусъ, Массенъ, Піотровичъ, Порошинъ, Преображенскій, Рутковский, Садовскій, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова и 17 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 2.

По прочтеніи протокола прошлаго засѣданія, **В. А. Вастень** замѣтилъ слѣдующее: въ 1896 г. въ отдѣленіи была оперирована больная съ разорвавшейся беременною трубою, при явленіяхъ полнаго упадка силъ; вся кровь была оставлена въ брюшной полости. Черезъ годъ и 3 мѣсяца та же больная поступила въ хирургическое отдѣленіе Обуховской больницы съ припадками непоходимости кишекъ. При операціи брюшная полость оказалась совершенно нормальною: *не было и слѣда какихъ бы то ни было сращеній*; непроходимость же была обусловлена образовавшимся около культи соединительнотканнымъ тяжемъ, подъ который подошла петля тонкой кишки. Больная поправилась.

2) **А. И. Кацъ** (изъ отдѣленія **В. А. Вастена**) показаль:
а) 4 препарата фиброміомъ матки; три опухоли, межуточныя, выросли изъ задней стѣнки матки и удалены по соче-

танному способу, при чемъ одна изъ нихъ оказалась саркоматозно перерожденною. Особенный интересъ представляетъ слѣдующій случай: больная, 25 л., съ конца декабря 1896 г., 2 мѣсяца хворала при повышенной температурѣ: опредѣлено новообразование, осложнившееся большимъ воспаленіемъ тазовой брюшины. 25/x 1897 г. больная вновь поступила въ отдѣленіе: межуточная фиброміома, до пупка, слѣва доходящая почти до тазовой стѣнки, малоподвижная, вслѣдствіе сращеній—остатковъ стараго выпота. Операция 15/xi 1897 г. При разрѣзѣ брюшины оказалось, что опухоль съ нею сращена; сращеніе плотное, соединительнотканное, шириною въ 6—7 см.; толщина сращенія въ срединѣ 2—2½ см.; къ краямъ тоньше. При отдѣленіи матки отъ передней брюшной стѣнки удалена часть брюшины. Слѣва, въ широкой связкѣ, оказался такой же рубецъ, въ толщѣ котораго пришлось перевязывать сосуды (лигатуры). Въ послѣоперационномъ времени, всѣ эти остатки бывшаго выпота вполне рассосались; міома задней стѣнки послѣ разрѣза оказалась кашицеобразною, вполне распавшеюся. Въ *четвертомъ* случаѣ имѣлись 2 подбрюшинныя фиброміомы. Больная, 34 л., замѣтила опухоль 3 года тому назадъ. Большая опухоль, доходившая до пупка, на относительно тонкой, но широкой ножкѣ, прикрѣплялась на передней стѣнкѣ матки, у лѣваго угла. Ножка была клиновидно срѣзана, и рана зашита узловатыми швами; на поверхности срѣза пришлось отдѣльно перевязать небольшую артерію.

Маленькая опухоль сидѣла на довольно длинной ножкѣ, прикрѣпленной около внутренняго зѣва и походила при изслѣдованіи на болѣзненно измѣненный яичникъ; ножка этой опухоли была перевязана въ два пучка и обшита брюшиной; матка и яичники, какъ нормальные, оставлены. Послѣоперационное время прошло гладко. При выпискѣ—мѣста прикрѣпленія опухолей не прощупывались; б) *пароваріальную кисту съ перекрученной ножкой*. Больная 35 л., поступила въ отдѣленіе по поводу болей внизу живота. 37,5°; п. 72. Животъ не вздутъ; черезъ стѣнки его прощупывается упругая опухоль, верхушка которой на 2 поперечныхъ пальца выше пупка. Чувствительность въ правой паховой области. Матка запрокинута назадъ; опухоль исходитъ изъ правыхъ придатковъ. На дру-

гой день, при 39^0 и п. 96, вполне ясно выразились припадки перекручиванія ножки (вздутіе живота, сильныя боли, рвота), почему и сдѣлано тотчасъ же чревосѣченіе. Черезъ разрѣзъ брюшной стѣнки киста извлечена щипкомъ; ножка ея, перекрутившаяся $2\frac{1}{2}$ раза, перевязана въ 2 пучка; послѣ срѣза кисты, культя обшита брюшиной.—Въ брюшной полости было немного сывороточно-кровянистой жидкости, которая удалена. Послѣоперационное теченіе гладкое. Препараты представляютъ пароваріальную кисту съ кровоизліяніемъ; в) 6 препаратовъ *трубной беременности*.

Въ 2-хъ случаяхъ произошелъ разрывъ трубы, а въ 4-хъ трубный выкидышъ. Три больныя, доставленныя въ отдѣленіе съ полнымъ упадкомъ силъ, вслѣдствіе громаднаго кровоизліянія въ брюшную полость, были оперированы немедленно по прибытіи; остальные же три находились болѣе или менѣе продолжительное время подъ наблюденіемъ. Подробностей всѣхъ этихъ случаевъ *докладчикъ* не сообщилъ, такъ какъ они будутъ вскорѣ описаны. Всѣхъ больныхъ, за исключеніемъ одной (*А. Е. Барсуковъ*) оперировалъ *В. А. Вастенъ*. Въ заключеніе *Кацъ* замѣтилъ, что всѣхъ случаевъ иномѣстной (эктопической) беременности въ отдѣленіи *В. А. Вастена* было 134. Изъ нихъ въ 78 случаяхъ пришлось сдѣлать чревосѣченіе, при чемъ 33 больныя были оперированы уже при полномъ упадкѣ силъ.

3) *А. И. Замшинъ* показалъ: а) *фиброматозно-перерожденную матку*, съ $1\frac{1}{2}$ кулака, удаленную имъ кускованіемъ черезъ рукавъ. Больной 42 года, она рожала 3 раза; въ послѣдній разъ 18 лѣтъ тому назадъ. Послѣоперационное теченіе—гладкое. б) Удаленную чрезъ рукавъ *матку, пораженную ракомъ влагалищной части*. Больной 43 года, рожала 7 разъ, въ послѣдній разъ 2 года тому назадъ. Въ этомъ случаѣ былъ удаленъ и правый, кистовидно перерожденный, яичникъ. Больная поправилась. в) Удаленную чрезъ рукавъ *матку пораженную ракомъ полости и межуточными и подсывороточными фиброзными узлами*. Въ виду узкости рукава пришлось надрѣзать промежность. Больной 48 лѣтъ; она перестала носить мѣсячныя 16 лѣтъ тому назадъ; годъ назадъ появились бѣли, крови и сукровичныя выдѣленія. Послѣоперационное теченіе—гладкое.

4) В. Н. Массенъ сдѣлалъ сообщеніе: «Къ вопросу о нарушении цѣлости передней брюшной стѣнки и тазового дна у родившихъ». Указавъ на то, что несмотря на безспорную важность, вопросъ о нарушении цѣлости брюшной стѣнки и тазового дна представляется еще мало разработаннымъ, докладчикъ поставилъ на видъ безусловное значеніе этихъ нарушенийъ для здоровья женщины. Остановившись прежде всего на нарушении цѣлости передней брюшной стѣнки, докладчикъ, на основаніи своего клиническаго опыта, указалъ, какимъ измѣненіямъ подвергается эта стѣнка подъ вліяніемъ беременности и родовъ и какъ она восстанавливается въ послѣродовомъ періодѣ. При погрѣшностяхъ въ діететикѣ послѣродового періода растянутыя мышцы и бѣлая линія далеко не достигаютъ того состоянія, въ какомъ онѣ находились до родовъ, въ результатѣ чего получается постоянное растяженіе, апоневроза, дряблость и тонкость мышечныхъ стѣнокъ, что въ свою очередь влечетъ за собой измѣненіе формы живота, пониженіе внутрибрюшиннаго давленія и пр. Изложивъ затѣмъ, на основаніи изслѣдованій проф. *Holl*'я, свѣдѣнія о *diaphragma pelvis rectale*, М. пришелъ къ тому заключенію, что мышцы тазовой діафрагмы (*m. levator ani auctorum*) являются по преимуществу сжимателями нижняго отверстія брюшной полости и представляются по своему фізіологическому дѣйствію антагонистами мышцъ брюшной стѣнки, благодаря чему совокупность мышцъ тазовой діафрагмы, въ отличіе отъ мышцъ живота, можетъ быть названа *m. constictor communis inferior*. Отмѣтивъ далѣе, что всѣ 4 мышцы, составляющія тазовую (прямокишечную) діафрагму, какъ въ области своего *raphe*, такъ и въ своихъ сухожильныхъ скрѣпахъ въ другихъ мѣстахъ, имѣютъ полную возможность растягиваться, докладчикъ указалъ на то, что подъ вліяніемъ родовъ, при непосредственномъ давленіи на діафрагму подлежащей части, въ мышцахъ этой діафрагмы могутъ получиться разрывы и растяженія, въ чемъ не трудно убѣдиться у постели родильницы. Подъ вліяніемъ беременности мышцы тазовой діафрагмы, на ряду съ другими органами малаго таза, подвергаются приливу крови, набухлости и извѣстной степени гипертрофіи. Въ послѣродовомъ періодѣ эти мышцы должны возвратиться къ первоначальному объему,

но, подобно мышцамъ брюшной стѣнки, при нарушении правильности послѣродоваго періода—остаются вялыми, дряблыми и вызываютъ опущеніе матки и влагалища, даже при отсутствіи разрыва промежности. Вообще, нарушение цѣлости тазовой діафрагмы и растяженіе входящихъ въ нее мышцъ въ этиологіи неправильныхъ положеній и выпаденій матки играетъ большую роль тѣмъ измѣненія связочнаго аппарата матки или промежности. Профилактикой противъ нарушеній цѣлости тазовой діафрагмы служитъ правильное веденіе родовъ, а въ случаѣ препятствія для рожденія предлежащей части со стороны мягкихъ частей выхода—разсѣченіе промежности—боковое или срединное (по *garhe*). Разсѣкая промежность, врачъ долженъ имѣть въ виду, главнымъ образомъ, *не сохраненіе мышцъ промежности*, но мышцъ выше промежности находящихся, т. е. *тазовой діафрагмы*. Терапія нарушеній цѣлости мышцъ діафрагмы, при цѣлости кожи и слизистой оболочки, весьма ограничена, т. к. трудно рѣшиться разсѣкать ткани въ предположеніи разрыва. Но при нарушении цѣлости влагалищной стѣнки цѣлесообразно наложить глубокой погружной шовъ подъ всей поверхностью влагалищной раны въ надеждѣ захватить этимъ швомъ оттянутый и надорванный *m. levator ani auctorum*. Въ заключеніи своего доклада *М.* остановился на разрывахъ промежности, которые ему представляются очень серьезными послѣдствіями родоваго акта. Необходимо, чтобы разрывы промежности зашивались исключительно врачами и при томъ съ чрезвычайной тщательностью. *М.* горячій защитникъ ранняго вторичнаго зашиванія несросшейся промежности. Во всѣхъ его 10 случаяхъ зашиванія такихъ промежностей получилось первое натяженіе при безлихорадочномъ теченіи. Вторичное зашиваніе у родильницъ совершается по типу зашиванія старыхъ несросшихся промежностей, этажными шелковыми швами.

Докладъ *М.* сопровождался показываніемъ рисунковъ, относящихся къ монографіи проф. *Holl'*я.

В. А. Вастену тоже неоднократно приходилось прибѣгать къ раннему вторичному зашиванію промежности. Результатъ всегда получался хорошій.

На замѣчаніе *Н. С. Каннигсера*, что въ докладѣ опущены нѣкоторые литературныя данныя, напр., работы проф. *П. Ф. Лесафта*, *В. Н. возра-*

зиль, что литература собрана имъ очень подробно, но что онъ не упомянулъ о ней, не желая чрезчуръ утомлять слушателей.

Д. О. Оттъ, указавъ на то, что поднятый сначала имъ, а теперь и докладчикомъ, вопросъ представляетъ еще много темныхъ сторонъ, какъ со стороны анатомической, такъ и физиологической, поблагодарилъ В. Н. за его весьма интересное сообщеніе.

5) В. В. Преображенскій сообщилъ случай *placentae praeviae*, поучительный въ томъ отношеніи, что дѣтское мѣсто состояло изъ 2 обособленныхъ, соединенныхъ только оболочками, долей, причемъ прикрѣпленіе пуповины было плевистое; одновременно существовало и многоводіе. При поворотѣ на ножку, съ послѣдующимъ извлеченіемъ, сосуды пуповины разорвались, что и было непосредственной причиной смерти плода. Въ заключеніе докладчикъ остановился вкратцѣ на этиологіи предлежанія дѣтскаго мѣста. Докладъ сопровождался предъявленіемъ препарата и рисунковъ.

В. Н. Массенъ, въ Гаваньскомъ Пріютѣ, наблюдалъ случай совершенно правильныхъ родовъ у многородящей, при чемъ дѣтское мѣсто имѣло тѣже особенности, какъ и въ случаѣ докладчика. Показанное Массеномъ дѣтское, въ свѣжемъ видѣ, вѣсило 750 грм.; оно состояло изъ 2, совершенно отдѣльныхъ частей; пуповина прикрѣплялась на самомъ краю одной части, откуда сосуды шли, черезъ эту часть и оболочки, къ другой части. Такія дѣтскія мѣста встрѣчаются довольно рѣдко: по наблюденію д-ра Массена, 1 разъ на 4506 родовъ. У нѣкоторыхъ породъ обезьянъ такая форма послѣда нормальна, при чемъ одна доля помещается на передней, а другая на задней поверхности матки.

В. А. Вастень поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе.

Предсѣдатель Д. Оттъ.

За Секретаря В. Массенъ.