

Протоколы

ЗАСѢДАНІЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ

№ 82.

13 марта 1896 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. А. Малиновскій.

Присутствовали: Д. А. Абулалзе, Д. А. Воробьевъ, М. О. Вознесенскій, Ю. А. Гижицкій, Н. С. Гржибовскій, В. П. Жемчужниковъ, Н. М. Звиняцскій, К. К. Кеглеръ, Г. Г. Левицкій, Н. П. Марьяничъ, П. Т. Нейштубе, С. В. Петриковскій, Г. Ф. Писемскій, Н. Н. Подрѣзанъ, А. А. Редихъ, С. А. Тудубъ, Н. В. Унтиловъ, А. П. Яхонтовъ и 55 гостей.

1) Прочитанъ и утверждень протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Библиотекаремъ сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и изданій:

Журналъ Общества Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* № 3, 1895 г.—*Паргаминъ*. Наслѣдственность и гигиена брака.—*Журналъ „Акушерка“*. № 3, 1896 г.

3) Д-ръ *С. Д. Янтольскій* (гость) прочелъ главу (переводъ) изъ сочиненія Сорана Эфесскаго «*О женскихъ болѣзняхъ*». Соранъ происходитъ изъ г. Эфеса въ Малой Азій. Получивъ первоначальное медицинское образованіе на своей родинѣ, онъ работалъ для дальнѣйшаго усовершенствованія въ Александріи. Побывавъ затѣмъ въ другихъ городахъ, бывшихъ въ то время центрами образованія, Соранъ поселился въ Римѣ, гдѣ и занялся медицинской практикой. Время его дѣятельности здѣсь совпадаетъ съ царствованіемъ Императоровъ Траяна и Адриана.

(конецъ I и начало II вѣка по Р. Х.). Въ Римѣ Соранъ приобрѣлъ величайшую славу, какъ ученаго медика, такъ и врача практика. Онъ оставилъ сочиненія по терапевтикѣ, хирургіи, общей патологіи, фармакологіи, исторіи медицины и др. и былъ лучшимъ для своего времени знатокомъ анатоміи, занимаясь изученіемъ ея на человѣческихъ трупахъ. Его познанія въ анатоміи женскихъ половыхъ органовъ далеко оставляютъ за собою познанія его предшественниковъ и даже превосходятъ нѣкоторыхъ послѣдующихъ авторовъ въ томъ числѣ и Галена. Въ прочитанной главѣ («Какова природа матки и женскихъ половыхъ органовъ»), объяснивъ значеніе названій матки («мэтра, гистэра, дельфусъ»), С. подробно останавливается (§ 7) на топографическомъ положеніи матки, описывая ея отношенія къ мочевому пузырю у дѣвочекъ, женщинъ рожавшихъ и нерожавшихъ и во время беременности. Въ § 8 описываются связки матки, ихъ измѣненія: сморщиванія подѣ влияніемъ воспаленія и растяженія. Въ маткѣ (§ 10) С. различаетъ зѣвъ (*orificium*), шейку (*collum*) и затылокъ (*cervix*), и совокупность этихъ частей—рукоятку (*kaula*, современное *cervix*); далѣе онъ описываетъ плечи (*umeri*), бока (*latera*), дно (*fundus* современное *corpus* (?) *uteri*). Часть лежащая внутри матки подѣ дномъ—основаніе (*basis*), полость (*cavum*), брюшко (*venter*) и каналъ (*sinus*). У взрослыхъ женщинъ зѣвъ матки отстоитъ отъ наружныхъ частей пальцевъ на 5—6 и раскрывается во время родовъ, при половомъ возбужденіи, послѣ зачатія и во время менструаціи. Матка (§ 11) состоитъ изъ нервовъ, венъ, артерій и мяса. Нервы берутъ начало отъ оболочекъ спинного мозга, артеріи (двѣ) и вены (двѣ) отъ прилежащихъ по позвоночному столбу полой вены и толстой артеріи. Яичники получаютъ по одной венѣ и одной артеріи. Придатки матки расположены по одному съ каждой стороны и покрыты собственной оболочкой. «Сѣмянные проходы» идутъ отъ обоихъ яичниковъ къ маткѣ. Яичники могутъ входить въ составъ паховыхъ грыжъ. Матка (§ 13) состоитъ изъ двухъ оболочекъ: наружная болѣе богата нервами, глаже, тверже и бѣлѣе и внутренняя—мясистѣе, мягче, краснѣе и изобилуетъ кровеносными сосудами. Матка (§ 15) не безусловно необходима для жизни, она не только выпадаетъ, но можетъ быть даже вырѣзываема. У матки есть

природная связь съ грудными железами. Съ измѣненіями ея въ періодѣ зрѣлости, беременности, менструаціи, въ пожиломъ возрастѣ и при смерти зародыша наступаютъ соответственные измѣненія и въ железахъ.

Чтеніе было поясняемо рисунками и примѣчаніями переводчика.

Проф. Маминскій выразилъ удивленіе глубокой наблюдательности старыхъ авторовъ, а въ частности Сорана и его свѣдѣніямъ въ области топографической и описательной анатоміи женскихъ половыхъ органовъ. Интересный докладъ д-ра *Янпольскаго* еще разъ подтверждаетъ ту мысль, нерѣдко забываемую современными авторами, что при изученіи медицинскихъ вопросовъ всегда слѣдуетъ начинать съ изученія старыхъ авторовъ, у которыхъ нерѣдко можно найти весьма важныя и существенныя данныя.

4) *Д-ръ Ю. А. Гижинскій* сообщилъ *случай уремии послѣ родовъ*.

Пятаго Декабря 1895 г. докладчикъ былъ приглашенъ изъ клиники къ больной родильницѣ, два дня тому назадъ разрѣшившейся преждевременно живымъ плодомъ.

Изъ разспросовъ оказалось, что за мѣсяць до родовъ наблюдались отеки конечностей, лица и сильныя головныя боли; беременность была первая. Послѣ родовъ головныя боли не уменьшились и больная въ тотъ же день впала въ сонливое состояніе и потеряла зрѣніе. На другой день состояніе ея здоровья еще болѣе ухудшилось и заставило прибѣгнуть къ врачебной помощи. Докладчикъ нашелъ больную въ полубезсознательномъ состояніи, лицо и конечности отечны, t^0 —37,8. Со стороны матки выражены явленія воспаленія слизистой ея оболочки. Въ мочѣ: бѣлокъ—8⁰/₁₀₀; въ осадкѣ мочи цилиндры—зернистые, гіалиновые, почечный эпителий, кровяные шарики и мочекислыя соли. По изслѣдованію специалистовъ со стороны зрѣнія: амаутозисъ уремического центрального происхожденія; со стороны нервной системы: легкое ступорозное состояніе, упадокъ вниманія, ослабленіе памяти и амнестическая афазія. Лѣченіе: слабительныя, спорынья, промываніе влагалища 2⁰/₁₀ растворомъ карболовой кислоты, молочная діета и ледъ на животъ. Сознаніе и зрѣніе появились на 6 день, встала съ постели на 17-й. Черезъ 5 недѣль ухудшеніе, ради чего больная была отправлена въ Александровскую больницу на излеченіе.

Спустя мѣсяць, она выписалась изъ больницы съ небольшимъ количествомъ ($1/4^0/00$) бѣлка и цилиндровъ (гiалиновыхъ) въ мочѣ. Полагая, что въ данномъ случаѣ имѣлась тяжелая форма воспаленія почекъ (nephritis), а не «почка беременныхъ», докладчикъ обращаетъ вниманіе на отсутствіе судорогъ, обстоятельство, имѣющее отношеніе къ теоріи эклампсіи. Для появленія экламптическихъ судорогъ, видимо, недостаточно одного отравленія организма продуктами обмѣна веществъ; а необходимо присутствіе еще какого-то фактора, который собственно и способствуетъ появленію экламптическихъ припадковъ.

Въ преніяхъ приняли участіе д-ра *Редлихъ*, *Писемскій*, *Вознесенскій*, *Швоеръ-Летецкій* (гость) и проф. *Малиновскій*.

Редлихъ сказалъ, что при страданіяхъ почекъ изъ опасенія интоксикаціи слѣдуетъ избѣгать промываній влагалища, а въ особенности матки сильными дезинфецирующими веществами, какъ напр., карболовая кислота. Точно также слѣдуетъ быть осторожнымъ и при назначеніи препаратовъ спорынья въ виду имѣющихся часто въ этихъ случаяхъ измѣненій нервно мышечнаго аппарата сердца.

Писемскій. Теченіе болѣзни говоритъ скорѣе за то, что въ данномъ случаѣ была именно „почка беременныхъ“, а не воспаленіе почекъ (nephritis). Въ исторіи болѣзни нѣтъ никакихъ указаній на то, что было страданіе почекъ еще до беременности и съ другой стороны появленіе разстройствъ дѣятельности почекъ только къ концу беременности, и быстрое улучшеніе болѣзни говоритъ въ пользу почки беременныхъ. Присутствіе же крови въ мочѣ, отмѣчаемое докладчикомъ, какъ признакъ нефрита, встрѣчается и при почкѣ беременныхъ (Leyden.). вмѣстѣ съ тѣмъ нѣтъ никакой причины считать слѣиоту за первый признакъ уреміи, появившейся только послѣ родовъ: гораздо вѣроятнѣе появленіе уреміи слѣдуетъ отнести къ концу беременности, когда появились головныя боли.

Вознесенскій, въ виду отсутствія измѣненій въ сердцѣ, считаетъ, что въ данномъ случаѣ скорѣе была почка беременныхъ.

Швоеръ-Летецкій замѣтилъ что если бы было сдѣлано количественное изслѣдованіе мочи на мочевины, то по уменьшонному количеству послѣдней можно было бы судить о характерѣ измѣненій въ почкахъ.

Проф. *Малиновскій* высказался также противъ нефрита.

5) Д-ръ *Г. Г. Левинскій* прочелъ свой и д-ра *В. Н. Голоукаго* докладъ подъ заглавіемъ «*Оваріотомія черезъ прямую кишку во время родовъ*».

Еврейка 3., 24 л., правильно менструируетъ съ 13 л., беременна была въ 3 разъ. Первыя двѣ беременности окончи-

лись выкидышемъ на 2 мѣсяцѣ. Въ январѣ 1895 г., на клинической амбулаторіи, распознана дермоидная киста праваго яичника величиною въ кулакъ, расположенная въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ. Послѣдніе регулы 12 мая 1895 г. На IV мѣсяцѣ беременности поступила въ клинику для оваріотоміи во время беременности, но была выписана безъ операціи вслѣдствіе настойчиваго желанія больной доносить плодъ до срока и въ расчетѣ на то, что небольшая опухоль по мѣрѣ роста матки можетъ выйти изъ полости малаго таза. Второго февраля 1895 г. больная поступила въ клинику въ родахъ. Тазъ: D. Sp.—24,5; D. Cr.—28,0; D. Tr.—34,0; Conj. ext.—20,0. Положеніе плода продольное; опухоль совершенно неподвижна и помѣщается въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ; внутри опухоли справа мыса прощупывается небольшое костное образованіе подтвердившее діагнозъ дермоида. Родовая дѣятельность слаба. Продолжительность перваго періода родовъ 170 часовъ. Къ концу этого періода головка опустилась большимъ сегментомъ въ полость таза. Воды отошли на 3-й день, при зѣвѣ открытомъ на 2¹/₂ поперечныхъ пальца. Къ этому времени развился colpitis sub partu; t⁰—38,0; P.—120; седьмого февраля 1895 г., т. е. на 5 день родовъ, въ 7 часовъ вечера, при вполнѣ раскрытомъ зѣвѣ, на головку, стоящую большимъ сегментомъ въ полости таза, наложены щипцы. Опухоль при влеченіи щипцами сплюснулась и опредѣлялась въ видѣ валика, окаймляющаго головку сзади. Многократными тракціями головка низведена къ выходу таза и стала показываться въ половой щели; въ это то время было замѣчено выпячиваніе опухоли черезъ раскрытое заднепроходное отверстіе; вслѣдъ за этимъ стѣнка кишки надъ выпятившимся сегментомъ опухоли разорвалась.

Въ виду этого влеченіе щипцами прекращено. Черезъ разрывъ кишки стѣнка кисты проколота троакаромъ; содержимое дермоида выдавливалось съ трудомъ; въ виду этого отверстіе прокола расширено и тогда только опухоль была опорожнена. Послѣ опорожненія опухоли плодъ былъ извлеченъ безъ затрудненій, но уже мертвымъ. Въ послѣдовомъ періодѣ—сильное атоническое кровотеченіе, которое едва удалось остановить и послѣ удаленія дѣтскаго мѣста. Затѣмъ, послѣ перевязки ножки

кисты, опухоль была удалена, и разрывъ кишки зашить 14 узловатыми швами. Киста состояла изъ двухъ отдѣловъ и содержала салоподобную жидкость и костное образованіе. Послѣ операціи больная умерла спустя 33 часа при явленіяхъ малокровія и воспаленія брюшины. Температура вскорѣ поднялась до $38,5^{\circ}$ Ц., а затѣмъ упала до $35,8^{\circ}$ Ц. Вѣсъ плода 4350 грм., длина 52,0; окружность головки 38,0. На вскрытіи обнаружено: острый фибринозно-гнойный перитонитъ въ тазу, и рѣзкое малокровіе. По мнѣнію авторовъ доклада смерть произошла отъ анеміи при ограниченномъ септическомъ перитонитѣ. Приведа соотвѣтственную казуистику изъ литературы (3 случая), докладчики сдѣлали заключеніе, что оваріотомію черезъ прямую кишку не слѣдуетъ считать оперативнымъ методомъ, имѣющимъ право гражданства, а смотрѣть на нее нужно какъ на операцію *e necessitate*.

Въ преніяхъ приняли участіе д-ра *Редлихъ*, *Шуварскій*, *Писемскій*, *Абуладзе*, *Янпольскій*, *Вознесенскій*, *Тулубъ* и проф. *Малиновскій*.

Редлихъ замѣтилъ слѣдующее: 1) такъ какъ не было сдѣлано внутреннее измѣреніе таза и не былъ измѣренъ плодъ по *Ahlfeld*'у то едвали въ данномъ случаѣ возможно было высказывать мнѣніе, что тазъ обширный и ставить такимъ образомъ благоприятный прогнозъ для родовъ, т. е. что головка можетъ пройти мимо опухоли, а потому; 2) слѣдовало бы при началѣ родовъ попытаться вправить опухоль вверхъ изъ полости таза подъ хлороформнымъ наркозомъ; и это вполне могло имѣть мѣсто, такъ какъ при вскрытіи оказалось, что опухоль была безъ сращеній и имѣла длинную ножку. Вправление опухоли было бы во всякомъ случаѣ менѣе рискованнымъ вмѣшательствомъ въ смыслѣ возможности нанесенія травмы, благодаря присутствію въ опухоли острыхъ костныхъ образований, чѣмъ наложеніе щипцовъ; 3) простой узловатый шовъ, одноэтажный едвали можно считать умѣстнымъ для накладыванія на кишку; 4) причиной смерти ближе всего слѣдуетъ считать септическое зараженіе, при чемъ зараженіе могло произойти или со стороны влагалища, въ которомъ до операціи былъ уже опредѣленъ *colpitis*, съ повышеніемъ температуры, или же инфицирующія микробы могли проникнуть изъ кишки, которая не была подготовлена передъ операціей. 5) Положеніе опухоли дермоида въ заднемъ сводѣ говоритъ противъ признака *Küstner*'а, который считаетъ его патогно-монистическимъ. Дермоидъ здѣсь опредѣлялся въ заднемъ сводѣ еще въ то время, когда больная была не беременна.

Левинскій отвѣтилъ, что не было сдѣлано попытокъ вправить опухоль потому, что послѣдняя казалась совершенно неподвижной.

Шуварскій, Писемскій и проф. *Малиновскій* предложили нѣкоторые вопросы съ цѣлью выяснить механизмъ разрыва кишки кпухолью.

Левицкій сказалъ, что при наложеніи щипцовъ головка съ опухолью находилась въ полости малаго таза. При влеченіи головки опухоль выпятила переднюю стѣнку прямой кишки настолько сильно, что подъ напоромъ ея стѣнка разорвалась.

Шуварскій. Въ то время когда послѣдоваль разрывъ стѣнки кишки головка показывалась уже въ половой щели. Какимъ образомъ разрывъ кишки, какъ оказалось, произошелъ на 10 сант. выше отъ заднепроходнаго отверстія? Не способствовала ли разрыву косточка, бывшая въ полости кисты?

Абуладзе. Въ разрывѣ кишки первымъ показался именно тотъ отдѣлъ опухоли, въ которомъ находилась косточка. Что же касается внутреннихъ размѣровъ таза, о которыхъ говорилъ д-ръ *Редмихъ*, то размѣры діагональной конъюгаты предполагались не менѣе нормальныхъ, такъ какъ при измѣреніи ея мыслъ не достигался.

По мнѣнію д-ра *Янпольскаго* разрыву могли способствовать измѣненія въ стѣнкѣ кишки, наступившія вслѣдствіе давленія во время продолжительныхъ родовъ.

Вознесенскій сказалъ, что слѣдовало бы опорожнить кисту разрывомъ черезъ влагалище.

Левицкій замѣтилъ, что едвали бы это удалось при такомъ густомъ содержимомъ опухоли.

6) Д-ръ *В. Лозинскій* показалъ *женщину съ добавочнымъ (З-мъ) соскомъ*. Василиса З., 35 л.; происходитъ изъ семьи вполне здоровой. Уродовъ, кретиновъ и психопатовъ въ семействѣ и между родными не было. Беременна 8 разъ. Послѣдніе роды въ акушерской клиникѣ. Въ строеніи туловища и конечностей особенностей не замѣчается. Въ строеніи лица и головы можно отмѣтить нѣсколько признаковъ вырожденія: ушные сережки приращены, лобъ узокъ, твердое нѣбо стоитъ высоко; прогнатизмъ рѣзко выраженъ. Грудныя железы развиты хорошо, равной величины, отвислы, дольки прощупываются ясно. На правой одинъ хорошо развитой сосокъ, на лѣвой—два, при чемъ одинъ, правильно развитой, расположенъ на обычномъ мѣстѣ, другой находится на 1 сант. кверху отъ нижняго края железы и на 2 сант. кнутри отъ сосковой линіи. Онъ гораздо меньшихъ размѣровъ (въ горошину) и вообще имѣетъ видъ недоразвитого. Форма добавочнаго соска цилиндро-коническая, пигментация перѣзкая. Монгомеровы тѣльца выражены не ясно. Расстояніе между нормальнымъ и добавочнымъ соскомъ—6 сант.

Молоко выдавливается изъ добавочнаго соска хорошо, хотя въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ изъ остальныхъ. Изъ всѣхъ трехъ сосковъ отдѣленіе молока наступило одновременно.

7) Д-ръ *А. Л. Орловскій* за позднимъ временемъ ограничился только демонстраціей, отложивъ сообщеніе свое до слѣдующаго засѣданія. Демонстрировались два микроскопическіе препарата: 1) *триперный гной*, въ которомъ были ясно видны *гонококки* въ клѣткахъ и 2) *чистая культура гонококковъ*. Изъ макроскопическихъ препаратовъ—2 пластинчатая культуры трипернаго гноя и нѣсколько пробирокъ съ чистыми культурами гонококковъ. Питательной средой служила смѣсь 2 част. М. П. А. 2⁰/₀+1 часть содержамаго кисты яичника; при чемъ послѣдняя бралась или профильтрованная черезъ свѣчу *Pasteur—Chamberlend'a*, или не фильтрованная, полученная стерильною при операціи, что контролировалась въ термостатѣ. Кромѣ того, въ одной пробиркѣ ростъ гонококковъ получился непосредственно только на одной кистовой жидкости, свернутой при t⁰ 72⁰ Ц.

Административное засѣданіе.

Предсѣдательствовалъ прибывшій въ засѣданіе *проф. Рейнъ*. Прочитаны *curricula vitae* предложенныхъ въ дѣйствительные члены Общества д-ровъ *Дацкова* и *Кузнецова*.

Дацковъ, Василій Осиповичъ, родился въ 1857 году, обучался въ Кіевской I гимназій, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1875 году. По окончаніи гимназій, поступилъ на медицинскій факультетъ Университета св. Владиміра и окончилъ курсъ въ 1886 году со степенью лекаря съ отличіемъ. Тѣчасъ по окончаніи университета (казенный стипендіатъ) былъ командированъ Министромъ Внутреннихъ Дѣлъ въ Могилевскій уѣздъ Подольской губ. врачомъ санитарнаго отряда для борьбы съ эпидеміей дифтерита. Въ 1891 году Медицинскимъ Факультетомъ Университета св. Владиміра назначенъ былъ помощникомъ прозектора по кафедрѣ нормальной анатоміи но, хотя былъ утвержденъ Попечителемъ Округа, не занялъ этой должности въ виду несогласія Министра Внутреннихъ Дѣлъ на переходъ его, какъ казеннаго стипендіата, въ Министерство Народнаго Про-

свѣщенія. вмѣсто этого Медицинскимъ Департаментомъ былъ назначенъ на должность сельскаго врача въ г. Оршу Могилевской губ. Въ томъ же 1891 году въ октябрѣ мѣсяцѣ назначенъ былъ уѣзднымъ врачомъ въ гор. Сѣнно Могил. губ. Въ 1892 году перешелъ въ г. Наровчатъ Пензенской губ. на должность городского и земскаго врача и здѣсь вначалѣ завѣдывалъ женскимъ отдѣленіемъ городской и уѣздной земской больницы (30 кроватей съ гинекологическимъ и родильнымъ отдѣленіями). Въ Мартѣ 1894 года назначенъ былъ старшимъ врачомъ той же больницы (100 кроватей). Въ апрѣлѣ 1895 года перешелъ на Ю. З. Ж. Д. участковымъ врачомъ, каковымъ состоитъ и понынѣ.

Кузнецовъ, Николай Федоровичъ, окончилъ гимназію въ Владивостокѣ, а университетскій курсъ въ 1894 году въ Кіевѣ. Въ настоящее время служитъ земскимъ врачомъ въ Хорольскомъ уѣздѣ Полтавской губ. въ м. Остапѣ.

По произведенной баллотировкѣ д-ра *Дациковъ* и *Кузнецовъ* избраны въ *дѣйствительные члены* Общества большинствомъ голосовъ.

Предсѣдатель Г. Рейнь.

Секретарь Г. Писемскій.