

## IX.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія д-ра Г. И. Гиммельфарба въ одесской городской больницѣ.*

## КЪ ВОПРОСУ О ВОЗСТАНОВЛЕНІИ ПРОМЕЖНОСТИ ПО ЛОСКУТНОМУ МЕТОДУ (LAWSON-TAIT).

Д-ра Г. А. Гольцмана.

Читано въ засѣданіи Общества одесскихъ врачей 12 января 1891 г.

Разрывы промежности являются однимъ изъ самыхъ частыхъ страданій у женщинъ. Причиною ихъ въ большинствѣ случаевъ служатъ роды. Относительно частоты разрывовъ при родахъ—авторы несогласны между собою; но большинство акушеровъ принимаетъ, что въ 20% родовъ у перво- или многородящихъ женщинъ случаются разрывы промежности. Несомнѣнно, что каждый свѣжій разрывъ промежности, достигающій извѣстной величины, слѣдуетъ зашивать непосредственно послѣ родовъ. Наложенный непосредственно послѣ родовъ шовъ большею частью ведетъ къ заживленію *per primam intentionem*. Такимъ образомъ, число старыхъ, самопроизвольно зажившихъ рубцомъ—разрывовъ промежности должно становиться все меньше и меньше.

Не то, однако, мы видимъ въ Одессѣ, гдѣ непосредственно послѣ родовъ зашиваніе промежности производится очень рѣдко. Происходитъ это главнымъ образомъ оттого, что акушерки, ведущія громадное большинство родовъ, рѣдко зовутъ врача въ случаѣ разрыва промежности. Только полные разрывы промежности—въ особенности съ разрывомъ сфинктера, заставляють ихъ прибѣгнуть къ врачебной помощи. Между тѣмъ не только полные разрывы промежности, вслѣдствіе *incontinentia alvi* совершенно отравляющіе жизнь женщины, но и разрывы неполные служатъ причиною цѣлаго ряда гинекологическихкихъ и нерв-

ныхъ страданій, требующихъ возстановленія промежности. Неудивительно потому, что операція возстановленія промежности пользуется громаднымъ вниманіемъ со стороны лучшихъ гинекологовъ, послѣдствіемъ чего явилось большое количество методовъ перинеопластики и ихъ модификацій.

Всѣ методы возстановленія промежности можно раздѣлить на 3 категоріи: 1) методъ основной *Simon-Hegar'a*, 2) методъ *Freund'a* (собственно модификація I-го основнаго метода) и 3) методъ лоскутный, основывающійся на принципѣ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки.

Требованія, предъявляемые нынѣ ко всякому методу перинеопластики, гораздо выше прежнихъ. Отъ перинеопластики требуется: 1) чтобы возстановленная посредствомъ нея промежность совершенно походила на нормальную, чтобы возстановленъ былъ анатомическій и физиологическій *status quo ante*, и

2) Чтобы возстановленіе промежности производилось возможно проще, легче и скорѣе.

Съ этой единственно правильной точки зрѣнія только и возможно обсужденіе сравнительныхъ достоинствъ различныхъ методовъ<sup>1)</sup>.

Г) По *Simon-Hegar'*овскому методу мы получаемъ промежность широкую, но мало плотную; влагалище—въ особенности въ нижней задней части, съужено и теряетъ значительно въ способности растягиваться. Такимъ образомъ опасность въ смыслѣ разрыва промежности и влагалища во время послѣдующихъ родовъ значительно повышена: сохраненіе ихъ въ цѣлости уаается не всегда. Происходитъ это потому, что при этомъ способѣ срѣзывается вся нижняя часть *columnae rugarum*, представляющая, какъ извѣстно, самую крѣпкую и въ то же время самую подвижную и легко растяжимую часть влагалища. Такимъ образомъ, при методѣ *Simon-Hegar'a* менѣе подвижныя части влагалища должны быть приближены такимъ

<sup>1)</sup> *Otto Küstner*: «Die Indicationen und Methoden der Perineoplastik». Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1886, XIII Bd. 1 Hft. 98 стр. и сл.

образомъ, чтобы онѣ лежали посрединѣ новообразованной задней влагалищной стѣнки. Съ удаленіемъ *columnae rugarum*, мы получаемъ, значить, двѣ невыгодныя стороны:

1) мы удаляемъ ту часть влагалища, которая могла бы служить самой крѣпкой опорой для новообразованной промежности и

2) мы получаемъ влагалище узкое и нерастяжимое. Кромѣ того, такъ какъ боковыя части влагалища, которыя мы притягиваемъ къ средней линіи ея, фиксированы болѣе или менѣе въ глубинѣ, то новообразованная задняя стѣнка влагалища претерпѣваетъ углубленіе, лежащее сейчасъ надъ *introitus vaginae*. При полныхъ разрывахъ промежности недостатки метода *Simon-Hegar*'а выступаютъ еще рѣзче. Вышеописанное углубленіе надъ *introitus vaginae* обыкновенно еще глубже, чѣмъ при разрывахъ неполныхъ, такъ что *septum recto-vaginale* въ этомъ мѣстѣ сравнительно очень тонко, что *способствуетъ образованію кишечно-влагалищныхъ фистулъ*. Вторымъ способствующимъ моментомъ къ образованію кишечно-влагалищныхъ фистулъ при методѣ *Simon-Hegar*'а является то обстоятельство, что при немъ, въ случаѣ полного разрыва, приходится накладывать швы съ 3-хъ сторонъ: со стороны кишки, влагалища и промежности. Такимъ образомъ, швы, производя натяженіе ткани въ трехъ различныхъ направленіяхъ, способствуютъ омертвѣнію ткани, находящейся въ мѣстѣ наибольшаго натяженія. Кромѣ того, швы, находящіеся во влагалищѣ и прямой кишкѣ, смачиваются влагалищнымъ и кишечнымъ отдѣленіемъ, что, конечно, способствуетъ нагноенію швовъ и, опять-таки, образованію фистулъ, которыя, дѣйствительно, являются послѣ операціи полного разрыва въ рукахъ даже такого спеціалиста этой операціи, какъ самъ *Hegar*. Затѣмъ, при возстановленіи промежности по *Simon-Hegar*'у совершенно не принимается во вниманіе ни механизмъ разрыва промежности и влагалища, ни требованіе полного возстановленія нормальныхъ отношеній. Въ самомъ дѣлѣ, фигура освѣженія по *Simon-Hegar*'у основывается на предположеніи, что раз-

рывъ промежности проходить въ прямомъ направленіи, снаружи и спереди кнутри и кзади, разсѣкая пополамъ *columnam rugarum* влагалища и *garhe* промежности. По отношенію къ разрывамъ влагалища уже *Freund* замѣтилъ, что разрывъ во влагалищѣ не разсѣкаетъ пополамъ *columnam rugarum*, но охватываетъ ее или съ одной стороны, или съ обѣихъ сторонъ, вилообразно. По отношенію же направленія разрыва на промежности въ особенности проф. *Küstner* настойчиво выставилъ положеніе, что разрывы на промежности рѣдко захватываютъ *garhe*, а проходятъ большею частью по одной или другой сторонѣ отъ нея.

Что же касается до требованія—соединенія между собою только тѣхъ частей, которыя нормально прилежатъ другъ къ другу, то въ этомъ отношеніи методъ *Simon-Hegar*'а въ силу теоретическихъ соображеній, на которыхъ онъ построенъ, долженъ, по общему мнѣнію, наиболѣе удовлетворять анатомическимъ даннымъ. Но на самомъ дѣлѣ, при методѣ *Simon-Hegar*'а удаляется далеко не одинъ только промежностный рубецъ, а помимо его, удаляется много совершенно здоровой ткани, какъ изъ влагалища, такъ и изъ промежности; такъ что, въ лучшемъ случаѣ, въ случаѣ успѣха операціи, полного возстановленія нормальныхъ отношеній мы не получаемъ. Въ случаѣ же неуспѣха, мы послѣ операціи получаемъ большій дефектъ ткани, чѣмъ раньше, такъ что послѣдующее освѣженіе представляетъ еще меньше шансовъ на возстановленіе промежности; наконецъ, наступаетъ такое состояніе, когда дальнѣйшее оперированіе по *Simon-Hegar*'у вслѣдствіе недостатка ткани—становится невозможнымъ.

Такимъ образомъ, нисколько не отрицая, что методъ *Simon-Hegar*'а представлялъ въ свое время громадный успѣхъ въ перинеопластикѣ, давая возможность получать широкую и довольно удовлетворительную въ функціональномъ отношеніи промежность, и считая, что и нынѣ операція по этому методу можетъ быть съ успѣхомъ примѣняема въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы при выпаденіи передней или задней стѣнки влагалища или

опущенія матки стараемся нарочно даже получить сѣуженіе влагалища; мы тѣмъ не менѣе должны считать методъ *Simon-Hegar*'а далекимъ отъ идеала пластической промежностной операціи, долженствующей возстановить полнѣйшій status quo ante. Что касается до втораго выставленнаго нами требованія возможной простоты, легкости и скорости выполненія операціи, то въ случаѣ неполныхъ разрывовъ операція не принадлежитъ къ труднымъ. Въ случаѣ же полныхъ разрывовъ умѣлое освѣженіе и наложеніе троякаго рода швовъ—въ особенности, кишечныхъ—требуетъ большаго практическаго навыка и отнимаетъ много времени; операція затягивается часа на  $1\frac{1}{2}$ —2. Такое затягиваніе операціи помимо другихъ неудобствъ для больной, въ смыслѣ болѣе продолжительнаго наркоза и т. д., мѣшаетъ также болѣе строгому выполненію антисептики, что такъ важно въ перинеопластикѣ, гдѣ крайне необходима prima intentio <sup>1)</sup>).

Всѣ эти темныя стороны метода *Simon-Hegar*'а заставили гинекологовъ различнымъ образомъ модифицировать его. Значительнымъ и въ высшей степени важнымъ шагомъ впередъ служить модификація *Simon-Hegar*'овскаго метода, предложенная *Freund*'омъ. Глубже вникнувъ въ анатомическія условія промежностной раны, *Freund* не вырѣзываетъ на задней стѣнкѣ влагалища *columnam rugarum posteriorem*, а окружаетъ послѣднюю раневой поверхностью, переходящею кольцевидно въ боковые концы разрыва. Такимъ образомъ, результаты операціи *Freund*'а лучше *Simon-Hegar*'овскихъ: получается широкая, болѣе плотная промежность; влагалище, правда, сѣуженное, но вслѣдствіе сохраненія *columnae rugarum* болѣе способное растягиваться и потому имѣющее больше шансовъ остаться цѣлымъ при послѣдующихъ родахъ. Выигрывая въ этомъ отношеніи, операція *Freund*'а теряетъ однако въ томъ смыслѣ, что способъ этотъ представляетъ еще больше техническихъ трудностей, чѣмъ *Hegar-Simon*'овскій. Такъ какъ во всемъ остальномъ методъ *Freund*'а вполне походитъ на этотъ послѣдній, то все, сказан-

<sup>1)</sup> *J. Veit*. Deutsche med. Woch. 1885 № 38.

ное по отношенію къ методу *Simon-Hegar'a*, относится и сюда.

Оба эти метода и многочисленныя модификаціи ихъ *Hildebrandt'a*, *Hirschberg'a*, *Winckel'a*, *Bischoff'a*, *Staude* и др. (послѣдніе три представляютъ переходъ къ методамъ лоскутнымъ), давая недурные функціональные результаты, оставляютъ безъ удовлетворенія требованіе возстановленія анатомическаго status quo, такъ какъ при нихъ не принимается во вниманіе ни механизмъ промежностнаго разрыва, ни анатомическія условія промежностнаго рубца. Между тѣмъ какъ методы, основывающіеся на *расщепленіи кишечно-влагалищной стѣнки*, исходятъ именно изъ этихъ данныхъ и *потому должны считаться вполне научными*. Критики методовъ, основывающихся на расщепленіи кишечно-влагалищной стѣнки, не отдѣляя достаточно ясно самаго принципа лоскутнаго метода отъ тѣхъ пріемовъ, коими выполняетъ возстановленіе промежности тотъ или иной послѣдователь *Lawson-Tait'a*, возражаютъ и иногда довольно основательно противъ деталей операціи, думая, что такимъ образомъ и самый принципъ операціи теряетъ свое значеніе. Это, понятно, совершенно ложный взглядъ: важна не та или иная модификація метода, предложенная *Lawson Tait'омъ*, *Sänger'омъ* или др., а важенъ самый принципъ операціи, который можно назвать наиболѣе приближающимся къ тому идеалу перинеопластики, требованія которой я выставилъ выше.

Согласно этому принципу мы добиваемся 1) получить совершенно нормальную промежность и 2) дѣйствовать при этомъ консервативно, не удаляя ни кусочка ткани. Достигнуть этого можно всего проще такимъ образомъ, что, производя поперечную рану и зашивая ее въ саггитальномъ направленіи, мы при этомъ совершаемъ лишь перемѣщеніе ткани изъ одного ненормальнаго направленія въ то направленіе, въ которомъ ткань находилась до разрыва. Этимъ методомъ пользуются всегда хирурги при пластическихъ операціяхъ; укажу для примѣра операцію выворота вѣка и т. д. Приложение этого общаго принципа

даже особенно примѣнимо въ перинеопластикѣ, ибо здѣсь заживленіе раны происходитъ перпендикулярно къ направленію разрыва; между тѣмъ какъ разрывъ промежности происходитъ большею частью продольно, рубецъ послѣ самопроизвольнаго излѣченія разрыва представляется болѣе или менѣе поперечнымъ. И такъ, самымъ естественнымъ должно явиться желаніе подойти подъ этотъ рубецъ и, получивъ ранную поверхность, растянуть ее въ сагитальномъ направленіи и такимъ образомъ зашить ее. Въ такомъ случаѣ мы вполне выполняемъ принципъ пластической операціи, перемѣщая лишь ткань промежности, но не удаляя ея, а съ другой стороны, мы соединяемъ такія части промежности, которыя и нормально лежатъ одна возлѣ другой. Мысль идти по тому же направленію, по которому произошелъ разрывъ, оттянувъ вверхъ ткань, содержащую рубецъ, и соединить соотвѣтствующія части, такъ проста, что не удивительно, что она разомъ и непосредственно другъ отъ друга родилась въ умахъ многихъ гинекологовъ, и во всякомъ случаѣ она не принадлежитъ одному *Lawson-Tait*'у: *Langenbeck*'у, *Demargay*, *Le Fort*'у, норвежцу *Voss*'у, шотландцу *Simpson*'у, датчанину *Stein*'у, *Fritsch*'у—всѣмъ имъ, наравнѣ съ *Tait*'омъ, принадлежитъ эта идея. Заслуга *Tait*'а заключается лишь въ томъ, что онъ, упростивъ въ высшей степени технику операціи, сдѣлалъ ее популярной и легко доступной всѣмъ гинекологамъ. Но только благодаря горячей пропагандѣ *Sänger*'а, его прекраснымъ демонстративнымъ докладамъ на 60-мъ и 61-мъ гинекологическихъ съѣздахъ въ Висбаденѣ и Кельнѣ, операція восстановления промежности путемъ расщепленія кишечно-влагалищной стѣнки получила всеобщее распространение. Но методъ *Sänger*'а <sup>1)</sup> поперечнаго разрѣза съ двумя продольными перпендикулярными къ первому—нельзя считать вполне удовлетворительнымъ прежде всего потому, что онъ чрезчуръ схематиченъ. Дѣйствительно, разрывы промежности происхо-

---

<sup>1)</sup> *Max Sänger*. «Ueber Perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale и Lappenbildung» *Volkman's Sammlungen* № 301.

дять по разнымъ направлєніямъ, большею частью, нѣсколько уклоняясь отъ срединной линіи тѣла, а рубецъ рѣдко проходитъ совершенно поперечно, а чаще нѣсколько косо; поэтому, желая возстановить промежность, близкую къ нормальной, мы должны по возможности придерживаться рубца. Поэтому, модификацію проф. *Славянскаго*, описанную въ диссертациі д-ра *Родзевича*<sup>1)</sup>, по которой дѣлается дугообразный разрѣзь, охватывающій промежностный рубецъ, слѣдуетъ считать шагомъ впередъ въ этомъ отношеніи.

Дальнѣйшимъ шагомъ по пути возстановленія промежности, по возможности близкой къ нормѣ, слѣдуетъ считать модификацію, примѣняемую проф. *Küstner*'омъ и описанную въ диссертациі ученикомъ его, д-ромъ *W. Krause* («Die Methoden der Perineopl., dargestellt im Anschluss an 30, nach L. Tait'schen perineop. operirte Fälle») Dorpat. 1890.—Проф. *Küstner* прежде всего также строго придерживается рубца отъ разрыва и, кромѣ того, старается соединить только соотвѣтствующіе участки ткани. Онъ совершенно основательно указываетъ на то, что при способѣ *Tait*'а верхняя граница продольныхъ разрѣзовъ—граница малыхъ и большихъ губъ—во-первыхъ, неопредѣленна, такъ какъ она не у всѣхъ женщинъ находится на одинаковой высотѣ, и, во-вторыхъ, не соотвѣтствуетъ нормальнымъ отношеніямъ, ибо концы малыхъ губъ, при ихъ соединеніи, не прилежатъ, какъ бы слѣдовало, другъ къ другу, а переходятъ одна въ другую, образуя, вмѣсто commissura posterior, совершенно замкнутый кругъ, вслѣдствіе чего, понятно, значительно суживается introitus vaginae. Такимъ образомъ, проф. *Küstner* оперируетъ слѣдующимъ образомъ: захвативъ двумя пинцетами крайнія *carunculae myrtiformes*, которыя служатъ для него началомъ разрѣза, онъ растягиваетъ ихъ въ обѣ стороны и такимъ образомъ ясно очерчиваетъ рубецъ, лежащій между ними. Разрѣзь проходитъ между обѣими *carunculae myr-*

<sup>1)</sup> Д-ръ *Б. Родзевичъ*. «Возстановленіе промежности по лоскутному методу (*Lawson-Tait*) Спб. 1889, № 65, стр. 27 и слѣд.



tiformes, нигдѣ не поднимаясь выше ихъ: продолженій разрѣза вверхъ или внизъ при этомъ не дѣлается. Растягивая края раны вверхъ и внизъ, расщепляютъ *septum recto-vaginale* на столько высоко, чтобы обѣ *sacunculae myrtiformes*, представляющія концы разрѣза, безъ всякаго натяженія ткани, могли бы быть приближены другъ къ другу. Растянувъ рану въ сагитальномъ направленіи, производятъ ея зашиваніе (стр. 26 и слѣд.). При этой модификаціи операціи возстановленія промежности путемъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки, мы, дѣйствительно, не удаляя ни кусочка ткани, получаемъ совершенно нормальныя отношенія и, кромѣ того, не связанные никакой схемой освѣженія, мы свободно можемъ индивидуализировать каждый случай <sup>1)</sup>).

Что касается до втораго требованія, которое мы можемъ предъявить къ лоскутному методу — простоты, сравнительной легкости и скорости выполненія, то въ этомъ отношеніи всѣ согласны, что методъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки, имѣетъ значительныя преимущества передъ *Simon-Hegar*'овскимъ и, въ особенности *Freund*'овскимъ. Оперировать *неполный* разрывъ промежности по лоскутному методу — есть дѣло, сравнительно настолько простое, что многіе операторы обходятся безъ хлороформеннаго наркоза, а пользуются мѣстнымъ анестезированіемъ (кокаиномъ). Сама операція дѣлается въ нѣсколько минутъ.

Въ случаѣ *полнаго* разрыва операція представляетъ больше техническихъ трудностей: расщепленіе кишечно-влагалищной перегородки нужно производить осторожно, дабы не поранить

---

<sup>1)</sup> Когда работа моя была уже составлена, я съ удовольствіемъ прочелъ сообщеніе д-ра *Миронова* (Журн. Ак. и Ж. б., 91 г., 1 кн.) о модификаціи возстановленія промежности, примѣняемой проф. *Winkel*'емъ. Въ сущности модификація эта ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ модификаціи проф. *Küstner*'а, описанной мною выше. Сообщеніе д-ра *Миронова* еще больше утверждаетъ меня въ томъ убѣжденіи, что путемъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки, мы можемъ на ряду со всѣми выгодными сторонами *Simon-Hegar*'овскаго метода, избѣгнуть темныхъ сторонъ послѣдняго метода, не удаляя ни кусочка ткани и сохраняя нормальныя отношенія.

ни кишечной стѣнки, ни влагалища. Самая трудная часть операціи заключается въ проведеніи нити. Значительно облегчаетъ дѣло, если выводить нить по срединѣ ранной поверхности и затѣмъ на нѣкоторомъ разстояніи снова ввести ее. *L. Tait*'у, который иначе не шьетъ теперь, это легко сдѣлать, ибо онъ пользуется при зашиваніи промежности исключительно *silwer-nigt'omъ*. При шитьѣ серебромъ это не такъ удобно. Въ этомъ отношеніи длинная, плоская, съ рукояткой игла *Peasle* оказывается большія услуги: она даетъ возможность гораздо легче провести шовъ подъ всей ранной поверхностью, не задѣвъ ни кишечной, ни влагалищной стѣнки. Но все же операція полного разрыва по лоскутному методу несравненно легче и дѣлается скорѣе, чѣмъ по другимъ способамъ. Укажу, для примѣра, на *F. Barnes*'а (сына)<sup>1)</sup>, который дѣлаетъ операцію *полнаго* разрыва промежности по методу *Tait*'а, нѣсколько имъ видоизмѣненному, въ 6 минутъ, причемъ въ 12-ти оперированныхъ имъ за послѣднее время случаяхъ *полнаго* разрыва не было ни одного неудачнаго, причемъ въ число этихъ 12-ти случаевъ входятъ и такіе, гдѣ послѣ многихъ попытокъ оперировать по методамъ съ удаленіемъ ткани, пришлось изъ-за недостатка ткани—прибѣгнуть къ методу *Tait*'а.

Несмотря на значительныя преимущества лоскутнаго метода, противъ него со стороны нѣкоторыхъ гинекологовъ слышится не мало возраженій. Безпристрастія ради слѣдуетъ рассмотреть, не имѣетъ ли въ самомъ дѣлѣ лоскутный методъ перинеопластики — особенныхъ, ему лишь свойственныхъ — недостатковъ, и насколько основательны возраженія, дѣлаемыя противниками его.

На первый планъ выставляется всеми то обстоятельство, что лоскутный методъ перинеопластики пригоденъ лишь для тѣхъ случаевъ разрыва промежности, гдѣ послѣдній проходитъ недалеко отъ гарне; при асимметрическихъ разрывахъ промежности онъ непримѣнимъ. — Дѣйствительно, это возраженіе со-

<sup>1)</sup> *F. Barnes*. On perineovhaphy by flap-splitting II edit. Lond. 1890. p. 6.

вершено справедливо, если непременно придерживаться метода *Sänger'a*, но если строго придерживаться рубца отъ стараго разрыва и, всего лучше по моему мнѣнію, модификаціи *Küstner'a*, то это возраженіе, по соображеніямъ, указаннымъ мною выше, теряетъ свое значеніе.

Далѣе, указываютъ <sup>1)</sup> между прочимъ на то, что сохраненіе ткани промежности имѣетъ для большой и то важное неудобство, что нетронутымъ остается также и рубецъ отъ прежняго разрыва, который мѣстнымъ раздраженіемъ можетъ вызвать цѣлый рядъ нервныхъ явленій общаго и мѣстнаго характера — въ видѣ зуда, гиперѣстезіи, *dyspareuni*'и и т. д. Факты говорятъ однако противъ этого: несмотря на сотни перинеоррафій, произведенныхъ по лоскутному методу, никто не указывалъ на то, чтобы послѣ операціи наблюдались такого рода явленія, вызываемыя оставшимся рубцомъ. — Рубецъ этотъ скоро до того истончается, что отъ него не остается и слѣда. Пока же онъ не успѣлъ еще истончиться, онъ также не вызываетъ никакихъ непріятныхъ явленій, тогда какъ до операціи онъ вызывалъ отраженныя явленія, производя натяженіе ткани и сдавливаніе нервныхъ окончаній; перенесенный же во влагалище — рубецъ расслабляется, натяженія ткани и сдавливанія нервовъ не производитъ — слѣдовательно, не можетъ и вызывать рефлекторныхъ явленій.

Третье возраженіе противъ лоскутнаго метода заключается въ томъ, что врядъ ли возстановленная по лоскутному методу промежность способна будетъ при послѣдующихъ родахъ выдержать напоръ подлежащей ткани. Но помимо теоретическихъ соображеній, приведенныхъ мною выше, достаточно видѣть, какая плотная и мощная промежность получается послѣ *Tait'*овской операціи, чтобы не сомнѣваться въ томъ, что она, по крайней мѣрѣ, такъ же хорошо будетъ функціонировать при родахъ, какъ промежность, образованная по другимъ способамъ. Окончательно рѣшить этотъ вопросъ могутъ одни только факты.

<sup>1)</sup> Д-ръ *Мыкертчянцъ*. Журн. Ак. и Ж. Б. 1890. №№ 7 и 8, стр. 471.

Наблюденія подобнаго рода приведены у *L. Tait'a* въ сочиненіи его «Diseases women and abdominal surgery. Vol. I». Leicester. 1889. Такъ какъ другихъ наблюденій родовъ у больныхъ съ возстановленными промежностями въ большомъ количествѣ не существуетъ, то я позволю себѣ привести здѣсь слова *Tait'a* буквально: «Получающаяся послѣ перинеопластики промежность поразительно широка, и срастаніе почти неизбѣжно, такъ какъ на *многія сотни случаевъ* (many hundreds of cases) я только 2 раза имѣлъ неудачу, и притомъ потому, что раньше были произведены операциі съ удаленіемъ ткани (denuding operations)» р. 69 и дальше: «Наконецъ никакой другой способъ операциі не даетъ такой промежности, которая могла бы выдержать напряженіе при слѣдующихъ родахъ; результаты же послѣ моего метода таковы, что *въ 26 случаяхъ родовъ*, имѣвшихъ мѣсто послѣ возстановленія промежности по моему способу, не было ни одного разрыва промежности, и я не знаю ни одного случая, гдѣ такое поврежденіе произошло бы» р. 70.

Противники лоскутнаго метода указываютъ, наконецъ, и на то, что промежности послѣ заживленія значительно углубляются, слѣдовательно, не имѣютъ нормальной формы. Но въ-первыхъ, отнюдь не всегда новообразованныя промежности получаютъ втянутыми, а наоборотъ, бываютъ случаи, когда этой втянутости послѣ операциі совсѣмъ нѣтъ. Во-вторыхъ, тамъ, гдѣ втянутость и углубленіе наблюдаются въ извѣстной степени сейчасъ послѣ операциі, оно черезъ нѣкоторое время значительно уменьшается, и въ-третьихъ, наконецъ, углубленіе на промежности *не есть ничто ненормальное*, ибо оно встрѣчается у доброй половины женщинъ. Въ этомъ несомнѣнно можетъ убѣдиться каждый, кто станетъ за этимъ слѣдить при изслѣдованіи половыхъ органовъ у живыхъ. На трупахъ промежность, дѣйствительно, является такой, какъ ее рисуютъ на атласахъ, т. е. совершенно плоской; но при гинекологическомъ изслѣдованіи поразительно часто приходится наблюдать вдавленія на промежностяхъ, и иногда довольно значительныя.

Случаи, которые я имѣлъ возможность наблюдать, были

перированы д-ромъ *Г. И. Гиммельфарбомъ* по лоскутному методу—путемъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки. Всѣхъ оперированныхъ было 13. Между оперированными былъ 1 случай полного разрыва промежности; остальные же 12 случаевъ относились къ разрывамъ II-й степени. Въ большинствѣ случаевъ разрывъ промежности сопровождался большимъ или меньшимъ выпаденіемъ передней или задней—или обѣихъ вмѣстѣ стѣнокъ влагалища, опущеніемъ матки, гипертрофіей *portionis vaginalis*, разрывомъ шейки и т. д. Во всѣхъ этихъ случаяхъ раньше дѣлались—смотря по надобности—*colporrhaphia anterior* или *posterior*, *amputatio colli*, *operatio Emmeti*, *abrasio mucosae* и т. д.

Считая лишнимъ подробно излагать исторіи болѣзней всѣхъ оперированныхъ больныхъ, я позволю себѣ здѣсь остановиться лишь на нашемъ случаѣ полного разрыва промежности, представляющемъ большой интересъ не только *ad hoc*, но и во многихъ другихъ отношеніяхъ.

23 октября 1890 года поступила въ 18-ю палату Одесской Городской больницы—дѣвочка 13 лѣтъ, Ольга Андриановна Черная (скорбн. лист. № 7963), поднятая на рога коровою 1<sup>1/2</sup> года тому назадъ, т. е. когда дѣвочкѣ было 11<sup>1/2</sup> лѣтъ, и съ того времени страдающая относительнымъ недержаніемъ кала, т. е. недержаніемъ, наступающимъ у больной послѣ поднятія тяжести, быстрыхъ и энергичныхъ движеній, сильнаго крика и т. д. При изслѣдованіи оказалось, что у больной совершенно нѣтъ промежности; существуетъ только тоненькій *septum-recto-vaginale*, причемъ значительная часть сфинктера—передняя и боковая части его разорваны.

26 октября больной была сдѣлана д-ромъ *Гиммельфарбомъ* операція по *L. Tait'u*, и дѣвочка получила широкую и плотную промежность, не оставляющую желать ничего лучшаго; сфинктеръ также вполне восстановленъ, такъ что больная задерживаетъ теперь не только калъ, но даже и газы. Больная была демонстрирована многимъ больничнымъ товарищамъ, видѣвшимъ больную и до операціи и имѣвшимъ случай убѣдиться въ полномъ эффектѣ операціи.

Зашиваніе промежности во всѣхъ случаяхъ производилось серебряными проволоками, причемъ накладывалось отъ 4—5 глубокихъ и столько же поверхностныхъ швовъ. Послѣопераціонное теченіе во всѣхъ случаяхъ протекало совершенно гладко, нагноенія швовъ не наблюдалось ни разу. На 6—7 день сни-

мались поверхностные, на 12—14 день — глубокие швы. Всѣ восстановленные промежности ничѣмъ почти не разнились отъ совершенно нормальныхъ.

Результаты, полученные въ этихъ 13 случаяхъ, вполне гармонируютъ, по моему мнѣнію, съ результатами, полученными и другими авторами. Резюмируя все сказанное, я позволю себѣ высказать слѣдующія положенія:

1) При всякомъ методѣ восстановления промежности, какъ *Simon-Hegar*'овскомъ, *Freund*'овскомъ и др., при строгой антисептикѣ и тщательномъ выполненіи операціи можно получить вполне удовлетворительные результаты въ функціональномъ отношеніи. Въ случаяхъ выпаденія влагалища и опущенія матки, гдѣ мы стараемся главнымъ образомъ получить суженіе влагалища и широкую промежность, — методъ *Simon-Hegar*'а и нынѣ долженъ считаться вполне достигающимъ своей цѣли. Но если, идя дальше, мы желаемъ удовлетворить вполне научному требованію — восстановить совершенно нормальные отношенія, какъ въ фізіологическомъ, такъ и въ анатомическомъ смыслѣ мы должны отдать предпочтеніе принципу восстановления промежности путемъ расщепленія кишечно-влагалищной перегородки.

2) Лоскутный методъ даетъ больше шансовъ, чѣмъ другіе методы, избѣгнуть образованія кишечно-влагалищныхъ фистулъ, которыя для больной гораздо тягостнѣе самаго промежностнаго разрыва.

3) Въ случаяхъ крайне рѣдкаго неуспѣха операціи мы не ухудшаемъ состоянія больной, такъ какъ, пользуясь въ особенности новѣйшими модификаціями лоскутнаго метода, мы дѣйствительно не удаляемъ ни кусочка ткани.

4) Наконецъ, за лоскутнымъ методомъ нельзя не признать слѣдующихъ несомнѣнныхъ достоинствъ: скорости выполненія, возможности оперировать при мѣстной анестезіи, крайней простоты и легкости техники и крайне несложнаго послѣдовательнаго ухода.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность д-ру *Г. И. Гиммельфарбу* за любезныя указанія при моихъ занятіяхъ.

## X.

*Изъ клиники проф. Leopold'a въ Дрезденъ.*

### ИЗМѢНЕНІЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТѢЛА МАТКИ ПРИ РАКЪ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ И ШЕЙКИ ЕЯ.

Д-ра М. Миронова (Харьковъ).

Измѣненія слизистой оболочки тѣла матки, сопровождающія ракъ влагалищной части и шейки, обратили на себя особенное вниманіе послѣ работы *Аbel'я* (см. № 1), появившейся въ 1888 г. Авторъ изслѣдовалъ слизистую оболочку тѣла матки, взятую изъ экстирпированныхъ матокъ—въ 6 случаяхъ по поводу carcinoma portionis и въ 1-мъ случаѣ по поводу carcinoma cervicis. «Во всѣхъ случаяхъ слизистая оболочка тѣла, говоритъ авторъ (стр. 279 л. с.), въ высокой степени измѣнена, въ то время какъ слизистая оболочка шейки больна сравнительно незначительно». Измѣненія эти, какъ видно изъ описанія каждаго отдѣльнаго случая, касаются какъ железъ, такъ и промежуточной ткани, причемъ первыя во всѣхъ случаяхъ были умножены и представляли штопорообразныя извилины; нѣкоторыя кромѣ того расширены или содержали эктазіи боковыхъ стѣнокъ и отростки, вдающіеся въ просвѣтъ железъ. Измѣненія въ промежуточной ткани въ случаяхъ 1, 2 и 4-мъ состояли въ умноженіи клѣтокъ въ глубокихъ слояхъ, причемъ здѣсь онѣ имѣли коротко-веретенообразную форму, небольшую величину и шли цугами въ разныхъ направленіяхъ; въ поверхностныхъ же слояхъ онѣ имѣли болѣе или менѣе круглую форму, значительно большую величину и напоминали эпите-