

*Льченіе* должно быть направлено на пріостановку кровотока прежде всего, а, по открытіи матки, на возможно скорое, но вмѣстѣ съ тѣмъ осторожное удаленіе всего перерожденнаго яйца; первое достигается тщательной тампонаціей рукава, а второе должно производиться непременно рукой, а не абразіонной ложкою, коей можно легко стѣнку матки прорвать и вызвать печальный исходъ.—Буде, если пузыри крѣпко вросли въ стѣнку матки, то ихъ нужно оставить,—они сами въ первые дни послѣродоваго періода легко и безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій для матери выйдутъ. Такъ поступилъ я въ двухъ случаяхъ, и въ обоихъ случаяхъ выздоровленіе наступило безъ осложнений. Сокращающія матку вещества въ послѣродовомъ періодѣ, какъ Ergotin, Secale cornutum, Hydrastis — необходимы.—Что касается до внутриматочныхъ горячихъ промываній, то они должны производиться крайне осторожно, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда стѣнки матки сильно истончены, но безусловнаго противопоказанія къ нимъ (*Рейнз*. Протоколы Засѣданій Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, годъ 4-й, 1891 г.; протоколъ № 33) я не вижу.

## XVI.

*Изъ Клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней профессора К. Ф. Славянскаго.*

### ЛОСКУТНЫЙ МЕТОДЪ ПРИ ОПЕРАЦИИ ATRESIAE ANI VESTIBULARIS.

Ординатора клиники

П. Т. Садовскаго.

Какъ извѣстно<sup>1)</sup>, аномаліи развитія заднепроходнаго отверстія раздѣляются: на полную атрезію — когда его совершенно не имѣется, и на неполную, когда отверстіе ані, помѣщаясь на нормальномъ мѣстѣ, слишкомъ узко, чтобы пропускать фекаль-

<sup>1)</sup> *Гильдебрандтъ*. Болѣзни наружн. женск. полов. орг. (Руководство *Вильрота* и *Люкке*). Спб. 1881.

ныя массы (stenosis), или же кишка открывается на какомъ нибудь другомъ мѣстѣ, либо въ задней стѣнкѣ влагалища на ея протяженіи за *hymen*'омъ (*abouchement retro-hymenal*), либо передъ нимъ; напр. въ *fossa navicularis* (*abouch. ante-hymenal*) <sup>1)</sup>. Въ эмбриональной жизни <sup>2)</sup> прямая кишка и мочеполовые части открываются въ мочеполовой пазухѣ или клоакѣ, образующейся отъ соединенія постепенно углубляющейся половой борозды съ *allantois*'омъ, отверстиемъ Мюллера канала и прямой кишки, причѣмъ кишка отдѣляется отъ Мюллера канала пластинкой, которая при дальнѣйшемъ развитіи плода превращается въ ткань промежности. Иногда эта пластинка быстро разрастается и совершенно закрываетъ отверстие прямой кишки, тогда получается полная атрезія заднепроходнаго отверстия, при существованіи нормальныхъ половыхъ частей; иногда же она отстаѣтъ въ развитіи, и тогда кишка открывается во влагалищѣ на протяженіи его выше *hymen*'а—*atresia ani vaginalis*, или же въ *vestibulum*, т. е. получается *atresia ani vestibularis*. Въ случаяхъ, гдѣ половая борозда недостаточно углубилась, получится, понятно, *atresia ani et vulvae completa* и на мѣстѣ наружныхъ половыхъ частей будетъ плотная кожа, покрывающая пузырь, влагалище и прямую кишку; но подобнаго рода аномаліи сопровождаются обыкновенно другими аномаліями и принадлежатъ плодамъ, неспособнымъ къ жизни.

*Atresia ani vaginalis* есть порокъ развитія, собственно довольно рѣдко встрѣчающійся. Въ первый разъ эта аномалія описана была въ 1719 году *Jussien*'омъ <sup>3)</sup>, послѣ него цѣлый рядъ авторовъ наблюдалъ подобныя же случая. *Winckel*, въ своемъ руководствѣ по гинекологіи, приводитъ небольшую статистику: самъ онъ на 12,000 дѣтей не видѣлъ ни одного раза. *Collins* на 16,654—только одинъ разъ, *Bednar* на 7,154 дѣ-

<sup>1)</sup> *Paul Puech*. Des abouchements congénitaux du rectum a la vulve et au vagin. Paris, 1890; стр. 13—15.

<sup>2)</sup> *О. Гертовигъ*. Учебникъ эмбриологіи. Вып. II. Перев. *Шульгина*. Одесса, 1889; стр. 300—305.

<sup>3)</sup> *F. Winckel*. Lehrbuch der Frauenkrankh. Leipzig, 1886; стр. 126.

вочки также одинъ разъ, а *Moreau*, за 40 лѣтъ практики въ *Maternité*, встрѣтилъ 4 случая. Этіологія этого явленія недостаточно ясна, но авторами упоминаются: наслѣдственность, частая беременность, браки между близкими родственниками; вообще, причина всякой другой аномаліи развитія можетъ быть отнесена къ образованію и *ani vestibularis*; не остается безъ вліянія и психическое впечатлѣніе во время беременности. Въ прошломъ 1890 году вышла работа д-ра *P. Puech*'а <sup>1)</sup>, гдѣ авторъ обстоятельно разбираетъ эту аномалію со всѣхъ точекъ зрѣнія. По его вычисленіямъ, 1 случай приходится среднимъ числомъ на 80,000 взрослыхъ больныхъ и дѣтей и эта цифра выведена имъ изъ массы наблюденій лично его и его отца, и другихъ авторовъ; кромѣ подробнаго описанія случаевъ, помѣщенныхъ въ текстѣ, въ концѣ книги приводится цѣлый рядъ наблюденій по этому вопросу.

При вопросѣ о терапіи подобныхъ аномалій можетъ быть рѣчь, конечно, только объ оперативной помощи. Практикующіеся при этомъ способы могутъ быть раздѣлены на двѣ группы: 1) приемы, имѣющіе цѣлью создать искусственный апис и заживить существующее аномальное заднепроходное отверстие по общимъ правиламъ лѣченія кишечно-влагалищныхъ свищей; 2) методы, стремящіеся отдѣлнить кишку отъ влагалища и перенести существующее заднепроходное отверстие на его нормальное мѣсто на промежности. Къ числу первыхъ способовъ относятся проколь троакаромъ со стороны промежности, простой разрѣзь, проктопластика по способу *Amussat* и методы *Martin*'а и *Rhea-Barton*'а, имѣющіе ту общую черту, что при нихъ послонно разрѣзается промежность до кишки, послѣдняя вскрывается и полученное отверстие вшивается въ рану промежности, существующее же отверстие *ani*, открывающееся въ *vestibulum vaginae*, закрывается, какъ всякая другая *fistula recto vaginalis* (прижиганія *arg. nitrico* или каленымъ желѣзомъ, оживленіе его краевъ съ наложеніемъ швовъ и т. д.). Ко вто-

<sup>1)</sup> 1. с.

рой группѣ относятся способы *Diffenbach'a*, *Nélaton'a* и *Rizzoli*, заключающіеся въ общихъ чертахъ въ томъ, что производится той или иной формы разрѣзъ кожи промежности, открывающій путь къ прямой кишкѣ, которая затѣмъ ножомъ или тупыми инструментами на извѣстномъ протяженіи отсепаивается отъ окружающихъ частей (влагалища), а заднепроходное отверстіе перемѣщается и вшивается въ рану промежности; оставшійся во входѣ влагалища дефектъ ткани, соотвѣтствующій бывшему отверстію кишки, закрывается по общимъ правиламъ <sup>1)</sup>).

Въ виду сравнительной рѣдкости разбираемыхъ пороковъ развитія промежности, влекущихъ за собой аномальное мѣсто-расположеніе заднепроходнаго отверстія, мы считаемъ не лишнимъ сообщить подобнаго рода случай, наблюдавшійся въ клиникѣ *К. Ф. Славянскаго* и представляющій, помимо своего казуистическаго значенія, еще интересъ, по тому методу оперативнаго лѣченія, который былъ въ данномъ случаѣ примѣненъ.

9-го сентября 1890 года въ клинику проф. *К. Ф. Славянскаго* поступила больная крестьянка Д. П., дѣвица, уроженка Олонецкой губерніи, 26 лѣтъ отъ роду, съ жалобами на чувство напиранія на низъ, особенно послѣ хожденія и работы. Изъ разспроса выяснилось, что больная, по словамъ родственниковъ, родилась совершенно безъ заднепроходнаго отверстія: «калъ и моча выходили изъ одного и того же мѣста». Когда ей былъ мѣсяць отъ роду, ей была сдѣлана какая-то операція, послѣ чего калъ сталъ выходить изъ отдѣльнаго отверстія. Первые крови пришли на 15-мъ году и съ самаго начала ихъ появленія были крайне болѣзненны; по выраженію больной «въ животѣ какъ горитъ». Менструальная кровь выдѣлялась кусками. Больная, живя въ деревнѣ, занималась тяжелыми хозяйственными работами, и лѣтъ 7 тому назадъ

<sup>1)</sup> *Puesch.*, I. с., стр. 91—100.

*Hegar u. Kaltenbach.* Operative Gynäkologie. Dritte Auflage. Stuttgart, 1886; стр. 645—647.

стала чувствовать, что у нея что-то напирать на низъ; съ теченіемъ времени это чувство напирания постепенно увеличилось и, наконецъ, изъ половой щели стало показываться какое-то тѣло; при этомъ актъ дефекаціи сталъ крайне затруднительнымъ въ обыкновенномъ положеніи и теперь уже года три какъ больная принимаетъ для этого крайне своеобразное положеніе: она испражнялась на колѣняхъ, широко разставивъ ноги и спрятавъ предварительно во влагалище рукой выпадающее тѣло. Испражняется она по собственной волѣ, но рѣдко, и страдаетъ запорами по 5—6 дней; газы задерживаетъ свободно. Со стороны желудка имѣются жалобы на диспепсію и плохой аппетитъ. Мочейспусканіе безболѣзненно, но также немного затруднено, особенно же послѣ долгихъ запоровъ. Половыхъ сношеній не имѣла. Больная представляетъ худощавую блондинку, со скудно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ; *conjunctivae* и слизистая губъ блѣдны; нервная система раздражена—часто плачетъ и жалуется на свое отчаянное положеніе. Костная и мышечная системы правильны; грудныя железы крайне малы; кожа вездѣ чистая. Волоса на лобкѣ и губахъ — въ ничтожномъ количествѣ. Большія срамныя губы развиты слабо; задняя спайка совершенно отсутствуетъ; малыя губы значительной величины, рѣзко выдаются изъ-за большихъ губъ, правая губа нѣсколько больше лѣвой—пигментирована. При раскрытіи губъ половая щель зияетъ и въ задней части *vestibuli vaginae* обнаруживается немного продолговатое заднепроходное отверстіе, окруженное небольшими звѣздчатыми складками, отдѣляющееся отъ *vagin'ы* складкой слизистой оболочки. Дѣвственная плева полулунной формы цѣла, причемъ ея широкая часть расположена по передней стѣнкѣ и, спускаясь по обѣимъ сторонамъ входа въ рукавъ, она постепенно сужается и къ задней стѣнкѣ сходитъ совершенно на нѣтъ. При натуживаніи начинаетъ выпадать сначала передняя стѣнка, затѣмъ задняя и наконецъ влагалищная часть матки конической формы, совершенно гладкая; *orificium externum* въ видѣ небольшого круглаго отверстія. При бимануальномъ изслѣдованіи влага-

лице оказывается крайне короткимъ, *columna rugarum* развиты правильно, но стѣнки довольно дряблы. Матка по формѣ приближается къ типу дѣтской матки (*uterus infantilis*): у нея рѣзко удлиненная шейка цилиндрической формы, на которой сидитъ въ видѣ булавовиднаго расширенія, небольшое тѣло, загнутое назадъ, съ трудомъ прощупывающееся черезъ задній сводъ. Въ боковыхъ сводахъ прощупываются оба яичника, нормальной величины. Внутреннее изслѣдованіе было крайне затруднительно вслѣдствіе мелкости сводовъ и неподатливости брюшныхъ стѣнокъ.

Данныя анамнеза и объективнаго изслѣдованія не оставляли сомнѣнія относительно сущности наблюдаемой аномалии: очевидно, мы имѣли передъ собой такъ называемый *anus vestibularis*, осложненный выпаденіемъ матки.

10-го октября проведена операція. Наканунѣ больная была обычно приготовлена, т. е. ей дано было слабительное и сдѣлана ванна, а въ день самой операціи утромъ поставленъ клистиръ. Больная положена на операціонный столъ въ спиноягодичномъ положеніи. Наружныя половыя части и влагалище тщательно обмыты карболовымъ мыломъ, послѣ чего ложкообразными зеркалами раскрыто влагалище и нулевыми щипцами захвачена *portio vaginalis*. Когда матка была низведена, нижнее зеркало *Sims*'а замѣнено зеркаломъ *Fritsch*'а малаго калибра и, подъ постояннымъ орошеніемъ 2°/о раствора карболовой кислоты, сдѣлана операція: *amputatio port vaginalis* (*kegelmantelförmige Excision*); рана зашита кѣтгутовыми швами. По окончаніи этой операціи во влагалище былъ введенъ сулемованный ватный тампонъ съ іодоформомъ, и приступлено къ пластической операціи, имѣвшей цѣлью создать промежность. Въ нижнія части большихъ срамныхъ губъ впрыснуто было подъ кожу по полъ Правацевскаго шприца 6°/о раствора *Socaini muriciat*. Скалпелемъ проведенъ поперечный разрѣзъ какъ разъ по складкѣ слизистой оболочки, отдѣляющей отверстіе *ani* отъ начала рукава, и затѣмъ на обоихъ концахъ перваго разрѣза прибавлено по два дополнительныхъ разрѣза: одинъ вверхъ, а дру-

гой внизъ, длиною приблизительно по одному сантиметру, такъ что весь разрѣзь получилъ форму буквы **H** подобно тому, какъ это дѣлается при лоскутной перинеорафii *Lawson-Tait*'а при полныхъ разрывахъ промежности<sup>7)</sup>. Затѣмъ остроконечными ножницами начато отдѣленіе задней стѣнки рукава отъ передней стѣнки кишки, т. е. расщепленіе *septi recto vaginalis*. Когда былъ образованъ верхній лоскутъ, онъ былъ захваченъ пулевыми щипцами и оттянуть кверху, и отсепаровываніе ножницами продолжалось далѣе. Когда *gestum* было достаточно отдѣлено отъ влагалища, на протяженіи, приблизительно, 3-хъ сантиметровъ вглубь, рана была растянута крючкомъ и пулевыми щипцами въ вертикальномъ направленіи, и справа налево проведены глубокіе катгутовые швы, захватывающіе дно раны на семь протяженіи; по наложеніи всѣхъ швовъ, они были завязаны, начиная съ нижняго, а затѣмъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наложено еще нѣсколько поверхностныхъ швовъ. По окончаніи операціи зашитая рана осушена ватными шариками, густо присыпана іодоформомъ и прикрыта сулемованнымъ ватнымъ компрессомъ; ноги больной связаны полотенцемъ, и она перенесена въ палату.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ малѣйшаго повышенія температуры. Во избѣжаніе запоровъ и испражненій твердыми каловыми массами, больной время отъ времени ставились небольшіе клистиры и давалось внутрь слабительное. Послѣ трехнедѣльнаго неподвижнаго лежанія на спинѣ, больной было позволено ложиться на бокъ, а еще черезъ недѣлю позволено встать. При изслѣдованіи 31-го октября найдено: рана зажила вся *per primam*. Заднепроходное отверстіе отстоитъ отъ новообразованной задней спайки на 2 сантиметра; отъ раны остался молодой рубецъ. При натуживаніи стѣнки влагалища болѣе не выпадаютъ и, хотя матка опускается, но не показывается изъ наружной щели, упираясь въ толстую новообразо-

<sup>7)</sup> *К. Ф. Славянский*. Частн. патол. и терапия женск. болѣзней. Томъ I. Спб., 1889 г.; стр. 179.

ванную промежность. Большая испражняется въ сидячемъ положеніи, не чувствуя никакого затрудненія и въ то же время свободно задерживаетъ газы испражненія. Такимъ образомъ мы видимъ, что операціей вполне достигнуть желанный результатъ.

Примѣняя въ данномъ случаѣ лоскутный способъ, мой многоуважаемый учитель *К. Ф. Славянский* исходилъ изъ слѣдующихъ соображеній. Онъ разсматривалъ данный порокъ развитія, съ клинической стороны, какъ полный разрывъ промежности. Дѣйствительно, если разобрать анатомическое расположение частей, то мы увидимъ, что главной опоры для органовъ малаго таза и стѣнокъ влагалища, т. е. промежности здѣсь не имѣется. Стѣнка влагалища почти непосредственно переходитъ въ наружные покровы, а имѣющаяся на лицо небольшая складочка, отдѣляющая отверстіе *ani*, конечно, не могла замѣнить роль промежности и задней спайки, особенно при такихъ неблагопріятныхъ жизненныхъ условіяхъ, какъ крестьянская жизнь съ тяжелыми полевыми работами. Какъ извѣстно, всякое сильное мышечное напряженіе, необходимо сопровождается значительнымъ повышеніемъ внутрибрюшного давленія, которое, распредѣляясь на брюшныя стѣнки, давитъ и на тазовое дно, а такъ какъ у нашей больной, при отсутствіи промежности, оно представляетъ *locus minoris resistentiae*, то оно не могло долго выдерживать подобнаго напряженія и стало подаваться; вслѣдствіе этого появился сначала *prolapsus* задней стѣнки, а *per continuitatem* и *descensus uteri* до выпаденія ея. Опустившись внизъ матка, сдавливала нижній отрѣзокъ *gesti* и такимъ образомъ получилось механическое затрудненіе для выхода каловыхъ массъ; лишь только больная уничтожала это сдавленіе, приподнимая пальцемъ матку, какъ дефекація становилась свободной. Такимъ образомъ для уничтоженія тяжелыхъ припадковъ больной, необходимо было дать точку опоры для влагалища и отодвинуть *anus*; это, конечно, можно было сдѣлать только путемъ *perineoplasticae*. Какъ было сказано, анатомическое расположеніе частей было совершенно такое же какъ при полномъ разрывѣ промежности, поэтому и въ данномъ случаѣ



надо было ожидать успѣха отъ метода, примѣняемаго при полныхъ разрывахъ. Такъ какъ лоскутный способъ *Lawson-Tait*'а прочно возстановляетъ промежность, какъ это доказано клинически, то и въ данномъ случаѣ былъ примѣненъ тотъ-же принципъ и, какъ показалъ результатъ, съ полнымъ успѣхомъ.

На сколько намъ извѣстно, подобный оперативный приемъ раньше никѣмъ не былъ примѣняемъ для лѣченія разбираемаго вида пороковъ развитія.

---