

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ СЕДЬМОЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 5.

*Засѣданіе 7-го Мая 1892 г.*

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 54 члена: Баскинъ, Бацевичъ, Башкировъ, Виддеръ, Брандтъ, Бутчикъ, Вастень, Виридарскій, Гермоніусъ, Гессъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій В. Н., Добрынинъ, Драпичинъ, Желтухинъ, Заболотскій, Краснопольскій, Лапинъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мазуркевичъ, Марцынкевичъ, Массень Нейштубе, Оттъ, Пассоверъ, Петровъ, Полонскій, Родзевичъ, Рузп, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Соловьевъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Урвичъ, Фишеръ А. Р., Фишеръ В. А., Фраткинъ, Цехановецкій, Чагинъ, Чернышевъ, Шмидтъ, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эберманъ, Эйхфусъ, Ямпольскій и 38 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 4.

2) А. А. *Драницынъ* (изъ клиники проф. *Д. О. Отта*) показатъ слѣдующіе препараты: а) Сосочковую опухоль обоихъ яичниковъ съ разсѣваніемъ на пристѣночной и внутренностной брюшинѣ, съ микроскопическимъ препаратомъ. б) Надвлагалищно срѣзанную, по способу *Д. О. Отта*, матку съ множественными фиброміомами. Послѣ-

операционное течение у больной, какъ и у другихъ оперированныхъ по тому же способу, было вполне благополучное. в) Кисту лѣвыхъ придатковъ. Въ этомъ случаѣ удалось вырѣзать кисту, сохранивъ яичникъ (сохраняющей способъ).

3) А. Н. Соловьевъ сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: *Сужденіе о новомъ способѣ образованія искусственнаго влагалища (restitutio vaginae per transplantationem ani et recti)* нижеслѣдующаго содержанія:

29-го января сего года въ засѣданіи московскаго акушерско-гинекологическаго общества мною сдѣланъ былъ докладъ: *о хирургическихъ увлеченіяхъ въ гинекологіи* и напечатанъ въ № 2 журнала „Медицинское Обозрѣніе“. Сущность этого доклада состоитъ въ критическомъ разсмотрѣніи операціи, предложенной и произведенной проф. В. О. Снегиревымъ у женщины съ приращенной атрезіей рукава, при отсутствіи матки.

Въ слѣдующемъ засѣданіи 27-го февраля по поводу моего доклада сдѣлано было еще два: 1) проф. В. О. Снегиревымъ, напечатанный въ болѣе приличной формѣ въ газетѣ „Медицина“ (№ 10), и 2) прозекторомъ А. П. Губаревымъ: *справедливо ли мнѣшечское представленіе о sphincter ani tertius*, помѣщенный въ той же газетѣ. Наконецъ, оба доклада изданы въ видѣ отдѣльной брошюры подъ заглавіемъ: *новый способъ образованія искусственнаго влагалища со статьею о sphincter ani tertius*.

Въ этомъ же засѣданіи читанъ мною докладъ: *замѣчанія по поводу возраженій на мой докладъ о хирургическихъ увлеченіяхъ въ гинекологіи*, который напечатанъ въ № 6 журнала „Медицинское Обозрѣніе“, съ примѣчаніемъ, касающимся письма проф. Снешрева въ редакцію газеты „Медицина“.

Пренія въ февральскомъ засѣданіи подъ предсѣдательствомъ проф. А. М. Макъева приняли на столько острый, личный характеръ, что о выясненіи вопроса съ научно-практической точки зрѣнія не могло быть и рѣчи<sup>1)</sup>. Вотъ почему, не убѣдившись и послѣ дебатовъ въ засѣданіяхъ московскаго акушерско-гинекологическаго общества и въ медицинской прессѣ въ рациональ-

<sup>1)</sup> Докладъ доктора Ремизова, который также напечатанъ въ газетѣ «Медицина» и въ отдѣльной брошюрѣ, вызвалъ громкія знаки неодобренія со стороны присутствовавшей и многочисленной преимущественно врачебной публики послѣ чего засѣданіе было закрыто.

ности операціи, предложенной и произведенной проф. В. О. Снегиревым, я рѣшился перенести обсужденіе вопроса въ Петербургское акушерско-гинекологическое общество.

Операція проф. Снегирева состояла въ томъ, что больной съ атрезіей влагалища и при отсутствіи матки сдѣлано *псевдовлагалище* изъ нижняго отрѣзка прямой кишки. Послѣдняя послѣ предварительной *отсепаровки по всей окружности* отъ прикрѣпленій къ сосѣднимъ органамъ была разрѣзана на высотѣ 3-хъ дюймовъ отъ задняго прохода (стр. 11-я брошюры); на 16-й страницѣ, когда проф. Снегиреву понадобилось доказать мнѣ якобы неправильность моего взгляда въ смыслѣ опасенія возможности разрыва мѣшка, онъ говоритъ, что эти опасенія неосновательны, „ибо кишка на протяженіи  $\frac{3}{4}$  окружности не была отсепарована, а потому питаніе ея вполнѣ обезпечено“. Такая неточность описанія уважаемаго профессора ставитъ въ большое затрудненіе читателя, желающаго отнестись критически къ его операціи <sup>1)</sup>.

Послѣ перерѣзки кишки, говоритъ В. О. Снегиревъ, верхняя часть нижняго отрѣзка, по завороченіи слизистой внутрь, была сшита непрерывнымъ швомъ и поставлена на свое первоначальное мѣсто (этимъ сшиваніемъ, такъ сказать, образованъ сводъ, или куполъ вновь образованнаго влагалища). Верхній же отрѣзокъ recti, по дальнѣйшемъ отсепарованіи отъ пузыря и окружающихъ частей, опущенъ внизъ и шитъ на мѣстѣ удаленной копчиковой кости.

На 14-я сутки послѣ этой операціи „приступлено къ образованію *rimae pudendorum*. Введенъ ножъ въ первоначальное заднепроходное отверстіе и оно разсѣчено черезъ всю толщю кольца по средней линіи до нижняго края уретры. Послѣ чего слизистая оболочка recti была, при помощи непрерывнаго шва, пришита къ окружающимъ частямъ. Такимъ образомъ, круглая форма заднепроходнаго отверстія приняла щелевидную, продольную форму, окруженную малыми губами, — и сходство съ нормальнымъ входомъ во влагалище стало поразительнымъ“.

Теперь мною описана операція словами самого проф. В. О. Снегирева. Мнѣ дѣлали упрекъ, что я напечаталъ свой критическій взглядъ на операцію, не слышавши ея описанія изъ устъ самого докладчика и не дождавшись появленія ея описанія въ пе-

<sup>1)</sup> Въ моемъ докладѣ (Мед. Обозр. № 2) я говорилъ: «скорѣе можно думать, что мѣшокъ сморщится, атрофируется, такъ какъ на него возложена теперь функція, не предназначенная ему природою».

чати. *Первый* упрекъ считаю несущественнымъ потому, что г.г. члены акушерско-гинекологическаго общества, бывшіе въ зафѣданіи, передали мнѣ ее совершенно точно, а *второй* потому, что до сихъ поръ по какой то странной случайности мы еще не видали печатныхъ докладовъ проф. В. О. *Снегирева*, хотя казуистическій матерьялъ, предлагаемый лично имъ вниманію общества довольно обилень <sup>1)</sup>. Кромѣ того я считалъ несущественнымъ для дѣла подробности операціи, такъ какъ возражалъ главнымъ образомъ съ *принципіальной точки зрѣнія* и считалъ операцію, противорѣчащею принципамъ хирургіи.

Въ числѣ причинъ *предубѣжденія публики противъ хирурговъ*, проф. *Vernueil* <sup>2)</sup> приводитъ *pruritus secandi*, которымъ страдаютъ нѣкоторые изъ нихъ, т. е. что они слишкомъ часто оперируютъ, стало быть и тогда, когда операція ни къ чему не ведетъ. Исходя изъ принциповъ хирургіи, изложенныхъ *Vernueil* емъ, я говорилъ, что главная задача хирурга состоитъ въ терапевтическомъ успѣхѣ той или другой операціи. Возстановленіе физиологическихъ функцій того или другаго органа, удаленіе условій, мѣшающихъ его отправленіямъ и наконецъ удаленіе опухолей и новообразованій, угрожающихъ жизни или здоровью, будутъ составлять главныя задачи хирурга. Если необходимость заставляетъ удалить какой либо органъ, причемъ другой можетъ его хотя нѣсколько замѣнить вслѣдствіе приспособляемости организма, то конечно операція, при такихъ условіяхъ, наиболѣе удовлетворитъ хирурга. Стремленіе—возложить функцію одного отсутствующаго органа на другой—можетъ потребовать нѣкотораго изуродованія, но только въ такомъ случаѣ, если это послѣднее не превзойдетъ неудобствъ перваго и если это дѣйствительно можетъ привести къ удовлетворительнымъ результатамъ.

Въ моемъ первомъ докладѣ я высказалъ мало вѣроятное предположеніе, что мужъ останется доволенъ операціею, и обратилъ главное вниманіе на то, что выиграла отъ операціи жена. По моему мнѣнію, больная, не выигравши ничего въ смыслѣ супружескаго сожителства, — вмѣстѣ съ тѣмъ утратила способность удерживать газы и каловыя массы, особенно въ жидкомъ ихъ состояніи, потому что во вновь образованномъ заднепроходномъ отверстіи нѣтъ сфинктера и нѣтъ надежды, чтобы какія либо на-

<sup>1)</sup> На этотъ несудобный *порядокъ, принятый въ обществѣ*, я уже указывалъ въ моемъ второмъ докладѣ (Мед. Обзор. № 6).

<sup>2)</sup> См. «Врачъ» № 33, 1885.

ходящіяся здѣсь мышцы могли бы его замѣнить. Непроизвольное же выдѣленіе газовъ и экскрементовъ сдѣлаетъ женщину неприятной и для окружающихъ, а въ неразвитомъ классѣ можетъ вызвать насмѣшки и сдѣлать ей жизнь невыносимою.

Затѣмъ, имѣя въ виду цѣль супружества, состоящаго въ продолженіи рода, я сказалъ, что и этой цѣли операція не удовлетворяетъ и что она послужила только къ доставленію возможности супружескаго сожителства неестественнымъ путемъ, потому что, съ какой бы стороны ни разсматривать вопроса, coitus будетъ все таки происходить путемъ педерастіи (т. е. coitus per anum).

Вотъ два возраженія противъ операціи, которыя были сдѣланы въ моемъ докладѣ и на которыя я позволю себѣ обратить вниманіе общества.

Что касается до послѣдняго возраженія, то на стр. 3-й своей брошюры проф. *Снегиревъ* говоритъ, что я его обвинялъ въ уголовномъ преступленіи. Думаю, однако, что это просто полемическій пріемъ, такъ какъ изъ моего доклада видно только то, что я хотѣлъ доказать, что операція, предложенная и произведенная проф. *Снегиревымъ*, есть хирургическое узлеченіе, т. е. неумѣніе ориентироваться въ тѣхъ послѣдствіяхъ, къ которымъ приведетъ операція.

Если мы посмотримъ учебники Суд. Медицины <sup>1)</sup>, то увидимъ, что подъ словомъ *педерастія* подразумѣвается вообще coitus per anum, при чемъ все равно, происходитъ ли этотъ процессъ съ мужчиной или женщиной, хотя въ первомъ случаѣ примѣняется еще выраженіе *мужеложство*.

На 15-й стр., проф. *В. О. Снегиревъ* обвиняетъ меня въ незнаніи, въ нелогичности, поверхностномъ сужденіи и легкомысліи на томъ основаніи, что я примѣнилъ слово педерастія къ его случаю. Онъ даже остритъ по этому поводу и говоритъ, что по моей логикѣ, если у женщины будетъ произведенъ colporcleisis, а супругъ будетъ продолжать сношенія per urethram или per anum, то цѣль операціи была или уретрорастія или педерастія, затѣмъ, что если искусственно возстановленное влагалище будетъ образовано изъ кожи ягодицы или сосѣднихъ участковъ кожи, то по той же логикѣ цѣлью операціи была дерморастія и т. д. Изъ этихъ разсужденій уважаемаго профессора видно, что онъ не уяснилъ себѣ слова *педерастія*, которое въ буквальномъ переводѣ означаетъ эротическую, т. е. плотскую любовь къ мальчикамъ. (παῖς—маль-

<sup>1)</sup> См. напр. Учебникъ Гофмана.

чикъ, юноша, отрокъ и ἐράω—любить страстно, питать эротическую любовь. По Рейхлиповскому произношенію слово παῖς произносится pes—pedos). Основываясь на этомъ, я предоставляю судить другимъ, на сколько вышесказанныя выраженія профессора относительно меня справедливы.

Я уже выше сказалъ, что если хирургъ возлагаетъ функцію одного отсутствующаго органа на другой, то необходимо, чтобы этотъ послѣдній, хотя отчасти замѣнилъ его больному, въ смыслѣ удовлетворенія въ немъ потребности. Имѣя въ виду цѣль супружества, состоящую въ продолженіи рода, законы предусматриваютъ это и, какъ причину развода, на первомъ планѣ ставятъ неспособность одного изъ супруговъ къ брачному сожителству; отсюда слѣдуетъ, что такою причиною служить и прирожденное отсутствіе половыхъ органовъ.

На это второе мое возраженіе проф. В. Θ. Снегиревъ возразилъ мнѣ, что онъ не зналъ о существованіи такого закона и что если таковой и есть, то процедура развода слишкомъ длинна и дорога и, наконецъ, что операція его во всякомъ случаѣ все это укорачиваетъ и удешевляетъ (см. Мед. Обзор. № 6). Другое доказательство, приведенное въ томъ же засѣданіи и напечатанное на стр. 10-й брошюры, состоитъ въ томъ, что папа *Бенедиктъ XII* разрѣшилъ coitus ad instar bestiarum въ одномъ случаѣ супружества, гдѣ у жены была прирожденная атрезія рукава.

Смѣю надѣяться, что такіе доводы въ пользу операціи не только неубѣдительны, но и лишены всякаго научнаго значенія.

Вообще я полагаю, что *никогда задачей врача не можетъ быть доставленіе возможности неестественнаго супружескаго сожителства*. Напротивъ, всѣ оперативныя приемы должны быть направлены къ поддержанію и *дѣйствительному* возстановленію физиологическихъ функцій, а потому, не смотря на *поразительное* наружное сходство вновь образованнаго псевдовхода въ рукавъ, указываемаго проф. *Снегиревымъ*, я все таки думаю, что образованіе мѣшка изъ нижняго отрѣзка прямой кишки представляетъ собою стремленіе къ доставленію возможности только *кажущагося* естественнаго сожителства.

Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ проф. *Breisky'mъ* <sup>1)</sup>, который говоритъ: „встрѣчающіяся въ казуистикѣ тамъ и сямъ попытки произвести искусственныя влагалица въ случаяхъ, гдѣ не имѣется развитой матки не только не удались въ

<sup>1)</sup> Krankh. der vaginae, стр. 16.

практикѣ, но также ошибочны и по своему намѣренію образоватъ органъ для coitus тамъ, гдѣ о зачатіи не можетъ быть и рѣчи“.

Для того, чтобы покончить съ этой стороной вопроса я скажу, что едва ли можно говорить и томъ, что больная можетъ совершать актъ coitus'a, какъ это говорить на стр. 14-й своей брошюры проф. В. О. Снегиревъ. Объ этомъ *актъ* могла бы быть рѣчь въ томъ случаѣ, если бы вновь образованное псевдовлагалище было соединено съ нервными половыми центрами, что конечно невозможно. Нужно думать, что такіе центры едва ли и существуютъ при прирожденномъ отсутствіи половыхъ органовъ и вѣроятно приводящихъ и отводящихъ нервовъ, на что указываетъ не только отсутствіе стремленія къ супружескому сожителству такихъ субъектовъ, но даже отвращеніе къ нему, что испытывала и больная проф. Снегирева (стр. 5-я).

И такъ, по моему мнѣнію, больная, не выигравши ничего въ смыслѣ супружескаго сожителства, утратила способность удерживать газы и каловыя массы, особенно если онѣ будутъ въ жидкомъ видѣ. Поведетъ ли раздраженіе сфинктера ani (или теперешняго псевдовхода въ рукавъ) къ позывамъ на низъ, покажетъ будущее. Теоретически же и теперь можно сказать, что при трени о стѣнки псевдорукава газы и вѣроятно каловыя массы будутъ выжиматься изъ прилегающей къ ней кишки.

Изъ всего сказаннаго для меня, по крайней мѣрѣ, ясно, что не смотря на удачное исполненіе операціи, котораго конечно можно достигъ далеко не всегда, результатъ ея равняется нулю для женщины въ смыслѣ супружескихъ отношеній и составляетъ громадный дефицитъ относительно нормальныхъ отправленій ея кишечнаго канала.

Относительно послѣдняго вопроса мы встрѣчаемся съ большими неточностями или противорѣчіями со стороны проф. В. О. Снегирева. Во время дебатовъ 29 января онъ подтвердилъ недержаніе газовъ и жидкихъ испражнений послѣ операціи у его больной; въ засѣданіи 27 февраля онъ сказалъ, что больная не удерживаетъ только газовъ, а затѣмъ получилъ якобы письмо отъ больной крестьянки, въ которомъ она его «извѣщаетъ, что удерживаетъ не только жидкіе и твердые экскременты, но и вѣтры, и можетъ совершать актъ coitus'a» (стр. 14).

Нѣсколько выше проф. Снегиревъ говоритъ, что «при повторныхъ изслѣдованіяхъ и промываніяхъ вновь образованнаго влагалища ни испраженіе, ни газы не выходили изъ вновь образованнаго заднепроходнаго отверстія». Это заявленіе относится

ко времени пребыванія больной въ клиникѣ, при чемъ на стр. 13-й мы читаемъ, что больная выписалась изъ нея 13-го декабря.

Такимъ образомъ эта выписка произошла приблизительно за шесть недѣль до того, когда проф. *Снегиревъ* утверждалъ, что его больная не удерживаетъ еще газовъ и жидкихъ испражнений, и за 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяца до того, когда говорилъ, что больная не удерживаетъ только газовъ. Изъ этого можно сдѣлать или довольно невѣроятное предположеніе, что больная сначала удерживала газы и испраженія, затѣмъ перестала ихъ удерживать, а потомъ снова приобрѣла эту способность, или же, что описаніе этихъ важныхъ симптомовъ невѣрно.

Во всякомъ случаѣ больная съ операцией, впервые на ней произведенной, представляетъ такой интересъ, что заслуживала быть демонстрированной въ обществѣ.

На стр. 15-й проф. *В. О. Снегиревъ* дѣлаетъ заключеніе, что его операція мною извращена по незнанію или умышленно, такъ какъ можно подуматъ, «что будто онъ (проф. *Снегиревъ*) произвелъ гдѣ-то *anus praeternaturalis*». Изъ этого слѣдуетъ, что уважаемый профессоръ вполнѣ убѣжденъ, что пересадивши верхній отрѣзокъ перерѣзанной имъ кишки во вновь сдѣланное отверстіе позади естественнаго задняго прохода онъ произвелъ *anus naturalis*, а изъ нижняго отрѣзка—естественное влагалище и входъ въ него. Это опять таки указываетъ на увлеченіе проф. *Снегирева*, потому что всякому ясно, что вновь образованный задній проходъ не естественный, а противуестественный.

Для того, чтобъ закончить вопросъ о вновь образованномъ заднепроходномъ отверстіи, нужно сказать, что въ дебатахъ по этому вопросу принималъ участіе д-ръ *А. П. Губаревъ*.

Въ засѣданіи 29 января я говорилъ, что *sphincter ani tertius*, какъ отдѣльная мышца не существуетъ и выразился во время дебатовъ, что она есть мифъ. Тогда *А. П. Губаревъ* сказалъ мнѣ, что она существуетъ и что нельзя ссылаться въ специальномъ вопросѣ на учебники (?), а что нужно изучать вопросъ по специальнымъ брошюрамъ.

Вмѣсто руководства анатоміи проф. *Д. Н. Зернова* и *Нуртѣя*, на которыя я ссылался, *А. П. Губаревъ* указалъ на атласъ *Н. И. Пирогова*, гдѣ этотъ *sphincter* видѣнъ якобы на всѣхъ рисункахъ, и на сочиненіе *Otis'a*. Оказалось, что въ атласѣ *Н. И. Пирогова*, на громадномъ большинствѣ рисунковъ ничего подобнаго сфинктеру нѣтъ, а на нѣкоторыхъ есть что-то въ родѣ складокъ, которыя можно принять за распилъ кишечной стѣнки. Нигдѣ ни



одной цифры или буквы около этих складок нѣтъ, что указываетъ на то, что *Н. И. Пироговъ* не придавалъ имъ особаго значенія, хотя я очень сожалѣлъ, что никогда не могъ достать текста къ его атласу.

Въ своемъ докладѣ 27 февраля *А. П. Губаревъ*, предпославши извѣстные всѣмъ взгляды на развитіе знаній вообще, перешелъ наконецъ къ работѣ *Otis'a* и привелъ текстъ къ атласу *Н. И. Пирогова*, которыми хочетъ доказать свое воззрѣніе на *sphincter ani tertius*.

Не нашедши нигдѣ указаній, что этотъ сфинктеръ дѣйствительно существуетъ въ видѣ отдѣльной мышцы, *А. П. Губаревъ* повелъ дѣло иначе и доказываетъ въ своемъ докладѣ то, о чемъ никто не спорить.

Дѣлаю выписку изъ доклада его-же собственными словами (стр. 24-я):

«Въ работѣ *Otis* (*W. J. Otis. Anatomische Untersuchungen am menschlichen Rectum und eine neue Methode der Mastdarminsection. 1887*), на которую я ссылаюсь въ прошломъ засѣданіи по поводу высказаннаго *А. Н. Соловьевымъ*, — вопросъ этотъ настолько исчерпанъ, что ссылка на одинъ этотъ трудъ уже избавляетъ отъ цитированія многочисленныхъ авторовъ, которые о немъ трактуютъ.—*Sphincter ani tertius* не есть какая либо мышца, въ родѣ *sphincter ani externus* или *internus*; это есть цѣлый комплексъ приспособленій, который по физиологическому своему дѣйствию называется сфинктеромъ».

Думаю, что уже одной этой выписки совершенно достаточно для того, чтобы убѣдиться въ правильности того, что мною высказано въ засѣданіи 29 января, т. е. что *sphincter ani tertius*, какъ отдѣльная мышца, не существуетъ. Что касается до текста къ атласу *Н. И. Пирогова*, то *А. П. Губаревъ* приводитъ слѣдующую выписку: *plica semilunaris membranae mucosae recti, quae etiamsi intestinum aëre extensum est in caveam ipsius falcis instar valde prominet.* (Что значитъ: полулунная складка слизистой оболочки recti, которая сильно выдается въ просвѣтъ на подобіе серпа даже въ растянутомъ воздухомъ состояніи). Неужели и это доказательство въ пользу существованія *sphincter'a ani tertius*, о которомъ *А. П. Губаревъ* упомянулъ въ январскомъ засѣданіи?

Что касается до того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ резекціи прямой кишки наблюдалось задерживаніе больными экскрементовъ, то объ этомъ никто не спорилъ. Вопросъ касался только того, можно-ли дѣлать *anus practernaturalis* безъ особыхъ къ тому

показаній и особенно въ случаяхъ неподходящихъ и въ видѣ опыта на живомъ субъектѣ. Понятно, что о гуманности подобной операціи не можетъ быть и рѣчи, если отнестись къ ней безпристрастно и безъ увлеченій. Мнѣ кажется, что образование anus praeternaturalis представляетъ изъ себя операцію, которую можно дѣлать только при жизненныхъ къ ней показаніяхъ. При производствѣ операціи, предложенной проф. В. О. Снегиревымъ, врачъ никогда не можетъ поручиться за то, что газы и кишечныя выдѣленія будутъ выдѣляться больными произвольно. Въ описаніи мы, къ сожалѣнію, не встрѣчаемъ способа измѣренія перерѣзки прямой кишки на 3 дюйма выше задняго прохода, что конечно весьма важно при обсужденіи послѣдствій; мы дѣйствительно не знаемъ, была ли она перерѣзана въ вытянутомъ состояніи или же мѣсто перерѣзки было намѣчено предварительно.

Теперь перейдемъ ко *второму показанію проф. В. О. Снегирева* къ предложенной и произведенной имъ операціи, а именно *въ случаяхъ прирожденной атрезіи фукава при развитой маткѣ и яичникахъ*, о чемъ онъ говорилъ въ январскомъ засѣданіи. Тогда же я ему возражалъ, что и въ этихъ случаяхъ операція *не показана*, потому что зачатіе и роды здѣсь невозможны, такъ какъ прирожденная атрезія рукава обыкновенно наблюдается съ одновременнымъ отсутствіемъ матки или рудиментарнымъ ея развитіемъ.

Въ слѣдующемъ засѣданіи 27 февраля въ доказательство сказаннаго мною я привелъ учебники Klob'a, Klebs'a и Breisky'аго <sup>1)</sup>. Проф. В. О. Снегиревъ тоже хотѣлъ привести громадную литературу въ пользу своего воззрѣнія, т. е. что прирожденные атрезіи встрѣчаются съ нормально развитой маткой и яичниками, но этого не сдѣлалъ изъ опасенія навести тоску, какъ онъ самъ выразился въ этомъ засѣданіи. Думаю, что такой полемическій приемъ далеко не убѣдителенъ.

Послѣ этихъ дебатовъ *профессоръ* измѣнилъ свое *главное показаніе*, такъ какъ на стр. 15-й брошюры, онъ пишетъ:

„Я достаточно разъяснилъ недоказательность брошенныхъ мнѣ обвиненій и, оканчивая эту статью, укажу на главную цѣль предложенной мною операціи.

„Я уже говорилъ, что при временномъ отсутствіи влагалища внутренніе половые органы, т. е. матка, яичники и трубы могутъ быть развиты, что можетъ образоваться гематометра, что, при

<sup>1)</sup> См. подробности Мед. Обзор. № 6.

возстановленіи сообщенія между маткой и внѣшнимъ міромъ, можетъ воспослѣдовать беременность и роды, и что въ настоящее время таковыя случаи гематометры лечатся удаленіемъ матки и ея придатковъ *per laparotomiam*. Отсюда понятно, что *главная существенная цѣль* предлагаемой операціи есть полное возстановленіе капитальной функціи женщины—зачатія и дѣторож, денія, въ замѣнь прочно установленной, въ настоящее время-опасной операціи для жизни и безусловно лишаящей женщину способности дѣторожденія.

„Всякому опытному гинекологу и хирургу ясно, что соединить такое искусственное влагалище съ маткой, а въ особенности съ растянутой (haematometra), не составитъ особеннаго труда; стоитъ только припомнить легкость прокола и соединенія матки съ прямой кишкой въ подобныхъ условіяхъ.

„И такъ, смѣю надѣяться, говоритъ проф. В. О. Снегиревъ, что цѣль предлагаемой операціи—образованіе искусственнаго влагалища—есть высокогуманная и не заслуживаетъ названія операціи „для педерастіи“.

Я нарочно привелъ слова самого проф. Снегирева, изъ которыхъ видно, какое затрудненіе является при научно-критическомъ разборѣ его *главнаго показанія* къ операціи при предполагаемыхъ еще условіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, формулировка этого главнаго показанія крайне неясна, потому что мнѣ по крайней мѣрѣ не понятно, что хотѣлъ высказать проф. В. О. Снегиревъ словами: *временное отсутствіе влагалища*.

Мой докладъ, вызвавшій полемику, касался только операціи, произведенной на женщинѣ съ прирожденнымъ отсутствіемъ ружкава и матки, слѣдовательно съ цѣлью дать возможность coitus'a *per anum*. Теперь же оказывается, что главная цѣль операціи другая, т. е. что больная служила какъ бы въ видѣ опыта, потому что операція была произведена на живомъ и неподходящемъ субъектѣ.

Эти колебанія въ показаніяхъ къ операціи, мнѣ кажется, ясно доказываютъ, что *предложеніе и производство ея принадлежитъ къ хирургическимъ увлеченіямъ въ гинекологию, что я и стремился доказать въ моемъ первомъ докладѣ*. <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Къ брошюрѣ приложено еще заявленіе М. М. Ремизова, на которое выпала очень *неблагодарная роль*. Изъ этого заявленія видно, что г.г. Снегиревъ, Губаревъ и Ремизовъ перепутали докладъ съ *дебатами*, при чемъ въ одномъ мѣстѣ, именно на стр. 30-й д-ръ Ремизовъ дѣлаетъ восклицаніе:

Теперь я позволю себѣ резюмировать мои возраженія на операцію, предложенную и произведенную проф. В. Θ. Снегиревым:

1) Операція проф. Снегирева не имѣетъ показаній въ случаяхъ прирожденной атрезіи рукава, тотому что больная не только ничего не выигрываетъ въ смыслѣ акта coitus'a, съ цѣлью возможности котораго и произведена операція, но получаетъ *apud praeternaturalis* со всѣми его послѣдствіями. При этой операціи врачъ никогда не можетъ поручиться, что больная будетъ удерживать газы и экскременты.

2) Никогда задачей врача не можетъ быть доставленіе возможности противуестественнаго сожителства (coitus).

3) Второе предполагаемое и главное показаніе къ операціи сформулировано неясно, а потому и обсужденіе его съ научной точки зрѣнія представляется затруднительнымъ, такъ какъ непонятно, что подразумѣваетъ проф. Снегиревъ подъ именемъ *временнаго отсутствія влагалища*.

4) Если главное и неясное показаніе къ операціи представляется еще въ будущемъ, то произведенная уже на больной при неподходящихъ условіяхъ, она сводится къ простому опыту на живомъ и не подходящемъ субъектѣ, что едва ли заслуживаетъ названія высокой гуманности.

5) Упрекая меня въ легкомысліи и пр., по поводу примѣненнаго мною выраженія — *недерастія*, проф. Снегиревъ поступилъ неосновательно, потому что, если бы онъ справился въ учебникахъ Суд. Медицины о значеніи слова *недерастія*, то увидалъ бы во 1-хъ, что это слово мною примѣнено правильно и, во 2-хъ, самъ не сталъ бы дѣлать неподходящихъ сравненій.

6) Что касается до отрицанія мною sphincter'a ani tertius, какъ отдѣльной мышцы, на которую можно всегда разсчитывать при операціи проф. В. Θ. Снегирева, то, возражая мнѣ, А. П. Губаревъ только подтвердилъ высказанное мною мнѣніе.

Въ заключеніе я позволю себѣ сказать, что если я возсталъ противъ предложенной и произведенной проф. В. Θ. Снегиревымъ операціи, то имѣлъ на это свои основанія. Я крайне сожалѣю, что мои возраженія были приняты не въ смыслѣ желанія уяснить вопросъ какъ для себя, такъ можетъ быть и для дру-

---

*неосторожно!* Когда онъ доканчивалъ свою рѣчь, то, со стороны присутствовавшей въ засѣданіи многочисленной—преимущественно врачебной—публики, раздались *сильные знаки неодобрения*... Мнѣ можно бы было сказать по адресу д-ра Ремизова: *неосторожно!*

гихъ. Этимъ конечно объясняется и тотъ страстный личный характеръ съ распредѣленіемъ ролей между проф. *Снегиревымъ* и его ассистентами, который приняли дебаты въ московскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ.

Всякому человѣку свойственно ошибаться, а потому, считая и себя въ числѣ таковыхъ, я рѣшилъ перенести обсужденіе вопроса на нейтральную почву, т. е. въ Петербургское акушерско-гинекологическое общество. Можетъ быть, я дѣйствительно ошибаюсь въ своемъ критическомъ взглядѣ на операцію проф. *Снегирева*. Само собою разумѣется, что если мнѣ это будетъ доказано, то я первый сознаюсь въ своемъ заблужденіи, такъ какъ истина, какъ бы она не была непріятна съ личной точки зрѣнія, все таки останется истиной. Только ради этой послѣдней я и пріѣхалъ сюда изъ Москвы.

*А. Р. Фишеръ* сказалъ: Способъ образованія искусственного влагалища, предложенный и осуществленный на дѣлѣ проф. *В. Ф. Снегиревымъ*, какъ всякій новый лечебный пріемъ, на мой взглядъ, долженъ быть разсматриваемъ и оцѣняемъ съ 3 важнѣйшихъ точекъ зрѣнія: 1) показаній, 2) техники и 3) достигаемыхъ терапевтическихъ результатовъ. Что касается до вопроса о показаніяхъ, то въ данномъ случаѣ самаго важнаго явленія, которое всего чаще и всего настоятельнѣе требуетъ устраненія всякаго рода гинатрезій, а именно скопленія мѣсячныхъ кровей выше атрезіи, не было вслѣдствіе совершенно зачаточнаго состоянія всего полового прибора больной, благодаря которому, конечно, не могло быть и рѣчи въ разбираемомъ случаѣ о созданіи благоприятныхъ условій для зачатія. Остается только одинъ поводъ къ оперативному вмѣшательству: невозможность половых сношеній. Право гражданства этого показанія, какъ извѣстно, многими отрицается и во всякомъ случаѣ остается спорнымъ. Но, какъ бы то ни было, настойчивыя требованія самой больной до извѣстной степени оправдываютъ произведенную проф. *Снегиревымъ* operation de complaisance, какъ клиническій опытъ. Обращаясь затѣмъ къ технике операціи, нельзя не признать, что она очень сложна: въ первый сеансъ—вылущеніе копчика, отдѣленіе на значительномъ протяженіи прямой кишки, перерѣзка ея, зашиваніе наглухо верхняго конца нижняго отрѣзка, вшиваніе верхняго отрѣзка въ разрѣзъ на мѣстѣ удаленнаго копчика, затѣмъ черезъ двѣ недѣли второй сеансъ—пластическая операція съ цѣлью создать нѣчто похожее на rima pudendorum et introitus vaginae, — весь этотъ комплексъ руководѣній представляетъ много немаловажныхъ трудностей, не будучи въ то же время вполне обезпеченъ отъ возможности пораненія прямой кишки на нежелательномъ мѣстѣ, мочевого пузыря и даже брюшины Douglas'ова пространства—недостатковъ, присущихъ прежнимъ оперативнымъ пріемамъ искусственнаго восстановленія влагалища. Другими словами, новый способъ проф. *Снегирева*, не представляя *техническихъ* преимущ-

щество передъ прежними способами, гораздо сложнѣе ихъ. Д-ръ *Фишеръ*, по крайней мѣрѣ затруднился бы найти въ способѣ проф. *Снегирева* какія либо преимущества, хотя бы передъ способами пересадки (трансплантаци), примененными *B. Credé* (Arch. f. Gynäk., 1883, Bd. XXII, стр. 229), *Otto Küstner*’омъ (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1890, Bd. XVIII, стр. 145) или *Swiecicki*’мъ (Nowiny lekarskie, 1891, № 9; рефер. въ Nouv. archives d’obst. et de gynéc. 1892, № 3, стр. 141). Не говоря уже о *B. Credé*, пересадившемъ въ искусственно возстановленное влагалище кожный лоскутъ съ большой губы, *Küstner*, какъ извѣстно, еще въ 1888 г. въ одномъ случаѣ приобрѣтенной атрезіи рукава, наблюдавшемся въ Дерптской клиникѣ, проложилъ себѣ обычнымъ образомъ путь черезъ сплошную рубцевую ткань къ маткѣ и пересадилъ въ образованный такимъ образомъ каналъ нѣсколько кусковъ слизистой оболочки тонкой кишки, только что вырѣзанной у одного больного въ сосѣдней хирургической клиникѣ; затѣмъ, вслѣдствіе неполнаго успѣха онъ спустя нѣкоторое время дополнилъ операцію, пересадивъ нѣсколько кусочковъ влагалищной слизистой оболочки, полученной имъ отъ другой больной при кольпорافیи. *Swiecicki* съ тою же цѣлью съ успѣхомъ воспользовался слизистой оболочкой тонкой кишки кролика. Къ сожалѣнію, эти наблюденія пока остаются единичными, но полученные результаты заставляютъ думать, что дальнѣйшее примѣненіе указанныхъ способовъ пересадки представитъ благодарную почву для оперативной техники въ рукахъ опытныхъ хирурговъ; во всякомъ случаѣ эти способы много проще способа *В. Ф. Снегирева*. Наконецъ, остается сказать нѣсколько словъ о достигнутыхъ проф. *Снегиревымъ* терапевтическихъ результатахъ. Мѣшокъ для введенія полового члена дѣйствительно образованъ; этотъ эффектъ операціи безспоренъ. Но окупается ли этимъ результатомъ та утрата, которую съ этою цѣлью пришлось нанести прямой кишкѣ? *Клиническое наблюденіе* гласитъ, что черезъ два мѣсяца послѣ операціи, какъ пишетъ самъ проф. *Снегиревъ*, больная «твердыя испраженія задерживаетъ и жидкія немного можетъ удерживать. газы же не можетъ держать»; затѣмъ черезъ 4½ мѣсяца послѣ операціи *больная пишетъ*, что она «удерживаетъ не только твердые и жидкіе экскременты, но и вѣтры». Не имѣя ни малѣйшаго основанія заподозрить больную въ сознательной неправдивости, *А. Р. Фишеръ* всё таки невольно склоненъ придавать большую цѣну *объективному* клиническому наблюденію, чѣмъ *словамъ* мало интеллигентной больной. Быть можетъ, конечно, что въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ оперированная такъ или иначе приспособилась къ отсутствію жома задняго прохода; какого рода эти уравновѣшивающія приспособленія, какую роль при этомъ играетъ такъ называемый третій жомъ, *А. Р. Фишеръ*, какъ не анатомъ, не берется судить. Но кто же изъ гинекологовъ не знаетъ, что при полныхъ разрывахъ промежности, даже и неособенно глубокихъ, второй степени, какъ постоянное явленіе наблюдается недержаніе жидкихъ испражнений и кишечныхъ газовъ? Признавая даже, что въ случаѣ проф. *Снегирева* больная, дѣйствительно, вполне удерживаетъ содержимое кишки, *А. Р. Фишеръ* думаетъ, что

можно только поздравить оператора съ такимъ неожиданно-блестящимъ результатомъ въ данномъ случаѣ, но это не даетъ еще права возводить столь счастливый исходъ въ общее правило. Повторяю, замѣтилъ *А. Р. Фишеръ*, что имѣвшіеся въ нашемъ распоряженіи до этого оперативные приемы и технически проще, и по результатамъ менѣе рискованны, чѣмъ новый способъ образованія искусственнаго влагалища проф. *В. Ф. Снегирева*.

Проф. *Е. В. Павловъ* сказалъ: операцію, выполненную проф. *Снегиревымъ*, нельзя считать ни анатомически, ни практически оправдываемой. Она есть только экспериментъ. Опытъ учить, что уже разсѣченія свищей прямой кишки въ извѣстныхъ размѣрахъ даютъ условія для недержанія газовъ и жидкихъ испражнений, даже когда разсѣкается сжимающій аппаратъ въ одномъ направленіи. Страдальцамъ приходится помогать себѣ сжиманіемъ ягодицъ. Нельзя упускать изъ виду еще одно обстоятельство, которое могло и въ данномъ случаѣ способствовать указанному временному относительно хорошему самочувствію больной, а именно исправность кишечнаго тракта въ смыслѣ правильности пищеваренія и отсутствія вздутія кишечника газами. Самое же главное, чѣмъ можетъ осложниться притягиваніе и пришиваніе верхняго отрѣзка гесті—это (судя по аналогіи съ производимыми вырѣзываніями нижняго отдѣла прямой кишки при различныхъ хирургическихъ заболѣваніяхъ ея) послѣдовательное и постепенно развивающееся служеніе новаго задне-проходнаго отверстія. Проблематичный 3-ій сфинктеръ тогда не помогаетъ удерживать газы и жидкія испражнения, а твердыя каловыя массы *съ трудомъ удаляются* черезъ узкое и мало-растяжимое наружное кольцо на мѣстѣ рубцевого спая кишки съ кожными покровами.

*В. И. Штолцъ* замѣтилъ: Соглашаясь вполнѣ со всѣмъ, что сказано д-ромъ *Фишеромъ*, я позволю себѣ прибавить только нѣсколько словъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія. Законъ даетъ право требовать развода если одинъ изъ супруговъ неспособенъ къ супружескому сожитію; но законъ не обязываетъ лицо, имѣющее это право, непременно пользоваться имъ. Далѣе, законъ преслѣдуетъ ненормальное совокупленіе черезъ задній проходъ даже и съ нормальной женщиной; но не думаю, чтобы можно было обвинять супруга, совершающаго соитіе черезъ задній проходъ, когда для нормальнаго совокупленія нѣтъ нормальныхъ органовъ. Слѣдовательно, операція, производимая ради огражденія супруга отъ отвѣтственности за ненормальное соитіе при отсутствіи влагалища, не имѣетъ основанія—тѣмъ болѣе, что не зачѣмъ дѣлать новаго, не удовлетворяющаго цѣли дѣторожденія отверстія, подвергая жизнь и здоровье больной опасности, когда имѣется уже нормальное отверстіе того-же значенія.

*Д. О. Оттъ* сказалъ: При оцѣнкѣ и сужденіи о всякомъ, особенно же новомъ оперативномъ приемѣ, предлагаемомъ въ отдѣльномъ случаѣ, нужно строго различать двѣ стороны вопроса: принципиальную и индивидуальную.

Основательно разбирать отдѣльный случай, какъ таковой, можно очевидно лишь тогда, если хорошо извѣстно состояніе больной до и послѣ примѣнен-

наго оперативнаго лѣченія, если лично имѣлъ возможность обьизслѣдовать больную или если по крайней мѣрѣ имѣется въ распоряженіи подробная исторія болѣзни. Такъ какъ по поводу упоминаемаго докладчикомъ случая мы не располагаемъ ни тѣмъ ни другимъ, то очевидно и не представляется возможнымъ сдѣлать основательной оцѣнки ни самаго случая, ни результатовъ примѣненнаго лѣченія. На основаніи же только что слышаннаго и тѣхъ недостаточныхъ данныхъ, которыя проникли въ печать, можно развѣ лишь только вынести впечатлѣніе, что наличныхъ данныхъ было недостаточно въ смыслѣ установки показанія и оправданія выполненной операціи.

Несравненно интереснѣе, мнѣ кажется, принципиальная сторона вопроса и въ этомъ отношеніи я бы не позволилъ себѣ безъ оговорки забраковать цѣликомъ весь методъ. Можетъ быть во всѣхъ своихъ деталяхъ по примѣненію къ данной больной весь методъ и не представляется достаточно обоснованнымъ, но нельзя не согласиться, что предложенный проф. *Снегиревымъ* способъ очень оригиналенъ и что во всякомъ случаѣ эта его сторона заставляетъ отнестись къ нему крайне осмотрительно и сдержанно. Въ исторіи медицины извѣстно не мало такихъ примѣровъ, гдѣ въ началѣ то или иное предложеніе или операція казались совершенно нераціональными и служили поводомъ (какъ это въ послѣдствіи обнаружилось) къ самымъ неосновательнымъ нападкамъ. Правда, врядъ ли можно предположить, чтобы способъ проф. *Снегирева* нашелъ подражателей въ томъ видѣ и при тѣхъ условіяхъ, какъ онъ былъ выполненъ авторомъ; — тѣмъ не менѣе однако нельзя не допустить, что можетъ быть нѣкоторыя частности приведеннаго оперативнаго пріема при соответствующихъ видоизмѣненіяхъ окажутся не бесполезными въ подходящихъ случаяхъ. Во всякомъ случаѣ для того, чтобы составить правильныя сужденія о случаѣ, на который ссылается докладчикъ, желательно болѣе подробное и всестороннее описаніе его, а также несравненно болѣе продолжительное наблюденіе за больной, чѣмъ это до сихъ поръ имѣется.

4) *А. Рымша* говорилъ «о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины». Изложивъ вкратцѣ литературу о племенныхъ различіяхъ таза, докладчикъ привелъ среднія величины размѣровъ нормальнаго таза, выведенныя изъ 363 измѣреній, произведенныхъ имъ на русскихъ роженицахъ, разрѣшавшихся въ Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи (ости 24,5, гребни 27,7, вертлюги 31, прямой наружный 19,1, наклонная конъюгата 12,4).—Во 2-ой части своего сообщенія докладчикъ говорилъ о частотѣ (13,5%), видахъ и степеняхъ суженныхъ тазовъ, встрѣтившихся у 400 изслѣдованныхъ имъ роженицъ Заведенія. Въ заключеніи докладчикъ высказалъ нѣсколько соображеній объ этиологіи



сбуженнаго таза. Докладъ этотъ напечатанъ въ № 7—8 «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней».

5) *П. Т. Нейштубе* говорилъ «объ употребленіи фізіологическаго раствора NaCl при тяжелой острой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій». Докладъ этотъ напечатанъ въ 6-омъ № «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за текущій годъ.

6) *Л. П. Пассоверъ* говорилъ «о морфинизмѣ и вліяніи его на половую сферу». Упомянувши о вліяніи морфія на организмъ вообще, докладчикъ, на основаніи литературныхъ данныхъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ о вліяніи хроническаго отравленія морфіемъ на половую сферу у женщины: а) Половая страсть въ началѣ отравленія морфіемъ и въ концѣ отвыканія отъ него возбуждается, доходя въ нѣкоторыхъ случаяхъ до нимфоманіи; во все же время злоупотребленія она находится въ угнетенномъ состояніи. б) Мѣсячныя становятся неправильными и болѣзненными, а затѣмъ прекращаются или вдругъ, или постепенно. в) Бѣли исчезаютъ. г) Какъ мѣсячныя, такъ и бѣли послѣ отвыканія отъ морфія возвращаются, — иногда съ сильными болями. д) Способность къ зачатію не всегда пропадаетъ, если мѣсячныя еще появляются. е) При морфійной же аменорреѣ беременности не наблюдали. ж) Беременность можетъ протекать правильно, если вприскиваемые суточные количества не превышаютъ 0,5 грм. з) Отвыканіе отъ морфія во время беременности можетъ вызвать выкидышъ. — Приведши далѣе всѣмъ извѣстный случай *Willibald'a Levinstein'a*, въ которомъ подъ вліяніемъ хроническаго отравленія морфіемъ развилась атрофія матки, докладчикъ сообщилъ и свои относящіяся сюда два наблюденія. Въ 1-мъ изъ нихъ, у 29 лѣтней, 1 разъ родившей женщины, лѣчившейся у *Пассовера* съ 8 декабря 1887 г. по 1 іюля 1890 г., на ряду со всѣми остальными припадками хроническаго отравленія морфіемъ и аменорреей, развилась рѣзко выраженная атрофія матки: длина полости послѣдней 8 декабря 1887 г. 8 стм., а 1 декабря 1890 г. — 5 стм. Женщина эта, умершая отъ волокнистаго воспаленія легкихъ въ октябрѣ 1890 г., довела суточное количество подкожно вводимаго морфія до 13 гранъ. Вторая больная, женщина 30 лѣтъ, 2 раза рожавшая, раньше зло-

употреблявшая опиумъ (до 2  $\bar{3}$  и болѣе въ сутки)—въ послѣдніе 3 года стала впрыскивать себя морфій, суточное количество котораго довела до 35 гранъ. Гинекологическое изслѣдованіе, производившееся неоднократно съ 1888 г., не показало, однако, никакихъ уклоненій отъ нормы. Слѣдуетъ отмѣтить только, что мѣсячныя у данной больной послѣдніе 3 раза сопровождались небольшою болью внизу живота.

«Есть ли это, говорить докладчикъ, дизменоррея, которая, какъ извѣстно, очень часто при морфійномъ злоупотребленіи является переходною ступенію къ аменорреѣ, или просто случайное явленіе, ничего общаго неимѣющее съ морфіемъ, я не могу сказать, равно какъ не могу утверждать, что всякая аменоррея у морфинистокъ непременно является результатомъ начинающейся атрофіи».

*В. И. Штольцъ* сказалъ: Случаи морфинизма, быть можетъ, и часты, но наблюдать ихъ приходится рѣдко. Я имѣлъ возможность видѣть только двухъ завязатыхъ морфинистокъ. Одна изъ нихъ, которую я наблюдалъ довольно долго, была уже въ климактерическомъ возрастѣ; что же касается до другой, то она жила половой жизнью, но я не видѣлъ у нея ни аменорреи, ни уменьшенія матки; напротивъ, матка, судя по гинекологическому изслѣдованію, была увеличена. Такимъ образомъ ни аменоррею, ни атрофію матки нельзя съ положительностью относить на счетъ морфинизма.

*Д. О. Оттѣ* замѣтилъ, что сообщенія, подобныя сдѣланному докладчикомъ, цѣнны потому, что такія наблюденія можно имѣть только въ частной практикѣ, такъ какъ, для полученія какихъ либо выводовъ, за больными приходится слѣдить годами, что, разумѣется, въ клиникѣ невозможно.

7) *В. В. Строгоновъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «*Къ бактериологіи половой сферы у новорожденныхъ дѣвочекъ*». Всѣхъ дѣвочекъ, изслѣдованныхъ въ бактериологическомъ отношеніи, было 33; одна изъ нихъ была изслѣдована 2 раза, непосредственно послѣ рожденія и на 6-я сутки. Такимъ образомъ было произведено 34 изслѣдованія; 16 спустя 24 часа и до 8 сутокъ послѣ рожденія и 18 въ первые пять часовъ жизни. Выводы: а) Влагалище новорожденныхъ дѣвочекъ, какъ правило, не содержитъ микробовъ вовсе непосредственно послѣ рожденія, а слѣдовательно, и во время утробной жизни. б) Въѣдреніе микробовъ происходитъ въ первое время послѣ рожденія и при томъ такъ, что чѣмъ дальше отъ

рождения, тѣмъ менѣе число неимѣющихъ микробовъ въ половыхъ путяхъ; уже послѣ первой ванны большинство дѣвочекъ имѣетъ ихъ во влагалищѣ. в) Условіями, содѣйствующими проникновенію микробовъ въ половой каналъ, служатъ: ванны, смазыванія половыхъ частей масломъ, погруженія въ воду и искусственное дыханіе. г) Предлежаніе ягодицами предрасполагаетъ къ болѣе раннему втѣдренію микробовъ въ половые пути; тѣмъ не менѣе и при этомъ условіи возможно свободное отъ микробовъ состояніе послѣ рожденія. д) Болѣзнетворныхъ микробовъ—гноеродныхъ гроздекокковъ—не было ни въ одномъ случаѣ. е) Вообще влагалище дѣвочекъ представляетъ благопріятную среду для развитія микробовъ.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ *преніяхъ* по докладу В. И. Штольца (см. № 6 Журн. Акуш. и женскихъ болѣзней, стр. 593).

Е. Ф. Бацевичъ сказалъ: Я хотѣлъ высказать свой общій взглядъ на докладъ многоуважаемаго д-ра Штольца и сдѣлать нѣсколько краткихъ замѣчаній по поводу частностей въ немъ.

Попытка вывести общія показанія къ тому или иному веденію родовъ, къ той или иной оперативной помощи при различныхъ степеняхъ и характерахъ суженій далеко не ново. Лучшіе авторитеты ближайшаго прошлаго и настоящаго старались вывести показанія къ оперативнымъ приемамъ при узкихъ тазахъ на основаніи исключительно размѣровъ таза и по преимуществу прямого входа (въ разныхъ варіаціяхъ діагональной, истинной и даже наружной конъюгаты). Просматривая выработанныя данныя по этому вопросу, мы не только не видимъ у авторовъ единогласія, но даже, какъ справедливо замѣчаетъ самъ докладчикъ, «подчасъ діаметрально противоположные взгляды», хотя въ основу сужденія у всѣхъ авторовъ положены одни и тѣ же процентныя отношенія благополучныхъ родовъ для матерей и дѣтей при тождествѣ сантиметровъ разстояній. Это зависитъ отъ того, что размѣры не составляютъ еще всего во время родовъ и что случаи родовъ при одинаковыхъ конъюгатахъ не суть тождественны настолько, чтобы быть взятыми въ одну рубрику для статистическихъ выводовъ и, мнѣ кажется, главнымъ основаніемъ для рубрификаціи случаевъ должны служить при тождествѣ сантиметровъ и миллиметровъ разстояній, тождества по клиническому теченію, тождества по аномаліямъ вставленій предлежащей части, по канализаціи родовыхъ путей, по высотѣ стоянія предлежащей при переходѣ ретракціоннаго кольца въ Бандлевское, по характеру болей и т. д. и т. д. Разъ клиническое теченіе родовъ не легло въ основу сортировки статистическаго матерьяла, то выводы этой статистики будутъ имѣть значеніе весьма относительное. Позволю себѣ привести дока-

зательный примѣръ. Во многихъ случаяхъ узкихъ тазовъ бываетъ такъ въ началѣ родовъ, что подлежащая головка лежитъ выше, такъ называемаго, мюлеровскаго зѣва, въ такихъ случаяхъ почти всегда полное выпрямленіе плода (съ удлинениемъ на 6 сант.) не ведетъ къ полному открытію, ретракціонное кольцо отходитъ очень высоко къ пупку, а нижній отрѣзокъ матки является растянутымъ въ видѣ чепчика на головкѣ, при чемъ сила рабочей части матки не можетъ уже по понятнымъ причинамъ дѣйствовать на зѣвъ, изгоняющая же дѣятельность брюшнаго пресса будетъ выталкивать головку съ растянутымъ на ней нижнимъ отрѣзкомъ во входѣ или даже только въ плоскость прямого входа, что, не говоря уже о всемъ вредѣ дисгармоніи вставленія, открытія и рабочей силы, дѣйствуетъ вредно въ пространственномъ отношеніи, уменьшая присутствіемъ мягкихъ частей относительный размѣръ прямого входа и не позволяя головкѣ приспособляться по мѣсту. Выше начерченная картина родовъ даже и при *сравнительно небольшихъ суженіяхъ* даетъ показанія къ самымъ серьезнымъ операціямъ для жизни плода, а сама по себѣ чуть ли не въ 95% оканчивается смертью плода, я не говорю о матери. Итакъ, по моему крайнему разумѣнію, статистическіе выводы въ этомъ направленіи, основанные лишь на размѣрахъ таза, давъ свое относительное значеніе, большаго дать не могутъ. Новая статистика, если она должна быть, должна быть на иныхъ основаніяхъ; къ разработкѣ послѣднихъ въ акушерской наукѣ имѣется довольно много матерьяла. Перехожу къ нѣкоторымъ замѣчаніямъ по частностямъ доклада. Авторъ говоритъ, что онъ щипцами, отклоняя ихъ въ сторону, проводитъ сначала большой родничекъ, а затѣмъ, отклоняя рукоятки щипцовъ въ противоположную сторону, проводитъ въ полость малый родничекъ (дѣло идетъ о щипцахъ при механизмѣ плоскаго суженія). Я понимаю, что можно наложить щипцы *такъ*, чтобы низвести въ полость переднее темя, но сомнѣваюсь, чтобы, наложивъ щипцы вообще, можно бы было тракціями въ бокъ (качательными) проводить большой родничекъ раньше, такъ какъ самостоятельнаго движенія въ щипцахъ возлѣ горизонтальной оси головка не имѣетъ, а для того, чтобы провести переднее темя нужно головку (затылокъ) подать въ сторону и вверхъ, какъ это бываетъ при нормальномъ механизмѣ плоскаго таза, что въ щипцахъ очевидно невозможно. Авторъ, дѣлѣе, видитъ неудобство при прохожденіи послѣдующей головки въ томъ, что она вставляется во входѣ въ косомъ размѣрѣ, я бы не придавалъ этому большаго значенія потому, что едва лицевая часть начнетъ вступать во входъ, какъ головка легко перейдетъ въ поперечный (*Scanzoni*).

Трудность конфигураціи послѣдующей головки авторъ видитъ въ краткости времени для приспособленія по формѣ, на это я позволю себѣ обратить вниманіе докладчика, что уже на рожденномъ плодѣ не трудно пальцами скоро произвести шаблонную конфигурацію (при зат. полож.), а во вторыхъ послѣдующая головка легко конфигурируется потому, что костямъ приходится приспособляться по направленію силы дѣйствующей, а не противъ, какъ это бываетъ при затылочныхъ положеніяхъ. Лучшимъ доказа-

тельствомъ этого служить легкость конфигураціи черепнаго свода при лицевыхъ положеніяхъ.

Въ объясненіе смерти плода при задержанномъ извлеченіи послѣдующей головки авторъ кладетъ исключительно время (продолжительность); противъ значенія времени въ этомъ случаѣ никто спорить не станетъ, но плодъ погибаетъ исключительно отъ того, что въ пустой рабочей части матки нѣтъ того боковаго давленія на послѣдъ, которое гарантируетъ, въ силу плотнаго прижатія послѣда къ маткѣ газообмѣнъ. Эти условія *оставанія* послѣда лишь настолько отъ стѣнки, что нарушается газообмѣнъ существуютъ при всѣхъ безъ исключенія родахъ тазовымъ концомъ.

Послѣднее это указаніе автора, будто цереброспинальная жидкость при послѣдующей головкѣ поднимается вверхъ (*respect.* въ голову), это мнѣ кажется совсѣмъ непонятнымъ, такъ какъ цереброспинальная жидкость лежитъ въ замкнутой полости, на давленіе въ которой сжатіе грудной и тазовой области ребенка абсолютно не вліяетъ, а скорѣй обратно подвижность костей головки позволяетъ передаваться давленію на головку, вліяя такъ, что цереброспинальная жидкость уходитъ изъ полости черепа, хотя, я лично опираясь на кровоприсасывающее значеніе передвиженія цереброспинальной жидкости, перемѣщеніемъ ея особеннаго значенія, въ смыслѣ увеличенія препятствій, не придаю.

*В. И. Штольцъ* возразилъ: Если я правильно понялъ, то главный упрекъ, дѣлаемый мнѣ уважаемымъ оппонентомъ по отношенію къ моему докладу вообще, сводится къ тому, что разбираясь въ различныхъ способахъ помощи при узкихъ тазахъ, я обращаю главное вниманіе на сантиметры и миллиметры и дѣлаю статистическіе выводы на основаніи практическихъ результатовъ отъ примѣненія того или другаго пособія, руководствуясь при этомъ ходячею номенклатурою различныхъ ненормальностей въ клиническомъ теченіи родовъ, и не пускаясь въ объясненіе причинъ этихъ не нормальностей.

Въ оправданіе позволю себѣ сказать слѣдующее: безъ уменьшенія въ количествѣ сантиметровъ и миллиметровъ узкихъ тазовъ нѣтъ. Не соотвѣтственная же канализація родовыхъ путей, уклоненія въ рабочей силѣ матки, неправильное вставленіе предлежащей части вовсе не составляютъ необходимой принадлежности узкихъ тазовъ и встрѣчаются сплошь да рядомъ при нормальномъ тазѣ, выражаясь болѣе или менѣе характерными и извѣстными уже клиническими явленіями. Нѣтъ спора, что изученіе причинъ не нормальности родовой дѣятельности представляетъ высокій интересъ и имѣетъ серьезное значеніе, но оно, не составляя основы ученія объ узкомъ тазѣ, есть достояніе другого отдѣла акушерства.

Озаглавивъ свой докладъ такъ «о веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза», я этимъ показалъ, что задача моя заключается не въ объясненіи причинъ ненормальной родовой дѣятельности, а въ желаніи на основаніи личного опыта и сравненія съ другими разобратся въ пособіяхъ при наличности этихъ ненормальностей у субъектовъ съ узкимъ тазомъ. Поэтому я позволилъ себѣ формулировать показанія, исходяція изъ уклоненія въ клиническомъ теченіи родовъ, ходячими терминами, обозначаю-

щими известный комплекс явлений, вроде: слабые боли, судорожные боли, такіа то неправильныя вставленія головки и т. п., не затрагивая вопросов о рабочей силѣ матки, о высотѣ стоянія предлежащей при переходѣ ретракціоннаго кольца въ Бандлевское, словомъ тѣхъ вопросовъ, которые, можетъ быть, имѣютъ глубокой интересъ, но для меня то, въ данномъ случаѣ, не представляли никакого практическаго значенія.

Недочеты и противорѣчія касательно пособій, имѣющіеся въ ученіи объ узкомъ тазѣ, по моему крайнему разумѣнію, зависятъ не отъ того, какъ думаетъ оппонентъ, что лучшіе авторитеты, писавшіе объ этомъ вопросѣ, не обращали вниманія на высоту стоянія предлежащей при переходѣ одного кольца въ то же самое, но подъ другимъ наименованіемъ (ретракціонное кольцо (*Barbour*) и Бандлевское (*Thiede* и *Schroeder*) сколько мнѣ помнится синонимы), а отъ того, что мы до сихъ поръ не имѣемъ точныхъ способовъ опредѣлить величину и способность къ конфигураціи головки до ея рожденія.

Меня также можно упрекнуть въ томъ, что я ничего не сдѣлалъ въ этомъ направленіи но въ тѣхъ вопросахъ, гдѣ не имѣется еще возможности опредѣлить неизвѣстное, слѣдуетъ набирать побольше фактовъ, могущихъ, можетъ быть, въ послѣдствіи содѣйствовать этому опредѣленію. Подобное воззрѣніе объясняетъ ту смѣлость, съ которою я, послѣ лучшихъ авторитетовъ, позволилъ себѣ утомлять вниманіе тѣхъ изъ слушавшихъ мой докладъ, для которыхъ вопросъ о значеніи сантиметровъ и миллиметровъ уже исчерпанъ.

Перехожу къ частностямъ—здѣсь оппонентъ, очевидно, не особенно внимательно слушалъ меня (въ чемъ виноватъ я самъ, сдѣлавъ докладъ такимъ длиннымъ), потому что возражаетъ мнѣ противъ того, чего я не говорилъ.

Начну со щипцовъ. Оппонентъ указываетъ на то, что я рекомендую качательныя тракціи при плоскихъ тазахъ, между тѣмъ какъ у меня прямо сказано, что я качательныхъ тракцій, въ общепринятомъ смыслѣ, никогда не употреблялъ. Если я сказалъ, что при извлеченіи головки щипцами, наложенными во входѣ въ тазъ, дѣлалъ неподвижныя тракціи въ направленіи могущемъ служить къ опущенію того или другого родничка, перемѣняя отъ времени до времени направленіе до тѣхъ поръ, пока головка не вступитъ во входъ большими своими размѣрами, то подобныя дѣйствія не называются качательными тракціями. Что же касается до эффекта указаннаго приема, то, не смотря на мою глубокую вѣру въ разныя теоретическія соображенія, я, по старой памяти, привыкъ вѣрить тому, что видѣлъ самъ;—возможность же, попеременнаго пониженія родничка при участіи щипцовъ, я видѣлъ *не одинъ разъ* и потому позволяю себѣ еще разъ сказать оппоненту, что приемъ этотъ не рѣдко достигаетъ цѣли. Это не исходъ послѣ какой либо операціи, зависящей отъ массы случайностей, это механическое дѣйствіе, проверенное непосредственнымъ наблюденіемъ.

Недоразумѣніе выходитъ также и съ поворотомъ я не однимъ словомъ не обмолвился, что для конфигураціи послѣдующей головки не достаетъ времени, что конфигурація эта происходитъ труднѣе, чѣмъ при предлежащей, а оппонентъ возражаетъ мнѣ на это и старается убѣдить шаблонными примѣрами.

Да—тысячу разъ да—послѣдующая головка конфигурируется значительно легче подлежащей. Но я говорилъ и говорю теперь, что подлежащая головка можетъ конфигурироваться въ теченіи 20—30 часовъ и ребенокъ будетъ живъ, послѣдующая же должна продѣлать эту операцію въ теченіи 10 много 15 минутъ, иначе ребенокъ умретъ. Умретъ ли онъ отъ того, что въ пустой рабочей части матки не будетъ достаточнаго давленія на послѣдъ и вслѣдствіе этого затруднится газообмѣнъ (какъ обязательно поучаетъ меня оппонентъ) или отъ чего другого, но онъ непремѣнно умретъ, если въ теченіи 15 минутъ не вытащить головку. Это мы всѣ знаемъ. Слѣдовательно при извлеченіи послѣдующей головки дорога каждая минута; но для самопроизвольнаго перехода изъ косога діаметра въ поперечный или даже для искусственнаго проведенія нужно время; для проведенія черезъ входъ таза тоже нужно время и при томъ не малое. Десять же или 15 минутъ въ сравненіи съ 30 часами составляютъ громадную разницу, почему я думаю и, къ сожалѣнію, не разъ убѣдился, что преимущества конфигураціи послѣдующей головки по отношенію къ конфигураціи подлежащей, далеко не такъ велики, чтобы могли уравнивать эту громадную разницу во времени, которое мы имѣемъ для спасенія жизни ребенка. Болѣе 40% смертности дѣтей у разныхъ авторовъ, даже у поклонника поворота *Nagel*'я, блестящимъ образомъ подтверждаютъ мое положеніе.

Возражая по отношенію къ передвиженію цереброспинальной жидкости оппонентъ приписываетъ мнѣ опять не мою мысль именно, что наклоненіи въ полости мозга цереброспинальной жидкости увеличиваетъ препятствіе для прохожденія послѣдующей головки. Этого я нигдѣ не сказалъ, но мнѣ и до сихъ поръ кажется, что сжатіе нижняго отдѣла, легко сжимаемаго черепа, и вытягиваніе во время влеченія за туловище спиннаго мозга, при чемъ отверстіе его канала сжимается, могутъ [имѣть] вліяніе на накопленіе цереброспинальной жидкости въ полости мозга и обусловливать большее давленіе на него, тѣмъ болѣе что и венозный отливъ, вслѣдствіе того же давленіе отъ сжатія нижняго отдѣла черепа, затрудняется.

---