

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО въ КИЕВѢ.

(Сообщ. д-ръ И. А. Воффъ).

Засѣданіе 29-го января 1893 г.

І. М. О. Клейнманъ сообщил о «случаѣ влагалищной перегородки, послужившей препятствіемъ во время родовъ». Мясистая перегородка, толщиною въ гусиное перо, шедшая отъ передней стѣнки влагалища, къ задней, препятствовала поступательному движенію ребенка, находившемуся во второмъ ногоположеніи переднемъ видѣ. При извлеченіи ребенка перегородка зацѣпилась сначала за ягодичную складку, а затѣмъ за правую подмышечную впадину; она была перерѣзана ножницами между двумя лигатурами.

Проф. Рейнз замѣтилъ, что обыкновенно такія перегородки, особенно прирожденные, легко растягиваются и не служатъ препятствіемъ къ родамъ; будучи травматическаго происхожденія и состоя изъ рубцовой ткани, они тоже подъ влияніемъ беременности разрыхляются и пріобрѣтаютъ эластичность, дающую имъ возможность въ достаточной мѣрѣ растянуться; въ случаяхъ, встрѣтившихся въ практикѣ оппонента, такія перегородки никогда не служили серьезнымъ препятствіемъ къ родамъ. Образъ дѣйствія докладчика въ данномъ случаѣ былъ вполнѣ цѣлесообразенъ.

ІІ. Г. Г. Левцикій продемонстрировалъ больную съ «кифотическимъ тазомъ». Больная, 22 лѣтъ, въ концѣ втораго года жизни упала съ постели, послѣ чего только спустя годъ начала ходить; со времени паденія стала развиваться горбъ, который увеличивался непрерывно до 14 лѣтъ; 20-ти лѣтъ вышла замужъ, беременна была 1 разъ, роды очень трудные, продолжались 28 часовъ и окончены краниокалзией, послѣ неудачной попытки наложенія щипцовъ; послѣдствіемъ родовъ осталась пузырно-влагалищная фистула, зашитая въ кievской акушерской клиникѣ. У больной имѣется пояснично-крестцовый кифозъ, обуславливающий различныя деформациі во всемъ скелетѣ, особенно же въ тазу. Размѣры таза: d. sp. 25,5; cr. 27; tr. 29; прямой выходъ 10 см., поперечный 5,75 (измѣрены двумя способами—Schöder'a и Breisky'го). По мнѣнію докладчика, это самый узкій изъ описанныхъ въ Россіи кифотическихъ тазовъ и 6-й по степени суженія изъ извѣстныхъ вообще въ акушерской литературѣ. Что касается терапіи родовъ при такого рода тазахъ, то самое лучшее для матери и плода при своевременномъ діагнозѣ— преждевременные роды.

А. И. Красковскій заявилъ, что и ему недавно встрѣтился кифотическій тазъ, гдѣ во время родовъ произошелъ разрывъ матки. (Случай этотъ будетъ подробно сообщенъ Обществу). Почему въ числѣ терапевтическихъ приѣмовъ не указана докладчикомъ и симфизеотомія?

Проф. Рейнз полагаетъ, что докладчикъ, хотя и весьма тщательно производившій свои измѣренія, придаетъ чрезчуръ большое значеніе своимъ цифрамъ и на основаніи ихъ классифицируетъ свой тазъ; не надо забывать,

что измѣренія произведены на живой женщинѣ, а не на скелетизированномъ тазѣ. На степень суженія выхода таза указываетъ и то, что въ выходѣ едва помѣщались 2 поперечныхъ пальца и что при операціи зашиванія фистулы невозможно было ввести обыкновеннаго зеркала *Sims'a*, а пришлось воспользоваться самой меньшей моделью этого зеркала, имѣющей въ клиникѣ. Взглядъ, что при такого рода тазахъ весьма желательна операція искусственныхъ преждевременнымъ родовъ, вполне основателенъ. Что касается симфизеотоміи, то для рѣшенія вопроса о пригодности этой операціи нужны еще многочисленныя и продолжительныя, главное продолжительныя наблюденія. Подтверженіемъ того, что вліяніе этой операціи не всегда благопріятное, можетъ служить слѣдующее наблюденіе оппонента: у больной при трудныхъ родахъ были наложены щипцы. послѣ родовъ остался пузырно-влагалищный свищъ, зашитый въ Вѣнѣ; въ настоящее время больная жалуется на недержаніе мочи; лонныя кости у нея разошлись, такъ что между ними вмѣщается ладонь, на мѣстѣ расхожденія болѣзненность; походка больной валкая, нѣсколько затрудненная; имѣется значительное выпаденіе влагалища съ опущеніемъ матки. Можетъ быть при дальнѣйшемъ наблюденіи больныхъ, подвергшихся симфизеотоміи, будутъ встрѣчаться и такія послѣдствія. Впрочемъ, нельзя не сказать, что при кифозахъ эта операція имѣетъ еще больше показаній, чѣмъ при другихъ формахъ суженій таза.

III. Проф. *Г. Е. Рейнз* демонстрировалъ большую послѣ операціи «искусственнаго образованія влагалища путемъ пересадки кожныхъ лоскутковъ». Вопросъ объ образованіи искусственнаго влагалища дебатировался уже однажды въ обществѣ по поводу доклада д-ра *Шалиты*; въ настоящее время оживленный обмѣнъ мыслей въ обществахъ и спеціальной прессѣ вызвалъ новый методъ проф. *Снегирева*, которому докладчикъ не намѣренъ подражать: влагалище должно быть искусственно создаваемо только путемъ пересадки обширныхъ лоскутковъ кожи и слизистой оболочки. Такая попытка въ кievской клиникѣ была уже дѣлаема однажды д-ромъ *М. К. Сапъжко* который, образовавъ на мѣстѣ недостающаго влагалища кровавымъ путемъ соответствующей величины каналъ, выстлалъ его слизистой оболочкой, удаленной у другой больной при операціи кольпорафіи; вначалѣ лоскуты прижили, но потомъ появилось нагноеніе, лоскуты отдѣлились и влагалище (вновь образованный каналъ) уничтожилось. У настоящей больной съ полнымъ отсутствіемъ влагалища и зачаточной матки 2 мѣс. т. наз. на мѣстѣ влагалища былъ кровавымъ путемъ образованъ каналъ, вмѣщавшій 3 пальца и длиною въ 8,5 см.; въ эту полость путемъ поворота вокругъ оси пересажены 2 лоскута кожи—одинъ съ ягодицы длиною въ 7 смт. и шириною въ 1½ смт., другой съ внутренней поверхности большихъ срамныхъ губъ длиною въ 4 смт. и шириною въ 1 смт.; лоскуты эти пересажены на боковыя стѣнки вновь образованнаго канала и прикрѣплены шелковыми швами; съ одной стороны они сохранили связь съ матерной почвой; каналъ затампонированъ іодоформенной марлей. Теченіе безлихорадочное; чрезъ 16 дней тампоны удалены, лоскуты прижили; влагалище уменьшилось до 7,25 смт.; на 37-й день лоскуты вполне прижили; отъ нихъ въ стороны идутъ эпите-

дильные ростки, длина влагалища 5,75 стм. 8 января 93 г., съ цѣлью покрыть остальную часть влагалища пересажены на переднюю стѣнку влагалища 3 лоскута кожи безъ подкожной клѣтчатки, срѣзанные бритвой съ бедра и укрѣпленные шелковыми швами; лоскуты прижили. 20 января на заднюю стѣнку влагалища пересажены еще 2 островка кожи съ внутренней поверхности бедра; длина влагалища 5,5 стм. Въ настоящее время всѣ лоскуты прижили, за исключеніемъ одного, нѣсколько смѣщеннаго въ сторону при смѣнѣ тампоновъ; длина передней стѣнки влагалища 6,5 стм. Какое будетъ окончательный результатъ данной операціи пока еще трудно сказать, одно можно замѣтить, что, повидимому, лоскуты, соединенные однимъ концомъ съ матерной почвой, могутъ быть съ большимъ успѣхомъ и пользой употребляемы при этой операціи, чѣмъ вопливы вырѣзанные лоскуты.

Въ прѣвіяхъ участвовали д-ра *Пономаревъ*, *Красковскій*, *Флейшеръ*, *Шалита* и проф. *Лазаревичъ*.

Пономаревъ спросилъ докладчика, почему онъ при вторичной пересадкѣ тоже не прививалъ лоскутовъ, соединенныхъ матерной почвой, чѣмъ, можетъ быть, удалось бы избѣжать такого сокращенія вновь образованнаго канала.

Красковскій напомнилъ, что въ кievской акушерской клиникѣ еще въ одномъ случаѣ была сдѣлана пересадка слизистой оболочки при рубцовомъ служеніи влагалища.

А. К. Флейшеръ спросилъ докладчика, почему онъ бралъ такіе узкіе лоскуты? при болѣе широкихъ лоскутахъ, а слѣдовательно и при большемъ соединеніи ихъ съ матерной почвой, они скорѣе бы прижили и ими легче можно бы выстлать весь новообразованный каналъ, что предохранило бы его отъ столь сильнаго послѣдовательнаго сокращенія.

Проф. *Рейнс* отвѣтилъ, что узкіе лоскуты легче приладить, что играетъ большую роль въ вопросѣ о приживленіи лоскута.

Шалита предлагаетъ, что при низкихъ атрезіяхъ лоскуты нужно брать широкіе, при высокихъ—узкіе. Прилаживать лоскуты къ трубкѣ довольно трудно: оппонентъ предлагаетъ дѣлать операцію въ два сеанса: образовать каналъ и заатампировать его на сутки йодоформенной марли, а затѣмъ уже производить пересадку лоскутовъ, причемъ кровотеченіе изъ стѣнокъ канала уже не будетъ препятствовать прилаживанію лоскутовъ.

Проф. *Лазаревичъ* находить, что операція докладчика, очевидно, преслѣдовала лишь цѣли косметическія и цѣли удовлетворенія возможности супружескаго сожитія, но ни та, ни другая цѣль не достигнута. Оппонентъ всегда удивлялся большому, рѣшающемуся на операцію ринопластики, такъ какъ въ концѣ концовъ операція еще болѣе обезображивала ихъ; тоже можно сказать и объ операціи образованія искусственнаго влагалища, такъ какъ цѣль ея—дать организму недостающій органъ — не можетъ быть достигнута. Операція эти—интересный научный экспериментъ, но практическаго значенія не имѣютъ и являются только послѣдствіемъ увлеченія оперативнымъ методомъ.

Проф. *Рейнс* отвѣтилъ, что, при разборѣ показаній къ данной операціи, нужно поставить принципиальный вопросъ, имѣетъ ли право хирургъ вмѣ-

шиваться съ активнымъ пособіемъ для восстановленія хотя бы части недостающихъ функцій, не имѣя возможности восстановить ихъ цѣликомъ? На этотъ вопросъ отвѣтъ можетъ быть только положительный и при такомъ рѣшеніи вопроса вмѣшательство хирурга для восстановленія носа или влагалища не только показано, но является одной изъ благороднѣйшихъ его обязанностей.

При современномъ развитіи оперативной техники и примѣненіи принциповъ безгноястнаго оперироваія, риска для больной нѣтъ почти никакого, и конечный результатъ можетъ вполнѣ вознаграждать больную и оператора; съ другой стороны, каждому врачу-практику приходилось переживать тяжелыя минуты, отказывая больнымъ съ недостаточнымъ влагалищемъ во всякой помощи и тѣмъ лишая ихъ возможности избѣгнуть семейныхъ раздоровъ, ведущихъ иногда, въ концѣ концовъ, даже къ преступленію. При *nasotomocolpos* мы имѣемъ жизненное показаніе къ данной операциі, при недоразвитой маткѣ отсутствіе влагалища поддерживаетъ истерическія и нейрастеническія явленія, которыя значительно падаютъ послѣ успѣшной операциі. Современные великіе хирурги, очевидно, придерживаются тѣхъ же взглядовъ на восстановленіе, по возможности, функцій организма и правильныхъ формъ человѣческаго тѣла. Я видѣлъ у *Lister'a* клиновидное изсѣченіе костей ноги у рабочаго, до того исполнявшаго свои профессиональныя обязанности—операциа вполнѣ бозопасная была произведена исключительно съ цѣлью возможно полного восстановленія функцій обезображенныхъ органовъ. Мнѣ кажется, что этотъ взглядъ, дающій право хирургическаго вмѣшательства съ цѣлью восстановленія хотя бы части физиологическихъ функцій органа, оправдываетъ и операцию восстановленія недостающаго влагалища. Операциа эта должна производиться, съ какой бы точки зрѣнія—практической или теоретической—ни разсматривали этотъ вопросъ.

Флейшеръ. Клиновидное сѣченіе костей дѣлается только съ цѣлями восстановленія функцій органовъ. Ринопластикой помимо цѣли косметической достигается и цѣль физиологическая: дается возможность вдыхаемому воздуху, при прохожденіи болѣе длиннаго пути, согрѣться и потерять взвѣшечныя въ немъ твердыя частицы. При операциі докладчика у больной продѣлана щель не годная ни для какихъ отправленій и чѣмъ болѣе сужится эта щель въ будущемъ, тѣмъ лучше для больной.

Проф. *Лазаревичъ* полагаетъ, что операциа восстановленія влагалища можетъ имѣть только одно показаніе — возможность достигъ продолженія рода. Разъ эта цѣль не достижима—операциа не выдерживаетъ критики.

Проф. *Рейнъ* заявилъ, что въ общихъ чертахъ высказалъ уже свой принципиальный взглядъ на дѣло; не считая свои доводы опровергнутыми, онъ находитъ вполнѣ законнымъ и необходимымъ дальше продолжать разработку вопроса объ искусственномъ образованіи влагалища по изложенному здѣсь плану.

IV. Д-ръ *Яровой* демонстрировалъ усовершенствованное имъ ложкообразное зеркало съ переднимъ подъемникомъ, которое устроено такъ что можетъ держаться во влагалищѣ любой ширины, не будучи удерживаемо руками.