

III.

(ИЗЪ МОРШАНСКОЙ МАРИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ).

Два случая стеноза влагалища.

В. П. Филоновича.

Приобрѣтенныя рубцевыя суженія влагалища, встрѣчаясь довольно рѣдко, представляютъ большой интересъ въ терапевтическомъ отношеніи для акушера и гинеколога. Какое серьезное препятствіе составляетъ стенозъ влагалища для беременной матки во время родовъ—видно изъ статьи *Merz'a*, помѣщенной въ *Archif für Gynäcologie*, Bd XLV: на 230 случаевъ разрыва беременной матки, собранныхъ изъ литературы за послѣдніе 20 лѣтъ, въ 16-ти причиной послужилъ стенозъ влагалища. Своевременное устраненіе этого препятствія спасло бы 16 жизней! Нужно полагать, что громадное число случаевъ кромѣ того остается необнародованнымъ; въ ноябрѣ прошлаго года (1893 г.) я, совмѣстно съ товарищемъ моимъ д-ромъ *Бобкевичемъ*, былъ свидѣтелемъ летального исхода срочныхъ родовъ второрожавшей женщины вслѣдствіе рубцеваго суженія влагалища.

Гинекологъ чаще встрѣчается со стенозомъ влагалища, составляющимъ въ высшей степени тяжелое осложненіе моче-влагалищныхъ фистулъ; зашить фистулу, не удаливъ стеноза, подчасъ становится невозможнымъ,—но какъ устранить стенозъ?—раціональное рѣшеніе этого вопроса принадлежитъ лишь послѣднему времени.

Breisky, M. Sims, Горовицъ, Schröder, Красцовскій, Соловьевъ, во главѣ о лѣченіи стенозовъ влагалища даютъ тождественные совѣты: а) расширять влагалище сжатыми губками, кольпайринтеромъ, маточными зеркалами, увеличивая постепенно ихъ калибръ, или б) произвести предварительно нѣсколько циркулярныхъ надрѣзовъ влагалища и затѣмъ ввести въ него на продолжительное время зеркало, препятствующее послѣдовательному суженію влагалища. Послѣдній совѣтъ болѣе подробно описанъ *Bozeman'*омъ въ 1878 г. Однако всѣ авторы соглашаются въ томъ, что эти способы дѣйствительны лишь на самый непродолжительный періодъ и какъ только перестаютъ примѣнять систематическое расширение влагалища, оно мало-по-малу принимаетъ прежній калибръ.

Въ 1885 г. *A. Martin* предложилъ удалять всю рубцовую ткань, тщательно вырѣзывая ее, насколько возможно глубоко, а раненую поверхность зашивать стягиваньемъ слизистой оболочки. Способъ этотъ ограничивается тѣми случаями, гдѣ рубцы не особенно широки, а таковые могутъ и безъ того подъ вліяніемъ беременности и наступленія родового періода въ значительной мѣрѣ рассосаться.

Неудовлетворительная терапия, естественно, должна была породить стремленіе выработать болѣе надежный способъ; ниже приводимыя литературныя справки укажутъ намъ, въ хронологическомъ порядкѣ, что примѣняли авторы при лѣченіи стенозовъ влагалища.

1) *B. Credé jun.* пришла мысль произвести трансплантацію лоскута кожи на рану во влагалищѣ; у 50-ти лѣтней женщины, имѣвшей значительный стенозъ влагалища *Credé* произвелъ разрѣзъ вдоль лѣвой стѣнки и насильственное расширение; большая зияющая рана для предотвращенія возможности развитія рубцовой ткани была выполнена кожнымъ лоскутомъ взятымъ съ большой лѣвой губы, съ образованіемъ мостика книзу, т. е. къ промежности; кожный дефектъ на губѣ стянутъ нѣсколькими швами. Случай кончился выздоровленіемъ; черезъ годъ влагалище при изслѣдованіи оказалось широкимъ. (*Archiv für Gynäecologie*, В. XXII, Н. 2).

2) *С. Г. Шалита*—у одной женщины съ недоразвитіемъ влагалища, которой онъ раньше дѣлалъ расщепленіе влагалища,

отчего впоследствии произошел рубцевый стеноз влагалища, пересадил на оживленную стѣнку нѣсколько кусочковъ (въ $1/2$ —1 кв. см.) слизистой оболочки, взятой совнутренней поверхности большихъ и малыхъ губъ. Успѣхъ. («Врачъ», 1888 г., № 37, стр. 705).

3) О. Küstner также съ успѣхомъ пересадилъ слизистую оболочку тонкой кишки отъ человѣка, которому дѣлали резекцію въ это время. Черезъ нѣкоторое время той-же женщиной въ другомъ мѣстѣ влагалища онъ пересадилъ слизистую оболочку влагалища другой женщины, у которой въ это время дѣлали операцію colporrhaphiae. Выздоровленіе. (Schmidt's Jahrbücher, 1890 г., Т. 227).

4) Н. Swiecickу пересадилъ съ тою-же цѣлью слизистую оболочку кишки кролика, при чемъ лоскутки слизистой, приложенныя во влагалище, покрывались листиками оловяной бумаги, а затѣмъ прижимались асептической марлей. При производствѣ операціи у этого автора примѣнялась строгая асептика и смачиванье лоскутковъ фізіологическимъ растворомъ соли. Въ результатѣ успѣхъ. (Archives de Tocologie, 1892 г.).

Вотъ всѣ случаи, которые любезно собраны для меня Н. М. Какушкинымъ; въ литературѣ извѣстны еще случаи образованія влагалища: per transplantationem ani (проф. Снигирева), изъ кожныхъ лоскутовъ ягодицъ и друг., но я не упоминаю о нихъ по той причинѣ, что поводомъ къ операціи послужила атрезія vaginae. Въ моей земской практикѣ привелось встрѣтиться съ двумя случаями рубцевого суженія влагалища на столько интересными, что я рѣшаюсь подѣлиться моими наблюденіями съ товарищами.

Случай 1-й. 1892 г. 18 ноября, въ Сосновскую земскую больницу поступила крестьянка Д. Я. Л., 21 года, жалующая на постоянное истеченіе мочи.

Anamnesis. Въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Регулы съ 17 лѣтъ, замужъ вышла 19 лѣтъ и вскорѣ забеременѣла. Роды наступили въ срокъ, но потужная дѣятельность къ концу первыхъ сутокъ ослабла въ то время, когда головка младенца находилась въ полости малаго таза. Эти роды, къ несчастью больной, совпали съ разлитіемъ рѣкъ (29 марта 1892 г.), а потому правильная акушерская помощь не могла быть оказана. Только къ концу третьихъ сутокъ, при усиліяхъ сельскихъ повитухъ, младенецъ былъ извлеченъ мертвымъ. Наступило тяжелое послѣродовое заболѣваніе: повышенная т°, боли внизу живота и вонючія гнойныя отдѣленія изъ влагалища. На четвертый день послѣ-

родового періода замѣчено было непроизвольное постоянное истечение мочи изъ влагалища. Только черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ больная поступила въ одну изъ земскихъ лечебницъ, гдѣ втеченіи 2 мѣсяцевъ всѣ острые явленія стихли.

St. praesens. Женщина хорошо сложена и упитана. Органы дыханія, кровообращенія и пр. нормальны. Костякъ таза и наклоненіе его видимыхъ отклоненій не представляютъ. Размѣры таза: Dis. crist. 28, Dis. spin. 26, Conj.-Ex. 18,5. Мысль стоитъ довольно низко. Conjugat. diagon. = 11,2, следовательно $vera = \text{около } 9,5$. Данныя измѣренія указываютъ, что тазъ относится къ разряду, такъ называемыхъ, простыхъ, плоскихъ тазовъ, что до нѣкоторой степени дастъ объясненіе тяжелымъ родамъ. На промежности замѣчается блѣсоватый рубецъ отъ бывшаго разрыва. Этотъ рубецъ не посредственно переходитъ въ кольцевидное суженіе introitus vaginae.

Наружные половые органы и сосѣднія части бедеръ покрыты сплошной erythematе intertrigine. Катетеромъ выпущено нѣсколько капелекъ мочи—свѣтлой, кислой реакціи, безъ бѣлка. Ввести указательный палецъ въ влагалище невозможно; онъ встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе, вслѣдствіе развитія на значительномъ протяженіи рубцовой ткани. Тѣмъ не мѣнѣ мизинцемъ осторожно было произведено расширеніе влагалища, пока не явилась возможность ввести указательный палецъ. Результаты изслѣдованія влагалища слѣдующія: передняя стѣнка его сильно натянута, передняго свода какъ-бы не существуетъ—вѣрнѣе сказать, онъ сглаженъ, такъ какъ линія прикрѣпленія его близко подходить къ ori. colli uteri externum. Посрединѣ передней стѣнки влагалища, ближе къ маточной шейкѣ, прощупывается отверстіе, ведущее въ мочевою пузырь, овальной формы, идущее поперекъ влагалища, въ три поперечныхъ пальца въ діаметрѣ. Края фистулы тонки, неомозолѣлые, натянуты какъ струны. Черезъ фистулу свободно можно изслѣдовать пузырь.

Влагалищная часть матки кажется укороченной, матка нормальныхъ размѣровъ, находится въ положеніи lateropositionis dextrae и низвести ее ad introitum vaginae невозможно. При двойномъ изслѣдованіи въ околomаточной клѣтчаткѣ можно прощупать нѣсколько тяжей и перемычекъ.

Подготовительное лѣченіе передъ операцией состояло въ ежедневныхъ промываніяхъ влагалища solut. ac. carbol. 1 % и смазываніи эрозированныхъ мѣстъ цинковою мазью; за день до операціи кишечникъ очищенъ.

1892 г. 28-го ноября, т^о 37,1^о. Непосредственно передъ операцией, уже въ операціонной (чистой и свѣтлой) комнатѣ половые органы еще разъ вымыты щеткой съ мыломъ и растворомъ сулемы 1:1000; больной впрыснуто подъ кожу $\frac{1}{8}$ morphii muriatici и затѣмъ приступлено къ хлороформированію смѣсью Вильрота. Инструменты, тщательно вымытые, находились въ тазикахъ съ 2% растворомъ карболовой кислоты. Ближайшими помощниками были два фельдшера и фельдшерница.

Операция. Лѣвый указательный палецъ вставленъ въ задній проходъ; большимъ скальпелемъ произведено два разрѣза вдоль боковыхъ стѣнокъ влагалища изнутри кнаружи, минуя прямую кишку. Длинна

разрѣзовъ 7 см., а глубина въ серединѣ $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ см. Такимъ образомъ, раненая поверхность каждаго изъ разрѣзовъ напоминала сложенный по продольной оси древесный листъ, длиною въ 7 см., а шириною въ 3—3,5 см., ибо проникая ножомъ въ глубину на $1\frac{1}{2}$ см., мы получаемъ двойную окровавленную поверхность, равную 3 см. Для предотвращенія появленія вторичнаго стеноза—я рѣшилъ произвести трансплантацию кожного лоскута, а потому точно измѣривши и отмѣтивъ длину и ширину, я вырѣзалъ изъ каждой большой губы по одному листообразному лоскуту съ питательнымъ мостикомъ книзу, т. е. къ промежности. Разрѣзы проникали чрезъ кожу и *fasciam superficialem* съ хорошей жирной подкладной до *tunica dartos*. Кожный дефектъ на большихъ губахъ былъ стянутъ шелковыми швами, а отсепарованные лоскуты вставлены въ разрѣзы и пришиты слегка кетгутомъ, обработаннымъ въ *ol. juniperi e ligno*. Для болѣе тѣснаго соприкосновенія раненыхъ поверхностей, поверхъ лоскутовъ были наложены марлевые тампоны. По окончаніи этой части операціи я занялся оживленіемъ краевъ фистулы и наложеніемъ кетгутовыхъ швовъ.

Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; кожная рана на губѣ зажила *per primam*; лоскутъ все время въ хорошемъ видѣ и выполняетъ раненую поверхность; въ прочности приращенія его на новомъ мѣстѣ можно было убѣдиться дней 7—10 спустя; къ сожалѣнію, кетгутъ, наложенный на фистулу, всосался раньше чѣмъ послѣдовало сращеніе и потому черезъ 1 мѣсяцъ мнѣ пришлось повторить зашиванье фистулы; во второй разъ вмѣсто кетгута я употребилъ серебряную проволоку,—успѣхъ получился полный; моча прекрасно задерживается, влагаище довольно широкое. Въ мартѣ 1894 г., т. е. черезъ 15 мѣсяцевъ, я имѣлъ возможность видѣть эту больную и показывалъ ее д-ру *Бобковичу*. Влагаище широкое, на губахъ рубцы едва замѣтны, внизу слѣды перекручиванія питающаго мостика, а кожные лоскуты точно переродились; на нихъ почти не замѣтно волосныхъ мѣшечковъ (растительность у этой больной вообще была слаба).

Случай 2-й. 28-го февраля 1894 г., поступила въ Моршанскую Маріинскую больницу, 21 года, крестьянка Ав. С., жалуясь на отдѣленіе мочи и кала.

Изъ *anamnesis* можно отмѣтить слѣдующее: 19 лѣтъ родила первый разъ. Вскорѣ послѣ родовъ появилась *fistula vesicovagin*, успѣшно оперированная мною въ с. Сосновкѣ. Вторые роды происходили 2-го февраля сего 1894 г. очень трудные и продолжительные. На четвертый день, при повышенной t^0 и вонючихъ отдѣленіяхъ, показалось непроизвольное отдѣленіе мочи и кала. Боли внизу живота были ужасныя. На 4-й день послѣ родовъ поступила въ Моршанскую Маріинскую больницу, гдѣ подверглась подготовительному лѣченію спринцеваніями, ваннами, всасывающими и проч., по поводу *parametritis et paravaginitis phlegmon*.

Status praesens. къ 15 апрѣля, т. е. черезъ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ родовъ: худая, анемична, t^0 37,—36,5; П. 80; грудные и брюшные органы нормальны. Наружные половые органы и внутренняя сторона бедеръ покрыты сплошной экземой, вслѣдствіе постоянного истеченія мочи. D. cris. = 28, D. spin. = 25,5; Conj. ex. = 18; Conj. diag. = 11; Conj. vera = 9. Такимъ образомъ, таъ второй моей больной имѣетъ боль-

шое сходство съ тазомъ первой больной. Входъ во влагалище и само влагалище значительно сужено, вслѣдствіе *paravaginitis adhaesiva*, значительное отложеніе рубцовой ткани наблюдается на промежности и въ глубинѣ лѣваго свода. Матка неподвижна, вслѣдствіе *parametritis adhaesiva*, размѣры ея нормальны. Тотчасъ за *sphincter ani* расположена *fistula recto-vaginalis*, пропускающая палецъ, имѣющая поперечное направленіе; края ея орозоленные и сильно притянуты справа къ тазовымъ костямъ плотными тяжами. Тотчасъ за внутреннимъ отверстіемъ уретры расположена *fistula vesicovaginalis*, тоже свободно пропускающая палецъ, имѣющая поперечное направленіе. Края орозоленные и притянуты въ лѣвую сторону плотными тяжами.

22-го апрѣля 1894 г. Послѣ обычныхъ приготовленій при помощи д-ровъ П. Г. Аврамова и Н. Е. Бобкевича произведена мною операція. Прежде всего двумя разрѣзами по боковымъ стѣнкамъ влагалища кнаружи и кзади, минуя прямую кишку, влагалищу приданъ болѣе большой размѣръ, съ цѣлью имѣть болѣе просторъ при зашиваніи едва видимыхъ глазомъ фистулъ. Съ правой стороны разрѣзъ проведенъ не глубоко, такъ какъ тому препятствовала близко подходившая къ лѣвому краю влагалища *fist. recto-vaginalis*, затѣмъ введено было зеркало *Sims'a* и защиты *lege artis* сперва *fistula recto-vaginalis*, а потомъ *fistula vesicovaginalis* серебрянными проволоками, продѣтыми не чрезъ ушко иглки, а чрезъ шелковую петлю вдѣтую въ иглу. При такомъ проведеніи проволока не образуетъ по сторонамъ ушка иглки плечиковъ и наноситъ меньшую травму. Убѣдившись наполненіемъ жидкости въ пузырь и кишку въ прочности наложенныхъ швовъ, я приступилъ къ пластическому возстановленію влагалища.

Отмѣривши предварительно размѣры раны, проведенной вдоль лѣваго края влагалища, равной $9\frac{1}{2} \times 4$ ст. и имѣвшей сходство съ древеснымъ листомъ, изъ лѣвой большой губы выкроенъ листообразный кожный лоскутъ, проникавшій до *tunica dartos*—съ питательнымъ мостикомъ кзади, т. е. къ промежности. Дефектъ, образованный по отсепаровкѣ лоскута, стянуть шелковыми швами, а лоскутъ впить изрѣдка наложенными стежками; на основаніе мостика я избѣгалъ накладывать шовъ, чтобы не нарушить питанія мостика; лоскутъ слегка прижать марлевымъ тампономъ. Перевязка ранъ—*iodoformo*.

Послѣоперационное теченіе въ высшей степени благопріятное; 1^о въ день операціи вечеромъ 38,1 и съ тѣхъ поръ ни разу не поднималась выше нормы. Моча задерживалась все время хорошо. На пятый день поставлена клизма—прослабило *per rectum*. На 7-й день сняты всѣ швы съ лѣвой губы=*prima intentio*. Лоскутъ, впитый во влагалище въ прекрасномъ видѣ; на 11-й день сняты нѣкоторые серебряные швы съ фистулъ и лоскута; на 15-й день сняты всѣ остальные швы. Съ каждымъ днемъ больная можетъ задерживать все большее количество мочи, испражненія идутъ *per anu*.

Больная подмочивается во время глубокаго продолжительнаго сна.

Для усиленія дѣятельности *sphinteris vesicae*—примѣняется электризація пузыря и внутрь назначенъ *lux vomica*. Замѣчается улучшеніе. Наконецъ, влагалище нынче, т. е. 3 іюня, черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи—не обнаруживаетъ наклонности къ рубцеванію, оставаясь довольно широкимъ.

Въ такомъ состояніи больная была демонстрировану Моршанскому Медицинскому Обществу.

Больную я видѣлъ затѣмъ 3 августа, т. е. черезъ 3^{1/2} мѣсяца—стеноза не наблюдается.
