

Протоколы

ЗАСѢДАНИЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ.

№ 92.

30 сентября 1897 года.

Предсѣдательствовали проф. Г. Е. Рейнь и проф. Л. А. Малиновскій.

Присутствовали: Д. А. Абуладзе, А. Э. Гаусманъ, Л. Л. Дашкевичъ, К. К. Кеглеръ, П. Ю. Кроль, Н. П. Марьянчикъ, А. Д. Модестовъ, проф. Л. А. Малиновскій, Н. К. Нееловъ, Г. Ф. Писемскій, Н. Н. Подрѣзанъ, С. В. Петрыковскій, А. В. Прогодьяконовъ, Н. В. Шуварскій, А. П. Яхонтовъ и 75 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія

2) Библиотекаремъ сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и изданій:

Протоколы засѣданій Виленскаго Медицинскаго Общества №№ 1—5 за 1897 г.—*Протоколы* и *труды* Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова. 1895—1896 г.—*Протоколы* Тамбовскаго Медицинскаго Общества 1896 г.—*Протоколы* Общества Кременчугскихъ врачей за 1894—95 г.—*Протоколы* и *труды* Общества Рязанскихъ врачей за 1894—96 г.—*Протоколы* засѣданій Общества Психіатровъ въ С.-Петербургѣ—за 1895—96 г.—*Протоколы* засѣданій Общества врачей г. Вятки. №№ 8—13.—*Труды* Общества Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ. Мартъ, апрѣль и май 1897 г.—*Труды* Общества Русскихъ врачей въ Москвѣ за второе полугодіе 1896 г. и *протоколъ* годичнаго засѣданія.—*Труды* Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ за 1896 г.—*Протоколы* засѣданій Кавказскаго медицинскаго Общества № 3 и №№ 15—18.—*Засѣданія* Русскаго Бальнеологиче-

скаго Общества въ Пятигорскѣ—71-е, 73, 75, 77, 79, 81 и 82-е.—*Каптажъ Эссентукскаго источника № 17* съ научной точки зрѣнія.—*Сборникъ протоколовъ* Общества Калужскихъ врачей 1896 г.—*Сборникъ трудовъ* врачей С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія. Вып. V.—*Верхратскаго и Лившикаго*. Збірникъ секціи математично-природописно-лікарскаго науковаго товарищества имени Шевченка.—*Дневникъ* Общества врачей при Казанскомъ Унив. Вып. II и III.—*Отчеты* о засѣданіяхъ Общества невропатологовъ и психіатровъ въ Москвѣ за 1895—96 г.г.—Краткій цифровой *отчетъ* по безылатной больницѣ Кіевскаго Покровскаго Монастыря за 1893—95 г.г. и за 1896 г.—*Отчетъ* Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія за 1896 г.—*Архивъ* биологическихъ наукъ. т. IV—V.—*Журналъ* „Вопросы нервно-психической медицины т. II. 1897 г.—*Таблицы* смертности и рождаемости Кіевскаго населенія за февраль—іюль 1897 г.“.—*Видимость* о ходѣ эпидемическихъ болѣзней въ Кіевской губерніи за февраль—май 1897 года.—*Труды* Общества дѣтскихъ врачей въ С.-Петербургѣ вып. II. 1897 г.—*Kalabin*. Zur Frage über Behandlung des Krebses mit Chelidonio majore.

3) Предсѣдатель прочиталъ полученное на его имя письмо отъ д-ра *Фламма*, въ которомъ онъ обращается съ просьбой къ членамъ Общества о высылкѣ ему трудовъ для рефератовъ въ иностранныхъ журналахъ.

Постановили: принять къ свѣдѣнію.

4) Проф. *Г. Е. Рейнъ*, уступивъ предсѣдательское мѣсто проф. *Л. А. Малиновскому*, сдѣлалъ докладъ подъ заглавіемъ «*Операция Colporoesis по видоизмѣненному способу*. (Съ демонстраціей больной). Вопросъ объ операциі образованія искусственнаго влагалища (colporoesis) имѣеть уже свою исторію въ Кіевскомъ акушерскомъ Обществѣ. Въ 1877 году, по поводу демонстраціі покойнымъ д-ромъ *Финкелемъ* больной съ atresia vaginalis et haematometra, большинство присутствовавшихъ тогда членовъ Общества заявило, что попытки къ образованію искусственнаго влагалища ни къ чему не ведутъ, а потому для больной гораздо выгоднѣе подвергнуться кастраціи съ удаленіемъ мѣшка haematometrae. Въ 1888 г. д-ръ *Шалита* возбудилъ опять этотъ вопросъ, показавъ ту же больную, но уже выздоровѣвшую послѣ операциі, давшей истокъ содержимому haematometrae. Фактъ образованія въ данномъ случаѣ влагалища хирургическимъ путемъ былъ подтвержденъ, но Общество не согласилось съ толкованіемъ докладчика, по которому эпителий, выстилающій стѣнки искусственнаго влагалища,

образовался повсемѣстно вновь изъ нѣсколькихъ пересажен-ныхъ участковъ слизистой оболочки. Предложены были другія толкованія, но фактъ остался фактомъ. Влагалище существовало, и больная, оперированная д-ромъ *Шалитою*, нѣкоторое время спустя забеременѣла и благополучно родила въ Кіевской акушерской клиникѣ.

Съ 1892 г. въ Кіевской акушерской клиникѣ начинаются попытки образованія искусственнаго влагалища, какъ при haematometra, такъ и при зачаточной маткѣ. Д-ръ *Сатъжко* на стѣнки вновь образованнаго канала пересадилъ лоскуты слизистой оболочки влагалища отъ другой больной, страдавшей выпаденіемъ матки. Результатъ получился неудовлетворительный. У проф. *Рейна* имѣется уже 7 наблюдений, съ болѣе или менѣе удачными результатами. Въ настоящемъ году вопросъ сталъ въ новую фазу: получились очень удачные результаты даже у больныхъ при зачаточной маткѣ. Больная, о которой идетъ рѣчь, была уже демонстрирована Обществу; у нея имѣлось полное отсутствіе влагалища и рудиментъ матки. Операция сдѣлана 8 мѣсяцевъ т. н. (1/п 97 г.). Предметомъ настоящаго сообщенія служить только техника этой операціи и тѣ ея стороны, которыя могутъ быть показаны на данной больной.

Техника операціи преслѣдуетъ 3 цѣли: 1) образованіе мѣшка, по положенію, формѣ и величинѣ соответствующаго, по возможности, нормальному влагалищу; 2) выстилка стѣнокъ этого мѣшка эпителиальнымъ покровомъ, и 3) удержаніе размѣровъ и формы вновь образованнаго влагалища соответственно формѣ и нормальнымъ размѣрамъ этого органа.

Въ отношеніи перваго пункта достигнуть громаднѣйшій прогрессъ. Еще не такъ давно этотъ моментъ операціи сопровождался большими техническими трудностями и опасностями инфекции. Прокладка канала производилась осторожно, шагъ за шагомъ; операція иногда дѣлалась въ нѣсколько сеансовъ, что, въ свою очередь, увеличивало опасность. Въ настоящее время, благодаря тщательному изученію топографической анатоміи, усовершенствованію инструментовъ, и методики гинекологическихъ операцій вообще, опасность миновала. Созданіе мѣшка представляетъ уже ничтожное затрудненіе. Поле операціи обнажается очень хорошо. Въ 10—15 мин. можно об-

разовать полость, свободно вмѣщающую большія влагалищныя зеркала и больше, — до размѣровъ влагалища только что родившей женщины. При этомъ даже нѣтъ особой надобности прибѣгать къ руководству катетера черезъ мочевой пузырь и пальца черезъ прямую кишку; а работаютъ въ клѣтчаткѣ таза ножемъ, ножницами и тупыми инструментами, раздвигая поле операціи различными подъемниками и крючками. Кровотеченіе умѣренное и останавливается наложеніемъ нѣсколькихъ лигатуръ. Слѣдовательно, задача образованія мѣшка для искусственнаго влагалища можетъ считаться рѣшенной. У демонстрируемой больной образованъ былъ мѣшокъ 10,5—11 сант. длиною и соотвѣтственной ширины.

Второй моментъ операціи — выстилка стѣнокъ вновь образованнаго влагалища эпителиальнымъ покровомъ — вытекаетъ изъ того факта, что, будучи предоставлены самимъ себѣ, стѣнки эти покрываются грануляціями, рубцуются, мѣшокъ зарастаетъ и исчезаетъ самъ собою. Для покрытія стѣнокъ мѣшка пользовались различными способами. Д-ръ *Шалита* въ своемъ случаѣ сдѣлалъ пересадку слизистой оболочки изъ малыхъ и внутренней поверхности большихъ губъ небольшими кусочками подобно тому, какъ дѣлается пересадка кожи по способу *Reverdin'a*. Д-ръ *Сатъэско* пересадилъ большіе куски слизистой оболочки изъ влагалища другой больной. *Küstner*, для пересадки, воспользовался слизистой кишки, вырѣзанной въ хирургической клиникѣ за нѣсколько минутъ раньше. Докладчикъ въ данномъ случаѣ воспользовался не менѣе извѣстнымъ способомъ трансплантаціи кожныхъ участковъ изъ сосѣднихъ областей, съ поворачиваніемъ ножки вокругъ оси. Взяты были для выстилки мѣшка 4 лоскута. Два нижнихъ $10 \times 2,5$ сант. изъ сосѣднихъ ягодичныхъ областей и 2 верхнихъ 9×2 изъ внутреннихъ поверхностей большихъ губъ. Лоскуты послѣ отсепаровки не были отрѣзаны, а только заворочены во влагалище и пришиты къ подлежащей клѣтчаткѣ шелковыми лигатурами, оставаясь въ связи со своей почвой посредствомъ ножки. Опытъ показываетъ, что лоскуты приблизительно такого размѣра приживляются наиболѣе совершенно. Болѣе длинныя лоскуты омертвѣваютъ, меньшихъ размѣровъ — недостаточны. Приживленіемъ этихъ лоскутовъ дости-

гается вторая цѣль операціи. Въ нашемъ Обществѣ высказывалась мысль, что нѣтъ надобности сплошь выстилать слизистой оболочкой стѣнки мѣшка, что достаточно перенести нѣсколько кусочковъ слизистой оболочки, которые, разрастаясь, дадутъ эпителиальный покровъ новообразованному влагалищу. Судя по наблюденіямъ, едва ли возможно сказать, чтобы эпителий могъ разрастаться въ такой степени. Съ цѣлью опредѣлить, въ какой мѣрѣ можетъ разрастаться эпителий отъ пересаженныхъ лоскутовъ въ данномъ случаѣ были взяты изъ разныхъ мѣстъ вновь образованнаго влагалища куски слизистой для микроскопическаго изслѣдованія. Изслѣдованіе производилъ проф. *В. В. Подвысокій*, который по поводу этого пишетъ слѣдующее: «Эпителий пересаженныхъ кусковъ обрывается, и вслѣдъ за этимъ на остальной поверхности *нѣтъ эпителия*, а идетъ *рубцовая молодая ткань*, такъ что ни съ пересаженнаго куска, ни съ дна искусственно образованнаго влагалища, ни съ краевъ *saccus vaginae* ростки эпителия не пошли на грануляціонную ткань, да теперь и пойти не могутъ». Отсюда нужно заключить, что у демонстрируемой больной участки влагалища, оставшіеся не покрытыми при пересадкѣ кожи, едва ли впослѣдствіи покроются эпителиальнымъ слоемъ. Изслѣдованіе это тѣмъ не менѣе не умаляетъ достоинствъ описаннаго метода, такъ какъ въ немъ преслѣдуется именно та цѣль, чтобы сплошь покрыть кожей и слизистой оболочкой лишенная эпителия стѣнки мѣшка, т. е. чтобы въ разрощеніи эпителия не было и надобности. Самая же выстилка вполнѣ достижима.

Третья и послѣдняя задача представляетъ изысканіе *мѣръ къ удержанію мѣшка* отъ спаденія, такъ какъ, не смотря на покрытіе стѣнокъ его эпителиемъ, природа всетаки уничтожаетъ этотъ мѣшокъ. Попытки въ этомъ направленіи дѣлаются въ Кіевской клиникѣ уже болѣе 10 л. Больныя ходили цѣлыми годами съ каучуковыми и стеклянными дренажами, а въ концѣ концовъ полость всетаки выполнялась и сморщивалась, а приживленные лоскуты выширались наружу, и дренажъ своей цѣли почти не достигалъ. Въ послѣднее время докладчикъ напалъ на мысль замѣнить цилиндрической дренажъ стекляннымъ шаромъ. Шаръ этотъ дѣлается изъ дугаго стекла

съ осевымъ каналомъ, въ который продѣвается шелковая лигатура, для удобства манипулированія съ нимъ. Въ первые дни послѣ операціи шаръ служитъ для прижатія пересаженныхъ лоскутовъ, а, слѣдовательно, и для бслѣе совершеннаго ихъ приживленія, а затѣмъ онъ препятствуетъ зарощенію канала влагалища: грануляціи напірають на шаръ сверху, а мускулатура тазового дна обхватываетъ и удерживаетъ его снизу. Эти два давленія—одно сверху, другое снизу—совершенно уравниваютъ другъ друга, что показали опыты, и влагалище удерживаетъ свои первоначальные размѣры. Каналь, пронизывающій шаръ, даетъ возможность безпрепятственному истеченію выдѣленій. У данной больной шаръ остается во влагалищѣ 8 мѣсяцевъ безъ всякихъ осложнений; она свободно его вкладываетъ и вынимаетъ обратно. Діаметръ шара 4,5—5 сант.; величина эта, какъ показала примѣрка на гинекологическихкихъ, нерожавшихъ больныхъ, наиболѣе цѣлесообразна.

У демонстрируемой больной новообразованное влагалище по величинѣ и формѣ весьма приближается къ нормальному и отличается отъ него только тѣмъ, что въ нормальномъ влагалищѣ имѣются переднія и заднія складки (columna), здѣсь же таковыхъ нѣтъ, хотя на боковыхъ стѣнкахъ пересаженные лоскуты представляютъ тоже нѣкоторое возвышеніе въ родѣ columna rugarum. Влагалище это имѣетъ сплошной эпителиальный покровъ за исключеніемъ одного мѣста у дна вверху и справа величиною въ двухкопѣечную монету. Покровъ этотъ напоминаетъ таковой же въ нормальномъ влагалищѣ, но только нѣсколько измѣненномъ, какъ, напр., при выпаденіи его стѣнокъ. Мѣстами замѣчается небольшое количество волосковъ, сидящихъ на пересаженныхъ кожныхъ лоскутахъ. Со времени операціи форма влагалища не измѣнилась, и есть основаніе допускать, что оно не измѣнится и въ будущемъ, тѣмъ болѣе, что шаровидный расширитель возможно носить постоянно.

Въ такомъ видѣ влагалище можетъ выполнять свое назначеніе при актѣ совокупленія. Больная уже нѣсколько мѣсяцевъ имѣетъ супружескія отношенія и, по ея словамъ, а также и по словамъ мужа съ полнымъ удовлетвореніемъ какъ для мужа, такъ и для нея самой; какъ показала разспросъ, больная предается половымъ сношеніямъ даже съ излишкомъ. Общее

состояніе зъоровья оперированной вполне удовлетворительно, и она себя чувствуетъ вполне счастливой ¹⁾).

Заканчивая свое сообщеніе, проф. *Рейнъ* выразилъ, что наблюденія его, не смотря на столь благопріятные результаты, далеко не исчерпываютъ вопроса объ операціи искусственнаго образованія влагалища, и что требуется еще много подобныхъ наблюденій, пока будетъ сказано послѣднее слово въ этомъ важномъ и чрезвычайно трудномъ вопросѣ.

Ч. пр. *Воскресенскій* замѣтилъ, что онъ также въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ дѣлалъ попытки искусственнаго образованія влагалища. Употребляетъ онъ также и стеклянные расширители формы оливообразной, которые удерживались тесемками, прикрѣпленными къ поясу. Для пересадки онъ бралъ лоскуты въ нѣсколько сантиметровъ шириною. Но какъ только больная переставала носить расширитель, каналъ новообразованнаго влагалища неминуемо зарасталъ.

Д-ръ *Неёловъ* спросилъ, 1) большое ли бываетъ при этой операціи кровотеченіе и 2) не отмѣчена ли разница между кровотеченіемъ при рудиментарной маткѣ и при даематометра, допуская, что въ первомъ случаѣ возможно недоразвитіе сосудовъ. Проф. *Рейнъ* отвѣтилъ (*Неёлову*), что кровотеченіе обыкновенно незначительное.

Д-ръ *Абуладзе*, по поводу замѣчанія *Воскресенскаго*, выразилъ сомнѣніе, чтобы мѣшокъ совершенно могъ зарости въ тѣхъ случаяхъ, когда часть стѣнокъ его покрывается прижившими лоскутами кожи.

На замѣчанія д-ра *Воскресенскаго* докладчикъ отвѣтилъ, что форму оливообразную для расширителей онъ считаетъ менѣе удачной. Шаровидная форма рассчитана именно на дѣйствіе мышцъ тазоваго дна, которыя удерживаютъ шаръ безъ всякихъ приспособленій извнѣ давленіемъ снизу въ то время, когда процессъ рубцеванія тканей въ искусственномъ влагалищѣ тѣснитъ шаръ сверху къ выходу изъ влагалища. Въстѣ съ тѣмъ шаровидная форма болѣе подходитъ и къ формѣ влагалища, которое у нерожавшихъ женщинъ при растяженіи получаетъ форму колбы, какъ въ этомъ можно убѣдиться, из-

¹⁾ По свѣдѣніямъ, полученнымъ весною 1898 г., результаты операціи остаются безъ измѣненія.

слѣдую пальцемъ, когда жидкость при спринцованіи задерживается во влагалище.

На вопросъ проф. *Малиновскаго*, въ какое время въ искусственное влагалище вводится шаръ и сохранена ли чувствительность пересаженныхъ лоскутовъ, проф. *Рейнз* отвѣтилъ, что шаръ вводится тотчасъ послѣ операціи, относительно же чувствительности точныя изслѣдованія еще сдѣланы не были. Проф. *Малиновскій* полагаетъ, что въ такомъ случаѣ шаръ можетъ вызвать пролежни въ пересаженныхъ лоскутахъ кожи. По отношенію къ техникѣ этой операціи оппонентъ замѣтилъ, что прежде всего здѣсь необходимо придерживаться сухой асептики, избѣгать всякихъ антисептическихъ веществъ, которыя уменьшаютъ жизнеспособность тканей. Пересаживать необходимо только кожу, при чемъ нужно брать кожные лоскуты, совершенно лишенные жировой подкладки. Каналь влагалища только слегка наполнять марлевыми тампонами. Въ такомъ случаѣ можетъ получиться идеальная *prima intentio*, безъ образованія рубцовой ткани, съ эластическими волокнами въ соединительной ткани, что сообщить даже подвижность кожѣ, выстилающей новобразованное влагалище. И это есть *conditio sine qua non* для предотвращенія зарращенія искусственнаго влагалища.

5) Д-ръ *Писемскій* прочиталъ сообщеніе д-ра *Г. Каценеленбоена* подъ заглавіемъ «*Кофеинъ при слабости потугъ*». (Авторефератъ).

Извѣстно, что причиной слабости потугъ является, во 1-ыхъ, усталость самой мышцы матки, дающей поэтому непродолжительныя и недостаточно сильныя сокращенія; во 2-ыхъ, усталость, или недостаточная раздражимость периферическаго нервного аппарата, благодаря чему раздраженіе внутренней поверхности матки частями плода является недостаточнымъ импульсомъ; въ 3-хъ, усталость центра, завѣдующаго маточными сокращеніями, благодаря чему импульсы, посылаемые имъ черезъ центробѣжные нервы мышцъ недостаточно сильны.

Поэтому при слабости потугъ дѣйствительнымъ можетъ оказаться средство, которое увеличитъ сократительную силу маточной мышцы и повыситъ какъ прямую, такъ и отраженную раздражимость периферическаго и центрального аппаратовъ.

Предложенный съ этою цѣлью хининъ дѣйствуетъ слабо; по крайней мѣрѣ, *К.* ни разу не могъ констатировать скольконибудь замѣтнаго дѣйствія, назначая по 0,6 черезъ $1/2$ часа; кромѣ того, что дѣйствіе хинина на гладкую мускулатуру довольно слабо, онъ у многихъ оказываетъ непріятное дѣйствіе на сердце; рефлекторная возбудимость центральной нервной системы также ослабѣваетъ отъ среднихъ дозъ; для того, чтобы явился эффектъ ждать приходится слишкомъ долго.

Что касается до кофеина, то онъ, несомнѣнно, повышаетъ рефлекторную возбудимость какъ центральной, такъ и периферической нервной системы; сократительная способность мышцъ также повышается—большія дозы производятъ даже окоченѣніе мышцъ. Извѣстно, какъ быстро прогоняетъ кофеинъ чувство усталости у человѣка; кофеинъ повышаетъ дѣятельность сердца.

Благодаря всему этому *К.* рѣшился испробовать кофеинъ при слабости потугъ. Наблюдавъ онъ его дѣйствіе пока только въ 3-хъ случаяхъ, но каждый разъ получалъ хорошій результатъ: вскорѣ послѣ впрыскиванія подъ кожу являлись хорошія, продолжительныя схватки; въ одномъ случаѣ наступила даже слишкомъ сильная схватка, въ теченіи которой и прорѣзалась головка. Назначалъ *К.* всегда подъ кожу, 0,2—0,3 на приемъ (*coffeini natro-salicyl.* 2,0—3,0 *aq. destil. sterilisatae* 10,0). Растворъ скоро желтѣетъ,—вѣроятно, вслѣдствіе разложенія.

Административное засѣданіе.

Предложены въ дѣйствительные члены Общества д-ра: *С. В. Жеваховъ (Писемскимъ, Яхонтовымъ Абуладзе)* и *И. В. Юркевичъ (Писемскимъ, Подурьзаномъ и Абуладзе)*.

Постановили: подвергнуть баллотировкѣ въ слѣдующемъ засѣданіи.

Предсѣдатель **Г. Рейнь.**

Секретарь **Писемскій.**