

# РУКОВОДСТВО КЪ ЖЕНСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ

СОСТАВЛЕННОЕ

Доцентомъ Др. Бандль изъ Вѣны, Проф. Др. Бильротъ изъ Вѣны, Проф. Др. Брейски изъ Праги, Доцентомъ Др. Хробанъ изъ Вѣны, Проф. Др. Гуссеревъ изъ Страсбурга, Проф. Др. Гильдебрандтъ изъ Кенигсберга, Проф. Др. Майергофъ изъ Вѣны, Проф. Др. Ольсгаузенъ изъ Галле, Проф. Др. Б. Шультце изъ Вѣны, Проф. Др. Винкель изъ Дрездена.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Д-ра **Т. БИЛЬРОТА**

ОРДИНАРН. ПРОФЕССОРА ХИРУРГІИ ВЪ ВѢНѢ.

СЪ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ВЪ ТЕКСТѢ ПОЛИТИПАЖАМИ.

---

ВОСЬМОЙ ОТДѢЛЪ

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Б. Г. Янпольскаго, Демидовъ переулокъ, д. № 5.

1878.

# БОЛѢЗНИ НАРУЖНЫХЪ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

Проф. Д-РА ГИЛЬДЕБРАНДТА

ЛЕКТОРА РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ И ГИМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ВЪ КЕНИГСБЕРГѢ.

СЪ 27-Ю ПОЛИТИПАЖАМИ ВЪ ТЕКСТѢ.

---

ПЕРЕВОДЪ СЪ-НѢМЕЦКАГО

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

Д-РА БОРИСА ЯНПОЛЬСКАГО.

Ординатора при Обуховской Городской Больницѣ, при лечебницѣ Императорскаго Человѣколюбиваго Общества и Городскаго Акушера, завѣдующаго Городскимъ родильнымъ приютомъ.

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание **Б. Г. Янпольскаго.**

1878.



Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 16 Ноября 1877 г.

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Предварительныя замѣчанія § 1.	1
Гл. I. Аномаліи развитія § 2—7 . . . . .	2
Atresia ulvae congenita § 2 . . . . .	2
Гермафродитизмъ § 3 . . . . .	5
Epispadia § 4 . . . . .	10
Гипертрофія § 5 . . . . .	11
Atresia vulvae acquisita § 6 . . . . .	12
Диагнозъ и лечение аномалій развитія § 7 . . . . .	13
Гл. II. Грыжи §§ 8 и 9 . . . . .	15
Гл. III. Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ, Vulvitis § 10—13	16
Гл. IV. Отекъ и гангрена vulvae § 14 . . . . .	20
Гл. V. Смыльные процессы vulvae . . . . .	22
1. Рожа § 15 . . . . .	22
2. Eczema § 16 . . . . .	23
3. Herpes vulvae § 17 . . . . .	24
4. Prurigo vulvae § 18 . . . . .	25
5. Diphtheritis vulvae § 19 . . . . .	25
Гл. VI. Lupus vulvae § 20—23 . . . . .	26
Гл. VII. Опухоли § 24—45 . . . . .	30
1. Elephantiasis § 24—30 . . . . .	30
Патологическая анатомія § 24 . . . . .	30
Этіологія § 25 . . . . .	34
Симптомы § 26 . . . . .	38
Прогнозъ § 27 . . . . .	40
Диагнозъ § 28 . . . . .	40
Лечение § 29 . . . . .	41
2. Остроконечныя кондиломы § 30 . . . . .	44
Этіологія § 31 . . . . .	45
Лечение § 32 . . . . .	49
3. Фиброма § 33 . . . . .	51
4. Липома § 34 . . . . .	53
5. Энхондрома § 35 . . . . .	53
6. Varices. Расширенія венъ § 36 . . . . .	54
7. Haematoma или thrombus vulvae § 37 . . . . .	55
8. Neuroma § 38 . . . . .	57
9. Кисты или мѣшчатныя опухоли § 39 . . . . .	57
10. Ракъ vulvae § 40 . . . . .	59
а. Канкродъ § 41—44 . . . . .	60
б. Скирръ, саркома и медуляр. саркома § 45 . . . . .	63

Гл.	VIII. Болѣзни Бартолиновыхъ желѣзъ § 46—50 . . . . .	65
	а. Закупориваніе и воспаленіе выводящихъ протоковъ § 47 . . . . .	66
	б. Заболѣваніе самой желѣзы § 47—40 . . . . .	67
	А. Кисты § 38 . . . . .	67
	В. Воспаленія § 49 . . . . .	68
	С. Усиленное отдѣленіе § 50 . . . . .	69
Гл.	IX. Разрывы заднепроходной промежности § 51—66 . . . . .	70
	Этіологія § 51 . . . . .	70
	Форма поврежденія § 52 . . . . .	72
	Послѣдствія § 53 . . . . .	73
	Теченіе § 54—55 . . . . .	75
	Леченіе § 56 . . . . .	79
	Леченіе свѣжихъ разрывовъ § 57—60 . . . . .	79
	Оператія застарѣлыхъ разрывовъ § 61—67 . . . . .	84
	Procto-perinaeorrhaphia § 62 . . . . .	85
	Соединенія промежности по Лангенбеку и Perinaeoplastica по Фрейндю § 64 94	
Гл.	X. Рефлекторныя судороги мышцъ дна женскаго таза Vaginitis- mus и т. п. болѣзненные состоянія § 68—71 . . . . .	104
	Анатомическое обзореніе § 68 . . . . .	105
	Симптомы и Этіологія § 69 . . . . .	110
	Діагнозъ § 70 . . . . .	117
	Леченіе § 71 . . . . .	117
Гл.	XI. Pruritus § 72—77 . . . . .	119
	Сущность и симптомы § 72—73 . . . . .	119
	Этіологія § 74 . . . . .	122
	Діагнозъ § 75 . . . . .	124
	Прогнозъ § 76 . . . . .	124
	Леченіе § 77 . . . . .	125
Гл.	XII. Sycchodynia § 78—82 . . . . .	127
	Этіологія § 79 . . . . .	127
	Діагнозъ § 80 . . . . .	129
	Прогнозъ § 81 . . . . .	130
	Леченіе § 82 . . . . .	130

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЯ ЗАМѢЧАНІЯ.

§ 1. Болѣзни, появляющіяся на наружныхъ женскихъ дѣтородныхъ частяхъ, обнимають, сравнительно говоря, небольшое число категорій. Кромѣ многочисленныхъ неправильностей въ развитіи и поврежденій, обусловливаемыхъ самымъ актомъ рожденія, встрѣчаются только заболѣванія кожи, правда, въ весьма разнообразныхъ видахъ: они—то распространяются изъ слизистой оболочки въ видѣ различныхъ воспалительныхъ, заразительныхъ и злокачественныхъ процессовъ, то развиваются на наружной кожѣ въ видѣ гипертрофіи и гиперплазии. Глубокое, обращенное внизъ, положеніе дѣтородныхъ частей, благодаря правильно повторяющимся физиологическимъ гипереміямъ во время менструацій, въ высшей степени способствуетъ нарушенію кровообращенія, которое легко вызываетъ постоянное измѣненіе тканей, вслѣдствіе обыкновенныхъ воспалительныхъ раздраженій. Частое раздраженіе столь необыкновенно чувствительныхъ органовъ вызываетъ воспаленіе, гиперплазии и своеобразныя неврозы.

Заболѣванія этихъ органовъ имѣють для насъ особенный интересъ, не столько по причинѣ разнообразія, многочисленныхъ, важныхъ симптомовъ, не столько по причинѣ затрудненій, которыя представляетъ для насъ оцѣнка субъективныхъ ощущеній и объективно полученныхъ результатовъ (такъ какъ эти болѣзненные явленія весьма обыкновенны, а вѣрно поставить ихъ діагнозъ, при ощупываніи и осматриваніи, легко для опытнаго глаза и вѣрной руки),— сколько по причинѣ необыкновеннаго разнообразія формъ заболѣваній, по причинѣ размышленій и физиологическихъ изслѣдованій, на которыя насъ наводитъ ихъ происхожденіе, и по причинѣ особенно благодарныхъ послѣдствій, которыя можно получить хирургическими приѣмами при многочисленныхъ и трудныхъ патологическихъ состояніяхъ.

## ГЛАВА I.

### Аномалии развития.

**Литература.** Bannon: Dublin, med. Journ. 1852. Barkow: Anat. Abh. Breslau 1851. Berthold: Abh. d. kl. Gesellschaft d. Wissenschaften zu Göttingen, 1844. W. A. Freund: Arch. f. Gynäk. III. p. 381. Heppner: Ueber den wahren Hermaphroditismus beim Menschen. Müller's Archiv 1870. p. 679. Klebs: Handb. d. path. Anat. Berlin 1873. p. 718 u. f. H. Meyer: Virchow's Arch. XI. p. 420. Neubauer: De triplici nympharum ordine Jenae 1774. Röser: Württemb. Corresd.-Bl. 1861. Nro. 20. Virchow: Berlin. klin. Wochenschrift 1872. Nro. 49.

§ 2. Для правильного пониманія аномалій развитія наружныхъ дѣтородныхъ частей необходимо припомнить нормальный ходъ ихъ развитія.

На 6-ой недѣлѣ эмбриональной жизни, на томъ мѣстѣ, которое соотвѣтствуетъ будущимъ дѣтороднымъ частямъ, образуется бугорокъ—половой бугорокъ,—а внизу и подлѣ него, съ каждой стороны по валику. На 8-ой недѣлѣ, у нижняго края бугорка появляется борозда—половая борозда,—образующая болѣе и болѣе углубляющійся заворотъ, и впоследствии открывающееся наружу отверстіе для влоаки, служащей мѣстомъ соединенія Allantois и прямой кишки (см. рис. 1).

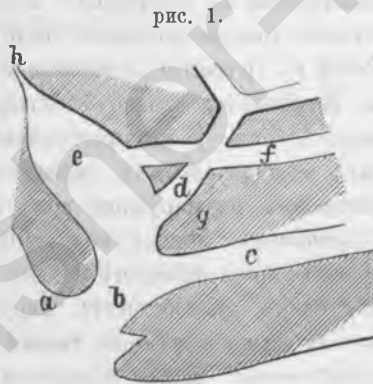


Схема развитія жен. дѣтородныхъ органовъ.

- а) Половой бугорокъ. б) Мочеполовая пазуха. с) Rectum. d) Миллеровскіе каналы. е) Allantois. f) Мочеточникъ. g) Ткань будущей промежности. h) Urachus.

а) половой бугорокъ (половые валики находятся сбоку и потому не могутъ быть представлены на продольномъ разрѣзѣ),

б) заворотъ, который превращается въ мочеполовую пазуху,

с) прямая кишка,

д) Миллеровскіе каналы,

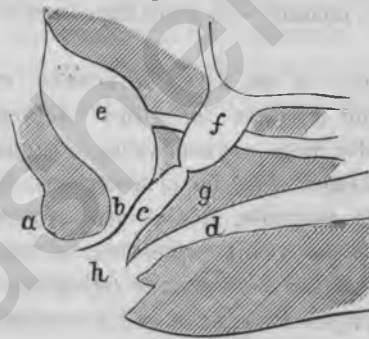
е) Allantois, который въ верхней и передней части превращается въ мочевой пузырь, а въ нижней—въ моченспускательный каналъ,

ф) мочеточникъ,

g) ткань, которая, постепенно спускаясь въ промежутокъ между прямою кишкою и влагалищемъ, образуетъ промежность.

Изъ полового бугорка образуется впоследствии клиторъ. Острые края половой борозды превращаются въ лоскутообразныя, малыя губы, а дальше, кверху образуютъ крайнюю плоть клитора. Половые же валики, покрываясь наружной кожей, развиваются въ большія срамныя губы. Въ то же время прямая кишка и та часть allantois—а именно верхняя,—которая превратилась въ мочевой пузырь, отдѣляются другъ отъ друга и такимъ именно образомъ, что ткань, находившаяся между прямою кишкою и открывающимися въ заднюю стѣнку allantois—Миллеровскими каналами, опускается и разрастается внизъ и наружу (d). Это образованіе впоследствии превращается во влагалищно-кишечную перегородку, отдѣляющую мочеполовую систему отъ прямой кишки; наружный же и нижній конецъ ея образуетъ промежность. По мѣрѣ того, какъ эта перегородка спускается, она тянетъ за собой нижній конецъ Миллеровскихъ каналовъ (влагалище); черезъ это мочеполовая пазуха все болѣе и болѣе суживается и наконецъ остается только въ видѣ узкаго канала, который превращается въ мочеиспускательный каналъ; allantois же—въ мочевой пузырь, а ниже-наружный конецъ этой пазухи—въ преддверіе,—пространство, которое одновременно ведетъ сзади въ влагалище, а спереди—въ мочеиспускательный каналъ (см. рис. 2).

рис. 2.



Развитіе промежности и мочеиспускательнаго канала.

- a) Половой бугорокъ. b) Urethra. c) влагалище. d) Rectum e) моч. пузырь. f) Uterus. g) Промежность. h) Vestibulum.

Изъ этого сжатого обзора видно, что въ числу неправильностей развитія въ раннемъ періодѣ относятся тѣ случаи, когда совершенно не достаетъ наружнаго отверстія для внутреннихъ полыхъ органовъ,—*atresia ani et vulvae completa*. Половая борозда недостаточно углубилась, а на мѣстѣ наружныхъ дѣтородныхъ частей, находится сплошная покровъ кожи, и allantois (мочевой пузырь) и прямая кишка сообщаются между собою и съ Миллеровскими каналами (влагалище), или образовалась уже влагалищно-кишечная перегородка, но плотная кожа замыкаетъ снаружи вмѣстѣ мочевой пузырь, влагалище и прямую кишку и позади ея скопляется содержимое этихъ каналовъ и растягиваетъ эти полныя пространства, сообщая имъ неправильную форму.



Эти аномалии развития, которые, впрочем, почти никогда не встречаются отдѣльно, но сопровождаются обыкновенно другими аномалиями (сирены, расщепление живота и т. д.) принадлежатъ плодамъ, неспособнымъ къ жизни.

Но чаще неполнаго углубленія половой борозды и происходящей вслѣдствіе того полной атрезіи, встрѣчается задержка въ нормальномъ развитіи концовъ Миллеровскихъ каналовъ, прямой кишки и мочеполоваго канала.

Еще не дознано, какими неправильностями въ развитіи обуславливается полная атрезія прямой кишки, при нормальномъ развитіи мочеваго пузыря и влагалища. Съ одной стороны, быть можетъ, появленіе атрезіи прямой кишки имѣетъ мѣсто еще въ весьма раннемъ періодѣ развитія, именно вслѣдствіе весьма ранняго резъединенія *allantois*'а отъ прямой кишки, а можетъ быть и отъ того, что ткань, изъ которой развивается промежность, опускается слишкомъ низко и заходитъ слишкомъ далеко, по направленію къ прямой кишкѣ, такъ что отверстіе прямой кишки совершенно закрывается ею.

Легче объяснить тѣ случаи, когда существуетъ важущаяся атрезія, причемъ наружнаго заднепроходнаго отверстія хотя и нѣтъ, но калъ переходитъ въ пространство, въ которое также открывається мочеиспускательный и Миллеровскіе каналы. Очевидно, что въ этихъ случаяхъ промежность (*g*) недовольно развилась и недостаточно опустилась внизъ; въ этомъ случаѣ входъ въ тазъ, вмѣсто наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища, образуетъ мочеполовая пазуха, а уже изъ глубины этого канала можно проникнуть чрезъ заднюю стѣнку въ прямую кишку, повыше—во влагалище, а чрезъ переднюю—въ мочевой пузырь.

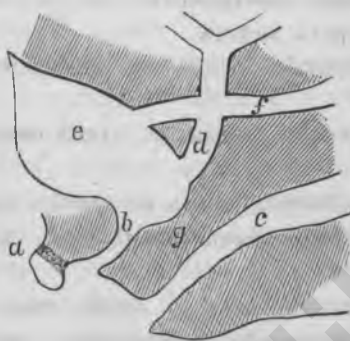
Въ другихъ случаяхъ—и это легко объяснить, принимая въ соображеніе уже сказанное объ исторіи развитія зародыша—заднепроходное отверстіе бываетъ нормальное, но *vulva* такъ суживается, что снаружи и вверху остается только узкая щель, и малыхъ губъ не существуетъ. Эта аномалія называется врожденною—*atresia vulvae congenita*. Ясно, что эта неправильность развитія зависитъ отъ того, что, хотя ткань промежности (*g*) достаточно разрослась впередъ и внизъ, но часть мочеваго мѣшка (*allantois*), въ заднюю стѣнку котораго открываються Миллеровскіе каналы (*d*), неравномѣрно съ нею опускается. Тогда пространство между малыми губами образуется единственно мочеполовой пазухою, которая представляетъ собою длинный, узкій каналъ, открывающийся лишь въ глубинѣ, спереди, верхнимъ своимъ концомъ прямо въ мочевой пузырь, а сзади—во влагалище (см. рис. 3. b, d, g).

Эти случаи *atresiae vulvae* можно также разсматривать, какъ гипоспадію, которая можетъ быть болѣе или менѣе полной, ибо задне-нижняя часть мочеваго мѣшка можетъ настолько опускаться и до того слѣдовать за промежностью, что даетъ возможность развиться части мочеиспускательнаго канала. Въ такомъ случаѣ, по крайней мѣрѣ, не бываетъ непроизвольнаго мочеистеченія (*incontinentia urinae*), какъ это бываетъ при полной гипоспадіи. Но собственно входъ въ дѣтородныя части образуетъ единственный узкій проходъ—мочеполовая пазуха,—и при этомъ въ нее прежде открывається влагалище, а вмѣсто мочеваго пузыря—короткій мочеиспускательный каналъ.

Всѣ вышеописанные случаи, равно какъ и случаи полной гипоспадіи,

сопровождаются обыкновенно значительнымъ увеличеніемъ клитора. Онъ по длинѣ и толщинѣ равенъ дѣтородному члену мальчика. Но крайняя плотъ слишкомъ коротка и равняется крайней плоти послѣ обрѣзанія (circumcisio); голова клитора частью обнажена и не имѣетъ отверстія; при этомъ сложенные вмѣстѣ большія губы, въ видѣ складокъ вытянутыя вверхъ, по обѣимъ сторонамъ около малаго отверстія мочеполовой пазухи, и соединяющіяся въ средней линіи въ

рис. 3.



Atresia vulvae congenita съ гипертрофіею клитора.

- а) Половой бугорокъ въ гипертрофію клитора. б) Мочеполовая пазуха. в) Rectum. д) Влагалище (миллеров. каналы). е) Пузырь. ф) Мочегочникъ. г) Промежность.

видѣ шва (raphe), сходны по виду съ мошонкой, такъ что наружныя дѣтородныя части имѣютъ характеръ отчасти мужскаго, отчасти женскаго пола, но какъ то, такъ и другое въ недоразвитомъ видѣ. Слѣдовательно, мы здѣсь видимъ уродливости, которыя извѣстны подъ именемъ гермафродитизма.

§ 3. Всѣ гермафродиты (двуснастные), что касается развитія наружныхъ дѣтородныхъ частей, представляютъ только что описанныя нами формы. Нѣкоторыя отступленія отъ этого заключаются только въ степени развитія: они выражаются частью въ большей или меньшей степени морщинчатости и складкахъ, напоминая собою мошонку, большихъ губъ, — которыя идутъ къ мочеполовой пазухѣ и шву, или въ томъ, что устье полового отверстія, находясь то ближе къ корню увеличеннаго клитора, то на протяженіи его нижняго края, до самой головки, представляетъ такимъ образомъ видъ не полнаго гипоспадического мужскаго мочеиспускательнаго канала, или же, наконецъ, уклоненіе заключается въ чрезмѣрной длинѣ и толщинѣ гипертрофированнаго клитора. И смотря по тому, насколько ясно выражены эти уклоненія, причисляютъ новорожденнаго къ мужскому или женскому полу.

Къ гермафродитизму наружныхъ дѣтородныхъ частей, развитіе внутреннихъ дѣтородныхъ частей находится въ различномъ отношеніи. Настоящій гермафродитизмъ существуетъ только тогда, когда изъ Вольфовскихъ тѣлъ одновременно развились мужскія и женскія половыя железы — яичники и яички — и соотвѣтственные выводные протоки — vagina и vas deferens — Hermaphroditismus verus.

Обыкновенно же внутреннія дѣтородныя части одного пола бываютъ развиты больше, чѣмъ органы другаго пола, а нерѣдко органы одного пола

достигаютъ даже нормальнаго развитія—ложный гермафродитизмъ (Pseudo-Hermafroditismus).

Подъ Hermafroditismus verus не слѣдуетъ, однакожь, понимать совершенное развитіе внутреннихъ дѣтородныхъ частей одновременно обоихъ половъ. Всегда есть какой-нибудь, часто весьма значительный, недостатокъ въ развитіи, во вредъ одному полу.

Съ теоретической точки зрѣнія, истинный гермафродитизмъ, по способу двусторонняго расположенія зародышныхъ желѣзъ обоихъ половъ, можетъ явиться въ слѣдующихъ трехъ видахъ:

- 1) Hermafroditismus bilateralis, когда на каждой сторонѣ находятся какъ яичникъ, такъ и яичко;
- 2) Hermafroditismus lateralis, когда на одной сторонѣ находится яичко, а на другой яичникъ;
- 3) Hermafroditismus unilateralis, когда на одной сторонѣ находятся желѣзы только одного пола, и то въ рудиментарномъ видѣ, а на другой развиты тѣ и другія.

Но всѣ случаи, описанные какъ въ одной, такъ и въ другой категоріи этихъ неправильныхъ образованій, доказываютъ, что развитіе зародышныхъ желѣзъ и принадлежащихъ къ нимъ выводныхъ протоковъ, по меньшей мѣрѣ, благоприятствуетъ одному полу; чаще же случается, что одинъ полъ, вслѣдствіе полнаго или почти полнаго развитія, беретъ верхъ, а другой представляется только въ рудиментарномъ видѣ. Кромѣ того, сюда относятся тѣ случаи, когда слѣды такъ называемаго истиннаго гермафродитизма совершенно исчезаютъ; нѣкоторое исключеніе составляютъ дѣти, умершія въ раннемъ возрастѣ; истинные гермафродиты, достигшіе старшаго возраста, составляютъ необыкновенную рѣдкость.

Случай истиннаго hermafroditismi bilateralis, въ достовѣрности которыхъ нельзя сомнѣваться, по причинѣ тщательнаго ихъ изслѣдованія, описаны только Геппнеромъ и Шреллемъ <sup>1)</sup>).

Случай, описанный Геппнеромъ, касается трупа двухмѣсячнаго ребенка, у котораго снаружи преобладалъ мужской типъ, а внутри—женскій. Мошонка, penis гипостадиическій были снаружи. Позади умѣренно длинной мочеполювой пазухи открывались мочеиспускательный каналъ и влагалище. На мѣстѣ ихъ соединенія находилось, кругомъ, довольно развитая предстательная желѣза. Матка, яйцепроводы и яичники были вполнѣ нормальны. У яичника, съ каждой стороны, находилось желѣзистое тѣло, которое соединялось съ придаткомъ яичника, и на которое Геппнеръ смотрѣлъ, какъ на яичко, такъ какъ онъ подъ микроскопомъ нашелъ въ этихъ тѣлахъ радіально расположенныя желѣзистыя трубки, которыя у воротъ желѣзы (hilus) собираются въ большія каналобразныя пространства. Стѣнки этихъ трубокъ представляли собою безструктурную перепонку, которая отъ прибавленія укусной кислоты не показывала ни полосокъ, ни зернъ. Выносящихъ сосудовъ (vasa deferentia) не было. И такъ, въ случаѣ, описанномъ Геппнеромъ, при полномъ развитіи женскихъ

<sup>1)</sup> Klebs. Handbuch der path. Anat. Berlin 1873 p. 724.

половыхъ органовъ, внутренніе—мужескіе—были только въ рудиментарномъ состояніи—рудиментарныя яички безъ *vasa deferentia*.

Недостаточно точно описанъ и изслѣдованъ и потому мало заслуживаетъ довѣрія случай, приводимый Шреллемъ, въ которомъ наружныя половыя органы представляли совершенно мужской характеръ съ развитыми *penis*'омъ и мошонкой, но при этомъ было и небольшое влагалище съ малыми и большими срамными губами, сообщавшимися съ рудиментарной маткой, Фаллопиевыми трубами и яичниками. Что же касается яичниковъ то изслѣдованіе въ этомъ случаѣ было весьма не точное.

Случай *Hermafroditismus verus unilateralis*, т. е. существованія желѣзъ одного пола (яичка или яичника) на одной сторонѣ и желѣзъ обоихъ половъ на другой, описанъ Ваннономъ (см. Klebs l. c.). Субъектъ былъ 26 лѣтъ, окрещенный, какъ дѣвочка, имѣвшій послѣ достиженія половой зрѣлости, при мужскихъ павлонностяхъ и мужскомъ голосѣ, развитыя груди и женскій тазъ. Наружныя половыя органы представляли собою умѣренно развитый гипоспадическій *penis*, и надъ нимъ *vulva* съ малыми и большими срамными губами веда къ дѣвственной плевѣ и влагалищу. Матка съ правой стороны переходила въ полый канатикъ, оканчивавшійся пузырькомъ, а лѣвый рогъ матки имѣлъ хорошо развитую Фаллопиеву трубу, возлѣ которой находились развитыя бахромки (*Fimbriae*) и яичникъ, покрытый «плотными перитонеальными складками.» Сзади этого мнимаго яичника, по направленію къ вѣстцово-подвздошному сращенію, лежали яичко съ его придаткомъ, переходившій въ *vas deferens*. На лѣвой сторонѣ былъ также сѣмянной пузырекъ, но предстательной желѣзы и коуперовыхъ желѣзъ не было. Яичко содержало сѣмянные каналцы, но не было развитія сѣмянныхъ нитей; и яичникъ состоялъ изъ волонистой ткани, содержащей въ большомъ количествѣ жировыя клѣтки. Клебсъ замѣчаетъ при этомъ: «Послѣднее показаніе естественно дѣлаетъ и этотъ случай весьма сомнительнымъ. Во всякомъ случаѣ, на основаніи сдѣланныхъ сообщеній, можно заключить, что яичникъ, если вообще найденное образованіе можно принять за таковой, ни въ какомъ случаѣ не могъ развиваться въ образованіе съ фолликулами и яичками.»

У насъ есть больше описаній случаевъ *Hermafroditismi lateralis*, т. е. развитія яичекъ на одной, а яичника на другой сторонѣ.

Между многими случаями, относящимися сюда, наибольшаго вниманія заслуживаютъ тѣ изъ нихъ, которыя описаны Бертольдомъ, Барковымъ и Майеромъ (l. c.), такъ какъ эти ученые сдѣлали самыя точныя и при томъ микроскопическія изслѣдованія.

Въ случаѣ, приведенномъ Бертольдомъ, относящемся до новорожденнаго ребенка, была однорогая лѣвая матка съ яйцепроводомъ и яичникомъ, также нормальное влагалище, сообщавшееся съ нѣскольکو удлиненной мочеполовой паухой. Яичникъ имѣлъ видъ селезенки, 4''' въ длину, 2''' въ вышину и 2/3''' въ толщину; онъ состоялъ изъ зернистаго вещества и въ немъ въ скудномъ количествѣ были расположены отдѣльныя большія тѣла, въ которыхъ однако «недостаточно ясно былъ выраженъ характеръ яицъ». На правой сторонѣ находилось нормально развитое яичко съ хорошо развившимся *vas*

*deferens*, оторывавшимся, возлѣ влагалища, въ мочеполовую пазуху. Наружные половые органы состояли изъ неизмѣнаго канала мужскаго уда, подѣ которымъ была щель въ  $1\frac{1}{2}$ ''' высоты, а возлѣ и сбоку этой щели находились рудиментарныя срамныя губы и мошонка, въ видѣ складокъ, соединявшихся внизу, передѣ промежностью швомъ.

Другой случай, приводимый Барковымъ, относится къ 54 лѣтнему женатому индивидууму, женившійся въ качествѣ мужчины, который вромѣ того имѣлъ маточную грыжу (матка, обращенная основаніемъ внизъ, помѣщалась въ лѣвой сторонѣ мошонки). Этотъ субъектъ имѣлъ яичникъ изъ клѣтчатой теани, жира и сосудовъ, но безъ фолликулъ, а надѣ яичникомъ—яичко съ сѣмянными каналами. Ни яйцепровода, ни *vas deferens* не было.

Третій случай, описанный Майеромъ, относится къ новорожденному ребенку: на одной сторонѣ—яичникъ, на другой—яичко нормально развитые; малая матка съ хорошо развитыми яйцепроводами. Влагалище вело въ длинную мочеполовую пазуху, которая лежала на лѣвой сторонѣ и имѣла въ длину 38,5 мм.; у устья влагалища, на средней линіи, сзади лежалъ хорошо развитый сѣмянной холмикъ (*colliculus seminalis*), а немного дальше—входъ въ пузырь. Наружные половые органы достаточно длинны, безъ канала *penis*, подѣ которымъ помѣщалась короткая щель; мошонка была достаточно развита и содержала въ лѣвой, нѣсколько болѣе выдававшейся своей части, яичко.

Этотъ случай есть самый точно описанный изъ всѣхъ, касающихся полнаго гермафродитизма: здѣсь есть матка, Фаллопиевы трубы, влагалище, нормальный яичникъ и яичко, но послѣднее безъ *vas deferens*.

Но живѣйшій, всеобщій интересъ вызвала между медивами, въ послѣднее время, гермафродитка Нотман, какъ представительница гермафродизма упомянутыхъ категорій.

Эта гермафродитка такъ полно и паучно точно была изслѣдована Вирховымъ, Цимсеномъ, Скандони, Брайски, Б. Шульце, Гегаромъ, Шпигельбергомъ и др., и изслѣдованія возможны были до такого полнаго совершенства, что когда Вирховъ въ 1872 году представилъ ихъ Берлинскому Медицинскому Обществу, то онъ имѣлъ полное право нарисовать такую законченную картину развитія половыхъ органовъ, какъ будто бы онъ имѣлъ предѣ собою препаратъ.

Въ то время, когда Нотман была представлена Вирховымъ, она имѣла 48 лѣтъ отъ роду, была крѣпкаго сложенія, съ свѣжимъ лицомъ. Она носила то мужское, то женское платье; но, по мнѣнію Вирхова, послѣднее было ей болѣе къ лицу. У нея были полныя, хорошо развитыя груди; густые, средней длины волосы, нѣсколько довольно длинныхъ волосъ на подбородкѣ, но бороды, какъ у мужчины, не было. Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ, давало результаты, подобныя вышеописаннымъ: правильно развитая мошонка, надѣ ней средней величины *penis* гипоспадическій, но поверхности котораго проходили двѣ складки, напомилавшія собою малыя срамныя губы (*labia minora*). У основанія *penis* было отверстіе, которое вело съ довольно длинный каналъ (*Urethra? sinus urogenitalis?*), а у конца канала небольшое влагалище съ рудиментарною маткою. У Нотман бывали изверженія сѣмени, какъ это несомнѣнно

доказало микроскопическое изслѣдованіе изверженной жидкости; но вмѣстѣ съ тѣмъ, по наблюденіямъ, во время ея пребыванія въ клиннѣ Фридрейха, у нея повторялись періодически, хотя только въ продолженіи двухъ дней и чрезъ различные, иногда довольно значительные промежутки, менструаціи; наконецъ изслѣдованіями В. Шильце, Гегара, Брейски и Шпигельберга, въ достовѣрности которыхъ нельзя сомнѣваться, было несомнѣнно доказано присутствіе лѣваго яичника, только, конечно, показанія о величинѣ и объемѣ его, (что и понятно) были различны. Но этотъ яичникъ все таки не функционировалъ нормально, что видно было изъ незначительныхъ, неправильныхъ и скоро прекращавшихся менструацій, а слѣдовательно, и въ этомъ случаѣ *hermaphroditismi veri*, мы встрѣчаемъ то же явленіе, какое видѣли въ вышеизложенныхъ, именно, что при гермафродитизмѣ развитіе половыхъ органовъ одного пола существуетъ въ совершенно нормальномъ видѣ, а другаго пола—или только въ рудиментарномъ видѣ, или самое большее, какъ у Нотман, въ нѣсколько близкомъ къ нормальному.

Большее или меньшее недоразвитіе частей одного пола представляетъ переходъ къ ложному гермафродитизму—(*Pseudo-Hermaphroditismus*),—при которомъ различаютъ: 1) *Pseudo-Hermaphroditismus femininus externus et internus*, въ томъ случаѣ, когда внутреннія дѣтородныя части мужскаго пола находятся только въ рудиментарномъ видѣ, между тѣмъ какъ женскія вполне развиты и 2) *Pseudo-Hermaphroditismus femininus externus*, когда, при совершенно нормальныхъ внутреннихъ женскихъ половыхъ органахъ, наружные органы представляютъ гермафродитическій характеръ.

Эти послѣдніе случаи встрѣчаются чаще всего и представляютъ всѣ степени, начиная съ обыкновеннаго увеличенія клитора съ одновременнымъ суживаніемъ входа во влагалище до измѣненія самаго вида наружныхъ дѣтородныхъ частей, какъ мы уже видѣли въ случаяхъ, описанныхъ Бертольдомъ и Мейеромъ и какъ это было найдено у Нотман. Что возможно смѣшиваніе въ опредѣленіи пола даже и при меньшей степени неправильностей, доказываетъ исторія, сообщенная Касп. Вауһин'омъ, объ одномъ экземплярѣ гермафродитизма, женскій полъ котораго опредѣлился только его беременностію. Раньше же этотъ субъектъ былъ монахомъ.

Одинъ только видъ наружныхъ дѣтородныхъ частей и простое ихъ изслѣдованіе не могутъ служить вѣрнымъ масштабомъ для діагноза всѣхъ случаевъ гермафродитизма, какъ это достаточно доказываютъ многочисленныя ошибки, встрѣчавшіяся при опредѣленіи пола новорожденныхъ: Болѣе точное наружное и внутреннее изслѣдованіе, напротивъ, часто даетъ возможность поставить вѣрный діагнозъ. Для этого, въ тѣхъ частяхъ, которыя представляютъ *scrotum*, *resp. labia majora*, слѣдуетъ искать яичекъ. Не надо однакожь упускать изъ виду, что, при паховыхъ грыжахъ, яичники достигаютъ срамныхъ губъ и вслѣдствіе этого могутъ быть приняты за яички. Слѣдуетъ непременно произвести изслѣдованіе, начиная съ прямой кишки, чтобы убѣдиться въ существованіи матки и яичниковъ, что гораздо легче сдѣлать у женскихъ гермафродитовъ, чѣмъ въ случаяхъ нормально развитія, такъ какъ матка, если только она существуетъ, обыкновенно помѣщается на короткомъ влага-

лицѣ. Въ недавно представившемся намъ случаѣ, только чрезъ точное изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, при которомъ были найдены матка и два маленькыхъ, малоразвитыхъ яичника, можно было достигнуть вѣрнаго рѣшенія. Признаки, способствующіе опредѣленію пола, суть слѣдующіе: половыя наклонности индивидуума, появленіе по временамъ менструацій или изверженіе сѣмени, присутствіе грудей и ихъ величина, форма таза, мѣста появленія волосъ, видъ адамова яблока и голосъ. Но всѣ эти признаки для опредѣленія пола ненадежны. Только что упомянутый нами случай, относится къ 18 лѣтнему индивидууму, который, имѣя непробуравленный гипоспадическій репъ въ 5 см. длины, 1 дюймъ толщины, подъ нимъ отверстіе съ конецъ указательнаго пальца и подъ и возлѣ него, между мошонкой и большими губами, развившіяся наружныя части,—имѣлъ вмѣстѣ съ тѣмъ ровную грудь, молочныя желѣзы съ обѣихъ сторонъ, какъ у ребенка и голосъ совершенно старческой. Менструацій онъ никогда не имѣлъ. Съ дѣтства этотъ субъектъ избѣгалъ забавъ дѣвочечь, въ позднѣйшіе годы онъ выказывалъ наклонности только къ мужскимъ занятіямъ, но все таки это была женщина, ибо она имѣла клиторъ и яичники.

§ 4. Если только что описанныя формы неправильностей въ развитіи принимать за гипоспадическія, то слѣдуетъ ихъ считать болѣе частыми сравнительно съ случаями эписпадическихъ аномалій женскихъ дѣтородныхъ частей, которыя обнимаютъ область клитора и его щели. Аномаліи послѣдняго вида, какъ кажется, отдѣльно никогда не встрѣчаются, но тамъ, гдѣ онѣ были найдены, всегда сопровождались другими щелевидными образованиями.

Между ними самыя частыя составляютъ расщепленія мочеваго пузыря. Однако слѣдуетъ имѣть въ виду не только удлиненныя расщепленія брюшной стѣнки надъ сращеніемъ лонныхъ костей, но также и меньшаго размѣра несовершенства позади симфизиса, на нижней части мочеваго пузыря, на мочеиспускательномъ каналѣ, или на томъ и другомъ вмѣстѣ.

Сюда принадлежитъ случай, замѣчательный по счастливому исходу операціи, описанный Резеромъ (1. с.). У одной 19 лѣтней дѣвушки, страдавшей недержаніемъ мочи (*incontinentia urinae*), клиторъ и крайняя плоть его представлялись расщепленными и расходящимися на 2 см., вслѣдствіе чего не сходились также и малыя губы. Пространство, непосредственно подъ *symphysis ossium pubis*, было покрыто гладкой слизистой оболочкой и образовывало отверстие, пропускавшее конецъ пальца, которое сзади было ограничено задней стѣнкой мочеиспускательнаго канала, передней стѣнки моч. канала (*urethra*) не доставало.

Аналогичные случаи расщепленія клитора съ легкимъ расщепленіемъ нижней части мочеваго пузыря описаны Госселеномъ и Тестеленомъ.<sup>1)</sup> Въ случаѣ, описанномъ Тестеленомъ, недоразвитый мочевой пузырь открывался въ каналъ, 6 см. длины, подъ самымъ клиторомъ, на 3 см. выше нормальнаго

<sup>1)</sup> Gaz. de Paris 1861. № 46.

отверстія мочеиспускательнаго канала, и моча проходила частью произвольно, чрезъ отверстие названнаго перваго канала, частью нормальнымъ путемъ.

Фрейдъ (1. с.) описываетъ случай расщепленія клитора, интересный, также во многихъ другихъ отношеніяхъ, который не сопровождался щелевиднымъ образованіемъ въ мочевомъ пузырьѣ и мочеиспускательномъ каналѣ, но въ этомъ случаѣ была щель въ лонномъ сращеніи и такая же щель въ стѣнкѣ живота надъ мочевымъ пузыремъ, и черезъ эту щель проходила значительная часть кишечной петли.

§ 5. Между другими природными недостатками часто встрѣчаютъ совершенное отсутствіе клитора, недостатокъ одной или обѣихъ малыхъ срамныхъ губъ (Моргани); извѣстны также случаи отсутствія обѣихъ большихъ губъ, причемъ входъ во влагалище начинается зіяющею щелью. Съ другой стороны, на тѣхъ же органахъ встрѣчаются врожденныя неправильныя по числу и величинѣ образованія. Моргани въ одномъ случаѣ нашелъ четыре малыхъ срамныхъ губъ; Нейбауеръ—даже 6. Это увеличеніе въ числѣ нужно объяснить раздѣленіемъ краевъ половой борозды на нѣскольхо выдающихся лоскутовъ. Что касается неправильностей, состоящихъ въ увеличеніи объема, то были наблюдаемы природныя аномальныя увеличенія большихъ губъ, представлявшихъ такимъ образомъ большія, толстыя, отвисшія лопасти. Гораздо чаще встрѣчаются удлиненія малыхъ губъ и клитора. Сюда относятся образованія, извѣстныя подъ именемъ «Готтентотскихъ передниковъ»—расовая принадлежность готтентотовъ и другихъ тропическихъ народовъ. Неправильность состоитъ въ томъ, что у нѣкоторыхъ народовъ малыя губы—непомѣрно длинны, такъ что, по рассказамъ, выдаются изъ срамной щели на 20—30 см., а въ нѣкоторыхъ странахъ это служило причиной обрѣзанія дѣвочекъ. Бываетъ также и ненормальное увеличеніе объема и длины клитора. Гиртль, который утверждаетъ, что у жителей тропическихъ странъ клиторъ вообще больше, чѣмъ у жителей умѣреннаго и холоднаго пояса, рассказываетъ, что у нѣкоторыхъ африканскихъ племенъ бываетъ врожденное увеличеніе клитора, столь значительнаго размѣра, что онъ виситъ на срамной щели, какъ захлопка такъ что его прикрѣпляютъ посредствомъ колецъ къ промежности для охраненія дѣвственности.

Эти увеличенія бываютъ не съ однимъ только клиторомъ, но также и съ крайнею плотью, которая, при подобныхъ неправильностяхъ, бываетъ чрезвычайно велика. Если же самъ клиторъ сильно увеличенъ, то онъ, по своему виду, вполне соответствуетъ мужскому члену и какъ извѣстно, въ древности этимъ даже пользовались для неестественныхъ половыхъ отправленій, которыя были извѣстны подъ именемъ «Лесбоской любви.»

Дѣйствительно-ли всѣ случаи увеличенія большихъ губъ и клитора, считаемыя расовою принадлежностью, составляютъ явленіе врожденное, весьма сомнительно. Напротивъ, во многихъ случаяхъ, подобныя увеличенія вызваны насильственными раздраженіями этихъ частей. Въ нашихъ странахъ, подобныя аномаліи встрѣчаются очень рѣдко, и только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ достигаютъ такихъ размѣровъ, каковы бываютъ, по раз-



скажемъ, у женщинъ жаркаго пояса. Но все таки описаны случаи врожденнаго увеличенія клитора до размѣровъ мужскаго члена.

Но и въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ только съ большою осторожностью можно признать ихъ врожденными, особенно у взрослыхъ. Во всякомъ случаѣ, большую часть увеличеній клитора и малыхъ губъ слѣдуетъ считать приобретенными впоследствии. Огромнаго объема представляются эти части при болѣзненныхъ процессахъ, вызываемыхъ elephantiasis'омъ, отъ котораго врожденные неправильныя образованія существенно отличаются двумя моментами, именно: нормальнымъ свойствомъ ткани, изъ которой они развиваются, и сохраненіемъ нормальной формы; между тѣмъ какъ опухоли elephantiasis'a всегда появляются на гиперпластической почвѣ и измѣняютъ до неузнаваемости первоначальную форму опухшаго органа, черезъ неравномѣрное разрастаніе тканей въ разныхъ мѣстахъ.

§ 6. Къ недостаткамъ развитія и формы, получающимъ свое начало въ послѣднее время утробной или вѣматочной жизни, принадлежатъ: *atresia vulvae* и *atresia pumphantum superficialis*, а также остановка дальнѣйшаго роста половыхъ частей на дѣтской ступени ихъ развитія—*vulva infantilis*.

*Atresia vulvae*, если она не сопровождается одновременно другими недостатками развитія, рассмотрѣнными нами при гермафродитизмѣ, происходитъ вслѣдствіе того, что поверхностный слой на внутренней сторонѣ большихъ срамныхъ губъ, недостаточно отвердываетъ и вслѣдствіе продолжительнаго соприкосновенія этихъ частей, образуется на большемъ или меньшемъ протяженіи слипаніе, которое наконецъ переходитъ въ болѣе или менѣе обширное сращеніе ихъ, имѣющее видъ, значительно удлиненной сверху, промежности. Эту атрезію, въ отличіе отъ атрезіи, появившейся въ эмбриональной жизни, можно назвать *atresia vulvae superficialis*. Такимъ же образомъ происходитъ и сращеніе малыхъ губъ; но въ томъ и другомъ случаѣ атрезія бываетъ обыкновенно не полная. На большихъ губахъ заростаніе простирается лишь нѣсколько выше половины ихъ длины. Сращеніе же малыхъ губъ, только въ исключительныхъ случаяхъ, бываетъ столь велико, что препятствуетъ выходу мочи, и въ такомъ случаѣ необходимо бываетъ сдѣлать омерацию у новорожденныхъ (*Ashwell*). Если эти недостатки не будутъ устранены въ дѣтскомъ возрастѣ, то они могутъ быть впоследствии большою помѣхой для совокупленія; менструаціи же они не задерживаютъ. Кромѣ этихъ атрезій срамной щели, образовавшихся во вторую половину утробной жизни, могутъ встрѣчаться еще очень часто, суживанія *vulvae* въ самой разнообразной степени вслѣдствіе образованія рубцовой ткани—какъ слѣдствіе причинъ. Грубыя механическія поврежденія дѣтородныхъ частей острыми орудіями, при паденіи, *diphtheritis vulvae*, появленіе оспы *in vulva* и т. д. могутъ служить причиной появленія обширныхъ, необыкновенно плотныхъ и грубыхъ рубцовъ, до того уменьшающихъ просвѣтъ *vulvae*, что при родахъ необходимо бываетъ длиннымъ разрѣзомъ ножа образовать пространство, достаточное для прохожденія дѣтской головы. Но нерѣдко суживаніе такъ значительно, что невозможно даже соитіе.

Подъ названіемъ *vulva infantilis* описывается такое состояніе дѣтородныхъ

органовъ, при которомъ всё наружныя части ихъ остаются ненормально малыми, — на дѣтской ступени развитія, между тѣмъ какъ другія части тѣла нормально развились; остояніе это, представляющее мало интереснаго для гинекологіи, можетъ имѣть большое значеніе въ акушерскомъ отношеніи, когда дѣло доходить до извлеченія младенца, которое часто затрудняется, благодаря своеобразности подобнаго рода аномалій.

§ 7. Большинство вышеописанныхъ недостатковъ развитія и формы наружныхъ половыхъ органовъ не сопровождается какими-либо выдающимися симптомами, и жалобами больныхъ обыкновенно обращаютъ на себя вниманіе только въ періодѣ половой зрѣлости, при актѣ совоуупленія или рожденіи; это относится къ описаннымъ формамъ атрезій и *vulva infantilis*. Но уменьшеніе или увеличеніе отдѣльныхъ частей *vulvae* не имѣетъ почти никакого вліянія на функціи женскаго дѣтороднаго аппарата, самое большее вліяніе то, что нѣкоторое увеличеніе, отвисшаго клитора производитъ отклоненіе мочевой струи, вторая, такимъ образомъ, замачиваетъ платье, равнымъ образомъ треніе гипертрофированныхъ частей, усиленное отдѣленіе пота и истекающая моча производятъ болѣзненные изъязвленія кожи (*excoriations*).

Гипертрофированныя части механически, между прочимъ, мѣшаютъ соитію и ослабляютъ сладострастное чувство. Крайне несносныя боли вызываютъ расщепленія мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала, такъ какъ они влекутъ за собою и недержание мочи (*incontinentia urinae*).

Немногія только категоріи неправильностей развитія могутъ быть доступны оперативному леченію, именно: атрезіи, образовавшіяся во вторую половину маточной и также въ періодѣ внѣматочной жизни; нѣкоторыя неправильности въ величинѣ и наконецъ единичные случаи малыхъ щелеобразованій мочеваго пузыря.

При *atresia vulvae superficialis*, слѣпленіе бываетъ столь слабо, что достаточно растянуть срамныя губы пальцами, чтобы возстановить нормальную величину отверстия. Въ случаѣ болѣе плотнаго соединенія, требуется разьеденіе ножомъ. Для этой цѣли вводятъ въ преддверіе жолобоватый зондъ, позади мѣста заростанія, конецъ этого зонда всовываютъ до задней спайки и подавливаніемъ всѣмъ зондомъ напругаютъ мѣсто срощенія и расщепляютъ его по длинѣ зонда ножомъ. При дальнѣйшемъ лѣченіи, для предупрежденія вторичнаго заростанія, вполне достаточно положить кусокъ полотна, смоченный масломъ, въ образовавшуюся отъ расщепленія рану, кровотеченіе здѣсь обыкновенно такъ ничтожно, что не требуетъ никакихъ особенныхъ мѣръ. Если заростаніе было чрезвычайно широкое, то для скорѣйшаго лѣченія и охраненія отъ новаго заростанія, бываетъ очень полезно соединить слизистую оболочку срамныхъ губъ на обѣихъ сторонахъ, швами съ наружной кожей.

При атрезіяхъ, происшедшихъ отъ образовавшихся рубцовъ, требуется медицинская помощь, по большей части, только при рожденіи, когда голова ребенка находится уже у промежности; въ другихъ же случаяхъ она не требуется, развѣ только тогда, когда атрезія препятствуетъ соитію.

Если имѣютъ дѣло съ роженицей, то не слѣдуетъ слишкомъ долго ждать

наступленія при родахъ размягченія неуступчивыхъ рубцовъ. Природа, правда, дѣлаетъ неожиданно очень много въ такихъ случаяхъ, но если долго медлить, то на здоровыхъ, сильно напряженныхъ частяхъ, очень легко можетъ образоваться гангрена, и даже легко можетъ случиться полный разрывъ промежности. И потому слѣдуетъ, по введенному между головой ребенка и стѣнкой влагалища, пальцу, разрѣзать болѣе плотныя части настолько, чтобы могла свободно пройти головка ребенка.

Если имѣютъ дѣло не съ роженицею, то слѣдуетъ дѣлать надрѣзы ножомъ, подобнымъ же образомъ, пока можно будетъ ввести средней величины маточное зеркало.

Затѣмъ эти расширенія, посредствомъ маточнаго зеркала, слѣдуетъ правильно продолжать, черезъ извѣстные промежутки времени, продолжительность которыхъ опредѣляется отдѣльными случаями. Такимъ образомъ, однакожь, нельзя предохранить отъ вторичнаго суживанія и возвращенія атрезій, развѣ только, если разрѣзанныя рубцевыя ткани часто и сильно прижигать ляписомъ *in substantia*.

Гипертрофированныя срамныя губы и гипертрофированный клиторъ срѣзываютъ ножомъ, или гальванокаустической петлей. Мы предпочитаемъ, ради скорѣйшаго заживанія, употреблять ножъ и шовъ. Въ этихъ случаяхъ мало принимается въ вниманіе преимущество операцій посредствомъ гальванокаустики, при которыхъ не бываетъ кровотеченія, такъ какъ удаленіе собственно здоровыхъ, но лишь увеличенныхъ органовъ, обыкновенно не сопровождается слишкомъ значительными кровотечениями,

Операция удаленія увеличеннаго клитора, производится такъ, что производятъ черезъ основаніе клитора два дугообразныхъ разрѣза, затѣмъ разрѣзываютъ поперегъ самое основаніе его, и наконецъ уже накладываютъ шовъ, чѣмъ въ то же время предупреждается кровотеченіе.

Точно такъ же поступаютъ и при удаленіи гипертрофированныхъ губъ.

Операциі имѣющія цѣлью устранить расщепленіе клитора и пузыря, были многократно производимы, но съ малымъ успѣхомъ. Гегаръ и Кальтенбахъ, въ своей «Оперативной Гинекологіи», приводятъ лишь два случая, кончившіеся удачно, именно: операцию Резера и Тестелина (см. выше стр. 10). Резеръ провелъ отъ сосцеобразнаго остатка клитора, дугообразный разрѣзъ вверхъ, отпрепарировалъ образовавшійся такимъ образомъ лоскутъ до устья мочеиспускательнаго канала, разрѣзалъ устье въ косомъ направленіи до ножекъ дугообразнаго разрѣза и нѣсколько отдѣлил край этого горизонтальнаго разрѣза. Затѣмъ онъ отвортилъ лоскутъ и приерѣпилъ его въ обѣимъ сторонамъ устья мочеиспускательнаго канала швомъ. Больная, спустя 14 дней, была уже въ состояніи днемъ удерживать мочу, а послѣ нѣсколькихъ повторенныхъ прижиганій исчезло непроизвольное мочеиспущеніе и ночью. Тестелину удалось, прижиганіемъ ѣдкимъ кали, закрыть каналъ, который шелъ изъ щели мочевого пузыря возлѣ нормальнаго мочеиспускательнаго канала и надъ нимъ.

ГЛАВА П.

Грыжи.



Литература. Bardeleben: Lehrbuch. 4. Aufl. p. 943. Boivin et Duges: Triaté prat. II. A. Cooper; Die Anatomie u. chirurgische Behandlung der Leistenbrüche etc. Breslau 1809. Hager: Die Brüche u. Vorfälle, Wien 1834. Kiwisch: Die Krankheiten d. weibl. Sexualorgane. Bd. II. p. 436. Stoltz: Mémoire über die Hernia vaginolabialis. Gaz. méd. de Strassbourg. 20. Jan. 1845.

§ 8. Есть три мѣста, черезъ которыя могутъ спуститься части кишекъ, въ область наружныхъ дѣтородныхъ частей, именно: чрезъ паховой каналъ, чрезъ перитонеальную складку, находящуюся передъ широкою связкою (*ligamentum latum*) и чрезъ такую же складку позади *ligamentum latum*.

I. Переднія грыжи большой срамной губы—*herniae labii majoris anteriores*—всѣма аналогичны съ грыжами мошонки у мужчинъ, съ тою только разницею, что онѣ встрѣчаются несравненно рѣже. Онѣ появляются почти только у замужнихъ женщинъ и чаще на лѣвой, чѣмъ на правой сторонѣ, преимущественно во время беременности, когда передняя стѣнка живота ослабляется и растягивается; причиной ихъ происхожденія бываютъ грубыя механическія поврежденія и сильное напряженіе брюшной стѣнки. Величина этихъ грыжъ обыкновенно незначительна, но въ исключительныхъ случаяхъ онѣ могутъ до такой степени растянуть большую губу, что послѣдняя опускается почти до самой середины бедра. Признаки этого рода грыжъ, въ общихъ чертахъ, тѣ же, какіе сопровождаютъ грыжи паховыя вообще.

II. Заднія грыжи большой срамной губы—*herniae labii majoris posteriores sive labio-vaginales* происходятъ вслѣдствіе заворота отростка брюшины передъ *ligamentum latum*.

Такого рода грыжи могутъ проложить себѣ путь къ большимъ срамнымъ губамъ лишь въ томъ случаѣ, когда въ тазовой фасціи и въ *m. levator ani* существуетъ щель, черезъ которую проскользаютъ брюшина и прилежащая къ ней часть тонкой кишки. Причина здѣсь, слѣдовательно, таже, что въ упомянутыхъ выше случаяхъ грыжъ; грыжи помѣщаются сбоку, съ одной стороны влагалища и проникаютъ въ соотвѣтствующую большую срамную губу. Такую грыжу Штольцъ видѣлъ у беременной въ 3-й разъ женщины, на шестомъ мѣсяцѣ беременности. Правая большая срамная губа и стѣнка влагалища казались опухшими.

При прижатіи правой стѣнки влагалища къ сѣдалищной кости, опухоль исчезала; но когда переставали надавливать, она опять появлялась, когда заставляли больную кашлять и жидиться или надуться.

Рѣдко случается, чтобы этого рода грыжи достигали большой величины; ущемленія ихъ случались; однако вовсе не прибѣгая къ операци, почти всегда возможно было ихъ выправить.

При грыжѣ промежности, грыжевой мѣшокъ образуется тою частью брюшины, которая выполняетъ Дугласово пространство. Грыжа кончается у

промежности, но до нея можетъ дойти только въ томъ случаѣ, когда, кромѣ трещины въ тазовой фасціи и въ *m. levator ani*, произошло вообще грубое механическое поврежденіе, исключительно обуславливающее появленіе грыжи.

Опухоль отгѣсняетъ задній сводъ влагалища внизу и помѣщается или между влагалищемъ и прямой кишкой, или нѣсколько сбоку влагалища, кончаясь подъ кожей промежности. Кромѣ вышеозначенныхъ общихъ признаковъ грыжъ этого рода, извѣстны еще слѣдующіе: чувство тяжести и подергиванія въ поясничной и бедренной областяхъ; въ единичныхъ случаяхъ, говорятъ, наступали опасныя явленія ущемленія грыжи, которыя однакожъ или сами собою проходили, или устранялись вправленіемъ.

Кромѣ того, при гермафродитизмѣ наблюдали опусканія яичниковъ въ большія губы и ихъ положеніе въ губахъ, соединенныхъ швомъ на подобіе мошонки, подавало поводъ къ смѣшиванію ихъ съ яичками; гдѣ нѣтъ гермафродитизма, грыжи яичниковъ никогда не заходятъ за паховой каналъ.

Маточная грыжа въ правой большой срамной губѣ была замѣчена и описана Барковымъ, въ случаѣ гермафродитизма, нами уже упомянутомъ.

§ 9. Диагнозъ только что названныхъ грыжъ ставится по признакамъ, общимъ для всѣхъ грыжъ вообще: по опаденіи опухоли при лежаніи на спинѣ, когда брюшная стѣнка ослабляется и по возобновленію ея при чрезмѣрныхъ напряженіяхъ брюшной стѣнки, по тимпаническу звуку при постукиваніи и по шуму въ кишкахъ при попыткахъ вправленія.

Для различенія рода грыжи необходимо прослѣдить опухоль до самаго грыжеваго мѣшка. При паховыхъ грыжахъ, изслѣдованіе опухоли отъ губъ до паховаго кольца не представляетъ затрудненій. При губовлагалищной грыжѣ опухоли не бываетъ въ верхней части большихъ губъ, но около влагалища у *os ischii*. По вправленіи представляется иногда возможнымъ открыть щель въ *levator ani*. При грыжахъ промежности можно прослѣдить опухоль отъ промежности, черезъ заднюю стѣнку влагалища, до влагалищнаго свода и, приподнимая послѣдній, уменьшить ее.

Въ отношеніи терапіи опытъ показалъ, что предпринимавшіяся попытки вправленія всегда вѣнчались успѣхомъ. Для продолжительнаго удерживанія губо-влагалищныхъ и промежностныхъ грыжъ могутъ быть примѣняемы, приспособленныя къ тому маточныя пессаріи; для удерживанія паховыхъ грыжъ годятся тѣже средства, что и при подобныхъ грыжахъ у мужчинъ.

### ГЛАВА III.

#### Воспаленіе наружныхъ половыхъ органовъ, *Vulvitis*.

Литература. Huguier: Journ. des connoiss. méd. chir. 1852. Nro. 6—8. Jarjavay: Des accidents qui peuvent survenir à la suite des abcès de la grande lèvre, lorsqu'ils sont maltraités ou abandonnés à eux mêmes. Presse méd. Belge 1868. Nro. 22. Kiwisch: Klin. Vortr. II. p. 435. O. A. Martin et H. Leger: Recherches sur l'anatomie et la pa-

thologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme. Arch. génér. Janv. et Fev. 1862. Verneuil: Gaz. hebd. II. Sér. VII. 13. 1870. Verneuil: Arch. génér. VI. Sér. IV. p. 537. Nov. 1864.

§ 10. Воспаленіе vulvae проявляется либо въ острой, либо въ хронической формѣ и поражаетъ либо слизистую оболочку, либо наружную кожу или же ограничивается желѣзками послѣдней. Воспаленіе Бартолиновыхъ желѣзъ мы опишемъ, когда будетъ рѣчь о болѣзняхъ этихъ органовъ въ частности.

Воспаленіе слизистой оболочки проявляется въ видѣ остраго катарра и характеризуется темною краснотой, возвышенною чувствительностью и припуханіемъ; послѣднее особенно выражено на малыхъ срамныхъ губахъ, на митовидныхъ сосочкахъ (papillulae myrtiformes) и вокругъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала; всѣ эти явленія сопровождаются вначалѣ болѣзни серозно-кровянистымъ, а впослѣдствіи гнойнымъ, похожимъ на сливки отдѣленіемъ.

Если катарръ начинается вдругъ, въ острой формѣ, то его происхожденіе зависитъ исключительно отъ гонорройнаго (триппернаго) зараженія; по онъ можетъ быть вызванъ и другими, хотя болѣе рѣдкими, механическими поврежденіями какъ-то: грубымъ и насильственнымъ половымъ совокупленіемъ, rubbingiemъ, паденіемъ на острые предметы половою щелью. Весьма часты случаи перехода хроническаго катарра въ острый, сопряженный съ катарромъ внутреннихъ половыхъ органовъ или мочевыми свищами; переходъ этотъ можетъ быть слѣдствіемъ раздраженія истекающими жидкостями при нечистоплотномъ содержаніи этихъ частей, а также вслѣдствіе усиленныхъ движеній, каковы: танцы, верховая ѣзда, дальніе переходы, особенно въ жаркое время года. У дѣтей, какъ острый, такъ равно и хроническій катарръ часто обуславливаются золотухой, нечистоплотностью и раздраженіемъ, вызываемымъ мелкими глистами (oxyuris), запалывающими изъ прямой кишки въ половую щель. Воспаленіе наружной кожи очень часто встрѣчается у тучныхъ субъектовъ: треніе наружнаго края большихъ срамныхъ губъ о толстыя ляжки, во время хожденія, раздражаетъ кожу и увеличиваетъ отдѣленіе изъ многочисленныхъ потовыхъ и жировыхъ желѣзъ, которое въ свою очередь размягчаетъ и раздражаетъ кожу и можетъ, такимъ образомъ, если не будетъ соблюдаема крайняя чистоплотность, и не будутъ удалены механическія вліянія, вызвать разныя степени остраго воспаленія кожи (dermatitis). Острое воспаленіе кожи бываетъ еще въ теченіе тифозныхъ заболѣваній и острыхъ сыпей. Въ остальномъ, этиологія этой формы воспаленія ничѣмъ не разнится отъ катарра слизистой оболочки vulvae. Воспаленія подкожной соединительной ткани, какъ фурункулы, такъ и разлитое флегмонозное воспаленіе ея могутъ быть вызваны какъ механическими причинами, такъ и раздраженіемъ кожи бленорройною жидкостью, разлагающеюся мочею при пузырьвлагалищныхъ свищахъ, отдѣленіями съ поверхности равовыхъ язвъ. Нѣкоторые, вскрывающіеся на наружныхъ половыхъ частяхъ, флегмонозные абсцессы однако могутъ имѣть своимъ первоначальнымъ мѣстоприсхожденіемъ глуболежащія въ тазовой полости части; или же исходятъ изъ костей таза, параметрическихъ эксудатовъ (parametritis exsudativa), изъ язвенныхъ процессововъ въ мочевоомъ пузырьѣ и во влагалищѣ. Особенная форма vulvitis, мѣсто-

пребываніемъ которой служитъ та часть большихъ срамныхъ губъ, которая покрыта наружною кожею, описана *Hugnier*'омъ (1. с.) подъ названіемъ *Folliculite vulvaire*; она встрѣчается довольно часто.

Вслѣдствіе нечистоплотности и поверхностнаго эритематознаго воспаленія, случается, что выводные протоки волосныхъ и жировыхъ желѣзокъ, сидящихъ въ огромномъ числѣ на наружной сторонѣ и на краю большихъ срамныхъ губъ, засоряются, вслѣдствіе чего эти желѣзки разбухаютъ; скопившаяся въ нихъ жидкость сгущается и образуются угри (*Comedones*).

Если вредныя вліянія продолжаютъ существовать, то жировыя желѣзки и ихъ окружность воспаляются и образуются частью гнойнички *acne*, частью же нарывы большаго размѣра, иногда величиною съ вишню. По наблюденіямъ *Вернейля* (1. с.), изъ потовыхъ желѣзокъ могутъ также образоваться обширные нарывы кожи, мѣстопребываніемъ которыхъ могутъ быть не только большія срамныя губы, но и промежность, задняя спайка губъ и складка, образуемая сѣдалищною и бедренными мышцами.

Заболѣваніе волосныхъ и жировыхъ желѣзокъ вызываетъ вскорѣ весьма тягостное ощущеніе зуда въ наружныхъ половыхъ частяхъ, понуждающее больныхъ къ постоянному тренію и чесанію этихъ частей, вслѣдствіе чего образуется припухлость ихъ; закупорившіяся желѣзки значительно выдаются въ видѣ буторковъ, а изъ оставшихся еще открытыми бываетъ усиленное отдѣленіе влаги; въ первомъ случаѣ желѣзки нерѣдко образуютъ довольно большіе абсцессы, а во второмъ обильное отдѣленіе желѣзокъ способствуетъ образованію толстой коры. Обыкновенно значительное количество гнойничковъ подсыхаютъ, и на мѣстѣ ихъ образуется рубцовая ткань и болѣзнь оканчивается.

Само собою разумѣется, что подъ вліяніемъ тѣхъ же этиологическихъ условій, болѣзнь можетъ рецидивировать и составляетъ въ такомъ случаѣ, особенно во время беременности, мучительное страданіе.

§ 11. Диагнозъ воспаленія *vulvae* (*vulvitis*) обыкновенно не представляетъ никакого затрудненія; отличительные признаки катарра *vulvae* суть: краснота и припухлость, ссадины (*erosiones*) слизистой оболочки и обильное отдѣленіе послѣдней (*secretio*). Чтобы выяснитъ причины болѣзни, необходимо прибѣгнуть къ изслѣдованію посредствомъ маточнаго зеркала. Трудно не распознать эритему и рожу или смѣшать ихъ съ другими болѣзненными состояніями. Воспаленіе мѣшечковъ слизистой оболочки (*folliculitis*), въ началѣ его развитія можно легко смѣшать съ лишаемъ (*herpes*) или съ экземой; а образующіеся потомъ абсцессы, изъясненія—съ эитимомъ и сифилисомъ.

Чтобы отличить *folliculitis* отъ первыхъ двухъ болѣзненныхъ формъ, необходимо имѣть въ виду слѣдующее: *herpes* и экзема начинаются образованіемъ пузырьковъ, наполненныхъ жидкостью, вначалѣ свѣтлюю, впоследствии она становится мутною и наконецъ гнойвидною; между тѣмъ какъ при *folliculitis* вначалѣ появляются маленькіе узелки, въ центрѣ которыхъ проходитъ волосъ. Этимъ распознается по поверхностному положенію гноящейся поверхности кожи; между тѣмъ какъ фолликулярная язва развивается гораздо глубже, въ толщѣ кожи. И та и другая форма могутъ встрѣчаться одновременно на *vulva*; вслѣдствіе тренія и частаго расчесыванія, покрытой корою кожи обра-

зуются гнойнички эктимы. Сифилитическая язва отличается от фолликулярной тѣмъ, что первая всегда имѣетъ своимъ мѣстопребываніемъ слизистую оболочку входа во влагалище, ладьевидное углубленіе (*fossa navicularis*) или же малыя срамныя губы, въ то время какъ фолликулярное изъясвленіе представляется въ видѣ неправильно разбѣянныхъ язвочекъ и занимаетъ всегда поверхностный слой кожи.

Наконецъ для дифференціального діагноза *folliculitis*, необходимо имѣть въ виду характеръ нагноенія, свойство краевъ язвъ и наконецъ ходъ болѣзни, съ самаго начала ея и до конца.

§ 12. Обыкновенно *vulvitis*, будетъ ли то острая или хроническая форма, причиняетъ болѣзненные и мучительныя страданія, не угрожающія однако опасностью жизни; только рожистыя воспаленія, развившіяся въ теченіи острыхъ сыпей или тифа, нерѣдко влекущія за собою омертвеніе, составляютъ опасное осложненіе этихъ болѣзней; не менѣе опасны флегмонозныя воспаленія, переходящія нерѣдко въ глубокіе абсцессы, чему примѣромъ можетъ послужить случай, описанный Вернейлемъ. Онъ вскрылъ, у одной беременной, большой нарывъ на правой срамной губѣ, при этомъ послѣдовало обильное венозное кровотеченіе; полость абсцесса была выполнена корпійными шариками и, чтобы ускорить закрытіе ея, впоследствии сдѣланы были впрыскиванія іодійной настойки; больная выкинула; 16 дней спустя, послѣ вскрытія нарыва, послѣдовала смерть. Посмертное вскрытіе показало, что воспаленіе перешло изъ полости абсцесса на брюшину; въ маломъ тазу и въ подвздошной яминѣ (*fossa iliaca*) найдено много гноя; правый яичникъ также перешелъ въ нагноеніе.

§ 13. При леченіи воспаленій *vulvae* прежде всего должно позаботиться о соблюденіи крайней чистоты, сухости и избѣгать тренія больныхъ частей; кромѣ того, въ острыхъ формахъ, необходимо соблюдать покойное, горизонтальное положеніе. Въ остромъ катаррѣ полезны теплыя, сидячія ванны, примочки изъ тепловатой свинцовой воды; въ хронической формѣ— компрессы изъ *aq. phagedaenica nigra*; смазываніе посредствомъ ваточки растворомъ азотно-серебра, вкладываніе кусочковъ ветоши, смазанныхъ свинцовой или цинковой мазью; если же изъясвленія уже развились, то ихъ прижигаютъ ляписомъ въ кускѣ. При гонорройномъ катаррѣ эти средства иногда оказываются недостаточными: отдѣленіе продолжается и нерѣдко бываетъ ухудшеніе и рецидивъ. Въ такомъ случаѣ является подозрѣніе, что катаррѣ перешелъ на выводящій протокъ Бартолиновой желѣзы или скрытъ въ углубленіяхъ слизистой оболочки *vulvae*. Это узнается по красному, воспаленному кружку, появляющемуся вокругъ названныхъ углубленій, которыхъ насчитываютъ отъ 15—20, и вокругъ выводящихъ протоковъ Бартолиновой желѣзы. При леченіи послѣднихъ, нужно проникнуть глубоко въ пораженныя впадины слизистой оболочки, тонкозаостренною палочкою ляписа. При эритемѣ *vulvae*, главное, должно соблюдать чистоту, сухо содержать больныя части. При *folliculitis vulvae* начинаютъ съ того, что сажаютъ больную въ теплую ванну, затѣмъ прикладываютъ на больныя части теплыя припары до излеченія. Точно также поступаютъ и при *phlegmone vulvae*, а если дѣло доходитъ до образованія абсцесса, то его должно заблаговременно вскрыть и тѣмъ способствовать скорѣйшему истеченію большого количества гноя.



## ГЛАВА IV.

## Отекъ и гангрена vulvae.

**Литература.** Kinder Wood: Vol. VII. of the med. chirurg. Transact. Kiwisch: Klin Vortr. Bd. II. Scanzoni: Lehrb. der Krankh. d. weibl. Sexualorgane.

§ 14. Острый отекъ наружныхъ половыхъ органовъ встрѣчается чаще всего въ послѣродовомъ періодѣ, и весьма рѣдко внѣ этого состоянія. Три момента благопріятствуютъ развитію этого болѣзненнаго состоянія въ послѣродовомъ періодѣ: во первыхъ, прижатіе мягкихъ частей, окружающихъ входъ влагалища (introitus); здѣсь отекъ является тотчасъ послѣ родовъ, и быстро увеличивается въ первые 24 часа; но при употребленіи цѣлесообразныхъ средствъ постепенно уменьшается и также скоро окончательно проходитъ; во вторыхъ, отъ зараженія изъязвленной поверхности входа влагалища; въ такомъ случаѣ отекъ развивается только въ теченіе первыхъ 3—4 дней и, увеличиваясь медленно, но постоянно, сопровождается другими общими болѣзненными явленіями; наконецъ въ третьихъ, когда въ толщѣ той или другой части влагалищной стѣнки или въ ея сосѣдствѣ образуется абсцессъ, который, опускаясь постепенно, давитъ на сосуды vulvae и тѣмъ обусловливаетъ образованіе отека. Въ этомъ случаѣ, усиливающееся общее лихорадочное состояніе обращаетъ вниманіе и на самую болѣзнь.

Острые отеки бывають также во время беременности, но они рѣже случаются вслѣдствіе изъязвленій при катаррѣ влагалища; въ такомъ случаѣ отекомъ преимущественно поражаются малыя срамныя губы и въ весьма незначительной степени—большія губы.

Отекъ внѣ беременности и послѣродоваго состоянія бываетъ въ весьма незначительной степени и поражаетъ обыкновенно одну только сторону, а именно малую губу; отекъ въ этомъ случаѣ обусловливается существованіемъ чирьевъ, ссадинъ (erosiones), изъязвленій, гонорреи, сифилиса и рака.

Хроническій отекъ невоспалительнаго характера зависитъ отъ прижатія или закупориванія (thrombosis) сосудовъ въ области малаго таза, или же отекъ этотъ есть частное проявленіе общей водянки (hydrops), зависящей отъ гидреміи, брайтовой болѣзни почекъ, болѣзни сердца и легкихъ. Поэтому этотъ видъ отека особенно часто встрѣчается во время беременности. Отъ какой бы причины не произошелъ отекъ половыхъ частей, онъ именно въ этихъ частяхъ можетъ достигнуть такихъ значительныхъ размѣровъ, что препятствуетъ не только хожденію и сидѣнію, но иногда не позволяетъ складывать вмѣстѣ ноги; при этомъ нерѣдко кожа до того растягивается и напрягается, подкожная соединительная ткань такъ сильно сдавливается, что та и другая поражаются омертвеніемъ и изъязвленіемъ. Вслѣдъ за этимъ, накопившаяся интерстиціальная жидкость изливается наружу и тѣмъ облегчаетъ страданія больной; облегченіе это однакоже продолжается не долго; часто вслѣдъ за гангреною развивается разрушеніе значительной части губы и гнойное зараженіе (pyaemia).

Гангрена наружныхъ дѣтородныхъ органовъ встрѣчается чаще всего въ послѣродовомъ состояніи и есть слѣдствіе трудныхъ родовъ: когда дѣтская головка долго задерживается у выхода таза и давить на мягкія части, во время прохожденія чрезъ узкую половую щель. Гангреною поражаются нерѣдко края наложеннаго на промежность шва, когда послѣдній былъ наложенъ на промежность, потерпѣвшую до того сильное и продолжительное давленіе, или когда шовъ былъ наложенъ слишкомъ рано или чрезъ чуръ туго. Гангрена можетъ также развиться вслѣдствіе сильнаго остраго отека и тромба сосудовъ влагалища.

За исключеніемъ рѣдкихъ, несчастныхъ случаевъ грубаго, механическаго поврежденія, гангрена vulvae встрѣчается только при общемъ страданіи крови. Vulvitis, развивающаяся въ теченіи тифа, кори, скарлатины и оспы, имѣетъ склонность переходить въ омертвленіе. У дѣтей, независимо отъ упомянутыхъ выше болѣзней крови, встрѣчается произвольная гангрена, вслѣдствіе неблагоприятныхъ, индивидуальныхъ условій, обусловливаемыхъ, — золотушно—малокровнымъ состояніемъ крови, или же подъ вліяніемъ эндемическихъ и эпидемическихъ условій. Этотъ видъ гангрены, по сходству своего теченія съ гангреною слизистой оболочки рта у дѣтей, также называется *Noma vulvae*. Въ большинствѣ случаевъ это страданіе начинается медленно, почти незамѣтно и потому часто вначалѣ не обращаетъ на себя вниманія. Въ началѣ болѣзни замѣчается припухлость блѣдно-розоваго цвѣта, переходящій вскорѣ въ сѣрый; сосѣднія части яркоредаго цвѣта; больная не ощущаетъ почти никакой боли, а скорѣе неприятный зудъ. Вскорѣ инфильтрація пораженныхъ частей увеличивается, переходитъ въ нагноеніе и вскрывается наружу. Разрушеніе быстро проникаетъ въ глубь, до костей. Въ другихъ случаяхъ, съ самаго начала образуются пузырьки съ сѣроватымъ, жидкимъ содержимымъ, которое изливается наружу изъ лопающихся пузырьковъ, оставляя такимъ образомъ гангренозную язву. Въ томъ и другомъ случаѣ обыкновенный исходъ — смерть отъ гнойнаго зараженія крови.

Фагаденическія (сифлитическія) язвы, наблюдаемыя у проституттокъ на срамныхъ губахъ, въ пахахъ, на ляжкахъ, достигаютъ нерѣдко значительныхъ размѣровъ; онѣ не проникаютъ очень глубоко въ ткань. Секундарная гангрена иногда развивается во время послѣродовой горячки. Ритгенъ видѣлъ подобный случай, гдѣ гангрена разрушила большія и малыя срамныя губы и клиторъ. При леченіи какъ остраго, такъ равно и хроническаго отека должно прежде всего, имѣть въ виду причину болѣзни.

Для успѣшнаго леченія остраго отека, какъ въ послѣродовомъ состояніи, такъ и внѣ его, должно прежде всего отыскивать, нѣтъ ли гдѣ нибудь раночекъ и стараться излечить ихъ соответственными средствами. Отекшія части перерываютъ компрессами, смоченными въ тепловатой свинцовой водѣ.

При леченіи отека у беременныхъ, если онъ зависитъ только отъ прижатія сосудовъ переполненною маткою, должно стараться уменьшить это давленіе или, покрайней мѣрѣ, освободить сосуды отъ этого давленія въ теченіи нѣсколькихъ часовъ въ день.

Перваго удастся отчасти достигнуть, особенно у женщинъ съ отвисшимъ животомъ, наложеніемъ цѣлесообразно приспособленнаго бандажа; а для

достиженія второго, женщинѣ совѣтуютъ— по нѣсколько часовъ въ день—оставаться въ горизонтальномъ, покойномъ положеніи; нѣкоторую пользу оказываютъ легкія, слабительныя, даваемые отъ времени до времени. Если же, не смотря на эти средства, отеки части становятся все болѣе и болѣе напряженными, кожа сильно краснѣетъ, трескается или уже угрожаетъ развитіе гангрены, то, не медля, слѣдуетъ дѣлать нѣсколько проволочъ узкимъ ланцетомъ; при этомъ для прокола должно выбирать самыя низлеолежащія части отекишихъ губъ. По истеченіи довольно большаго количества свѣтлой, сывороточной жидкости, больная ощущаетъ значительное облегченіе. До тѣхъ поръ пока уколы не закроются, пациентка должна оставаться въ лежачемъ положеніи и заботиться о крайне чистомъ содержаніи половыхъ частей, въ противномъ случаѣ легко можетъ образоваться рожа. Не должно также очень скоро и часто повторять эти уколы, ибо опытъ показалъ, что они нерѣдко вызываютъ преждевременные роды.

## ГЛАВА V.

### Сыпные процессы Vulvae.

**Литература.** Behrend: Jahrb. f. Kinderkrankh., 1848. Ebert: Deutsche Klinik 1856. Nro. 11. Hebra: Acute Exantheme u. Hautkrankheiten. Erlangen 1860. p. 250 u. 407. Kiwisch: Klin. Vortr. Bd. II. p. 471. Klebs: Handb. d. path. Anat. 5. Lief. Geschlechtsorg. II. p. 978. Klob: Path. Anat. d. weibl. Sexualorgane. Kühn: Die blennorrh. Krankheiten. Leipzig 1863. p. 329. u. f. Legendre: Arch. génér. Août. 1853.

#### 1) Рожа.

§ 15. Erysipelas vulvae часто встрѣчается у дѣтей; у новорожденныхъ рожа почти исключительно обязана своимъ происхожденіемъ зараженію, перешедшему или съ неподжившей еще пуповины, или перенесенному съ половыхъ органовъ матери; въ первомъ случаѣ рожа обыкновенно оканчивается смертью—отъ септического воспаленія брюшины (peritonitis septica), а во второмъ исходъ также нерѣдко бываетъ несчастный, вслѣдствіе септикеміи (septicaemia).

Рожа въ дѣтскомъ возрастѣ поражаетъ дѣтей, преимущественно плохо питаемыхъ, золотушныхъ и содержащихъ нечистоплотно. Источникомъ болѣзни въ такомъ случаѣ, служитъ какая нибудь ссадина (erosio) на той ли другой части входа влагалища, пораженного катарромъ. Рожа наружныхъ половыхъ органовъ можетъ иногда появиться у дѣвушекъ, въ возрастѣ половой зрѣлости и позже, во время менструацій и сопровождается тогда нестерпимымъ чувствомъ жжения и даже боли въ наружныхъ частяхъ, а также гастрическими припадками и лихорадочнымъ состояніемъ. Такая рожа скрывается вслѣдъ за прекращеніемъ регулъ, но можетъ снова появиться съ наступленіемъ слѣдующаго періода менструаціи. Нерѣдко случается наблюдать рожистыя

воспаленія у женщинъ немолодыхъ, особенно тучныхъ, страдающихъ обонрѣлостью (*intertrigo*), острыми разѣдающими бѣлями, мочевыми свищами; но рожи у такихъ женщинъ, большею частью, не представляютъ большой важности, такъ какъ онѣ почти никогда не сопровождаются общими болѣзненными явлениями и, при соблюденіи покоя и опрятности, очень скоро проходятъ.

Лечение здѣсь тоже, что при рожѣ вообще.

## 2) Екзема.

§ 16. *Eczema vulvae* проявляется какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ.

Острая экзема отличается тѣмъ, что она, почти безъ исключенія, весьма быстро появляется и уже въ нѣсколько часовъ представляетъ полную картину своего развитія. Она появляется первоначально на кожѣ большихъ срамныхъ губъ, преимущественно на наружной ихъ сторонѣ и на венеринѣ возвышеніи (*mons veneris*); вначалѣ больная ощущаетъ жжение, вскорѣ послѣ этого показывается краснота и припухлость губъ. Затѣмъ образуются многочисленные пузырьки, которые однако не долго остаются, а скоро лопаются, оставляя послѣ себя мохнущую, язвенную поверхность. Уже въ первые дни болѣзни обнаруживаются лихорадочное состояніе и гастрическіе припадки. На 3 или 5 день, болѣзненность, краснота и припухлость кожи, обыкновенно, уменьшаются, а отдѣляющаяся на поверхности жидкость подсыхаетъ, образуя кору. Послѣднее не менѣе мучительно для больной, ибо, сопровождаясь невыносимо тягостнымъ ощущеніемъ зуда, понуждаетъ ее къ постоянному чесанію и тренію больныхъ частей. При соблюденіи покоя и употребленіи соответствующихъ средствъ, болѣзнь обыкновенно проходитъ въ 8—14 дней. Случается однакоже, что заживленіе замедляется или отъ недостатка осторожности, отъ постоянного чесанія и тренія одеждою или же наконецъ, вслѣдствіе постоянного истеченія застарѣлыхъ, катаральныхъ отдѣленій, поддерживается раздраженіе кожи, и экзема изъ острой дѣлается хроническою.

Вообще говоря, *eczema vulvae* составляетъ довольно рѣдкую болѣзнь и далеко не такъ часто встрѣчается, какъ на мужскихъ половыхъ органахъ. Мы наблюдали эту болѣзнь только у беременныхъ.

Въ діагностическомъ отношеніи болѣзнь эта не представляетъ никакихъ затрудненій; присутствіе многочисленныхъ, свѣтлыхъ, водянистою жидкостью наполненныхъ пузырьковъ на воспаленной, припухшей кожѣ—достаточно, чтобъ распознать ее.

Только переходъ болѣзни въ хроническое состояніе допускаетъ не совсѣмъ благоприятное предсказаніе; ибо въ этомъ случаѣ нестерпимый, постоянный зудъ лишаетъ больныхъ необходимаго сна, и продолжающееся, нерѣдко весьма обильное отдѣленіе серозной жидкости начинаетъ вредно вліять на общее состояніе здоровья, нарушая правильное питаніе. Кромѣ того весьма часто хроническая экзема *vulvae* принимаетъ большіе размѣры, распространяется вверхъ, чрезъ *mons Veneris*, и переходитъ на кожу живота, а внизу, чрезъ паховую область—на кожу бедра.

Гораздо рѣже экзема переходитъ на слизистую оболочку; тѣмъ не менѣе,

въ случаяхъ запущенныхъ, застарѣлыхъ, эзема можетъ также перейти и на стѣнки влагалища. Въ такомъ случаѣ появляются обильныя гнойныя истеченія; малыя срамныя губы припухаютъ, становятся очень болѣзненными и въ такомъ случаѣ, если упустить изъ виду начало и теченіе болѣзни, очень легко ошибиться и предположить существованіе гонорреи.

Лечение острой эземы состоитъ, въ началѣ болѣзни, въ употребленіи теплыхъ припароѣвъ изъ муки льняныхъ сѣмянъ, которыя б. ч. очень скоро успокоиваютъ жгучую боль и уменьшаютъ сильное напряженіе кожи. Когда удалось уничтожить красноту, уменьшить напряженіе кожи и успокоить боль, то хорошо посыпать больныя мѣста порошкомъ изъ 2 частей Flg. Zinci и 40 ч. крахмала. Когда отдѣленіе серозной влаги прекратилось и поверхность покрылась коркою, тогда достаточно смазать больныя части ртутною мазью: Ung. Hydragr. graecip. albi 1: 10 чч.

Во все время болѣзни, до полного ея излеченія, больныя должны соблюдать, по возможности, горизонтальное положеніе, не должно дозволить имъ расчесывать больныя мѣста и, если зудъ невыносимъ и очень беспокоитъ больныхъ, лишая ихъ по ночамъ сна, то хорошо давать больнымъ какое нибудь снотворное средство.

Лечение хронической эземы начинаютъ съ того, что стараются размягчить и удалить кору. Въ очень застарѣлыхъ случаяхъ хорошо употреблять примочки изъ раствора ѣдкаго кали (1: 300) на всю пораженную поверхность кожи; смотря по степени боли, производимой этой примочкою, ее оставляютъ отъ полчаса до часу; послѣ этого прикладываютъ упомянутую выше ртутную мазь. Въ застарѣлыхъ случаяхъ, совѣтуютъ также, употреблять дегтярное мыло.

### 3) Herpes vulvae.

§ 17. Herpes, какъ извѣстно, характеризуется тѣмъ, что онъ появляется въ видѣ свѣтлыхъ пузырьковъ, расположенныхъ группами на красномъ, но не воспаленномъ фонѣ, не припухшемъ, какъ мы это видимъ при эземѣ. Такихъ группъ можетъ появляться нѣсколько, иногда же только одна. Мѣстопребываніемъ этихъ группъ служатъ: большія срамныя губы, mons Veneris, рѣдко малыя губы. Иногда, прежде чѣмъ выступаютъ пузырьки, имъ предшествуетъ ощущеніе болѣзненнаго жженія въ кожѣ. Пузырьки, просуществовавъ только нѣсколько дней, подсыхаютъ и образуютъ кору, по спаденіи которой обнаженная кожа оказывается красноватою; но если больныя расчесываютъ пузырьки, то на ихъ мѣстахъ образуются экскорированныя мѣста или слои размокшихъ, бѣлыхъ чешуекъ кожицы, очень похожихъ на изъясненія и легко могутъ подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ специфическою язвою. Но и тутъ, тщательное изслѣдованіе начала развитія и теченія болѣзни даетъ возможность избѣгнуть ошибокъ.

Для леченія herpes vulvae необходимо только соблюдать покой и устранять механическія тренія; употребленіе всякихъ другихъ лекарственныхъ средствъ, въ особенности раздражающихъ примочекъ и мазей, а также ѣдкихъ веществъ, — можетъ только ухудшить болѣзнь.

4) Prurigo vulvae.

§ 18. Узелки, образующіеся при prurigo (Prurigo—Knötchen) имѣютъ свое мѣстопребываніе въ папиллярномъ слоеѣ кожи и состоятъ, по Клебсу (i. e.), въ расширеніи лимфатическихъ сосудовъ разбухшихъ сосочковъ ея, которые вызываютъ раздраженіе чувствительныхъ нервныхъ концовъ. — Клобъ наблюдалъ на кожѣ, внутренней поверхности большихъ и малыхъ срамныхъ губъ, просовидныя возвышенія, похожія на то, что называется гусиною кожею (cutis anserina); эти возвышенія увеличивались до величины въ горошину, имѣли въ центрѣ бѣлую точку, которая не содержитъ гноя и не похожа на таку называемый comedo, съ которымъ описываемая болѣзнь не имѣетъ ничего общаго. Узелки эти напоминаютъ нѣсколько подкожныя комедилломы, тѣмъ не менѣе они не имѣютъ никакого отношенія къ сифилису. Узелки эти появляются большею частью только у старухъ, вызывая у нихъ невыносимый зудъ.

Chambon de Montaux описалъ эти узелки подъ названіемъ prurigo senilis; а Bayer, Буавенъ и Дюже—pruritus genitalium. Клобъ утверждаетъ, что ему удалось изслѣдовать одинъ такой случай и онъ нашелъ въ разрѣзахъ, что главные составные элементы такого узелка—обильное разрастаніе зернъ, подобно образованію бугорка; онъ сомнѣвается въ существованіи какой либо связи между этими образованіями и жировыми желѣзками.

Хорошее описаніе этой рѣдкой болѣзни далъ намъ Kühn (i. e.), который также сравниваетъ ее съ подкожными комедилломами, но совершенно различаетъ ихъ между собою. По его описанію, болѣзнь эта состоитъ изъ маленькихъ, отдѣльныхъ опухолей, величиною съ чечевицу до горошины, блѣдно-красноватаго цвѣта, съ центральной, величиною въ булавочную головку, темною, вдавленною точкою. Эти маленькія опухоли представляются твердыми, сидятъ плотно въ кожѣ и не измѣняются отъ легкаго прижатія; при болѣе сильномъ давленіи или при вскрытіи узелка ножомъ, изъ него выступаетъ содержимое, «въ видѣ цѣльнаго красноватаго, желѣзистаго комочка, который обыкновенно крѣпко сидитъ въ глубинѣ кожи». Болѣзнь очень скоро излечивается и не рецидивируетъ, если удалось выдавить всю опухоль.

5) Diphtheritis vulvae.

§ 19. Дифтеритъ мягкихъ частей, окружающихъ входъ влагалища, встрѣчается преимущественно въ послѣродовомъ состояніи. Кромѣ того его довольно часто наблюдали или какъ самостоятельную болѣзнь или, у дѣтей, какъ осложненіе эпидемическаго дифтерита зѣва. «Дифтеритическая гангрена,» начинается, по Клебсу, «образованіемъ перепонки, плотно пристающей къ поверхности, глубокіе слои этой перепонки обыкновенно состоятъ изъ волокнистаго вещества, а наружная, свободная поверхность ея покрыта, вертикальными возвышенными пузырьками, (Luft-Mysel), такъ называемаго Microsporon diphther. Омертвѣніе слизистой оболочки наступаетъ гораздо позже, вслѣдствіе инфильтраціи влѣточекъ и большею частью всегда ограничивается поверхностными слоями слизистой оболочки.»

## ГЛАВА VI.

### Lupus Vulvae.

**Литература.** Bernutz: Arch. d. Tocologie. 1. 1874. Grégny: Bull. de Therap LXXXIX, p. 271. Sept. 30. 1875. M. Duncan: Edinbg. med. Journ. Dec. 1862. C. Friedländer: Untersuch. über d. Lupus. Virch. Arch. LX. 1. p. 15—33. 1874. Guibourt: L'union médic. 1847. Nro. 46 u. 51. Guillaumet: Journ. de Therap. II, p. 97. Fév. 10. 1875. Van Holsenbeck: Du Rôle de l'Electricité dans le traitement des Loupes. Annales de l'Electricité méd. Mars 1863. Huguier: Mém. de l'academ. de méd. 1849. T. 14. C. Hüter: Deutsche Zeitsch. für Chirur. IV. 5. 6. p. 508. 1874. Lorent: Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 18. p. 350. 1861. Martin: Fall von geheiltem Lupus exulcerans vulvae. Ebendasselbst p. 348, West: Lehrb. d. Frauenkrankh. 1870. p. 322. f.

§ 20. Тридцать лѣтъ тому назадъ, Гибуръ и Гюгю впервые описали хроническую форму язвеннаго процесса на кожѣ наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, подъ названіемъ *Esthymène*, или *Herpes exedens*, или *lupus vulvae*. Болѣзнь эта, по своему внѣшнему проявленію, имѣетъ большее или меньшее сходство то съ обширными сифилитическими язвами, то съ карциномою, а въ нѣкоторыхъ формахъ—съ *elephantiasis* омъ.

Повидимому болѣзнь эта встрѣчается весьма рѣдко, судя потому, что въ учебникахъ Кивиша, Сванцони, Вайта и др. упоминается только о двухъ случаяхъ этой болѣзни. Вышеназванныя сочиненія, кромѣ краткихъ казуистическихъ сообщеній Мартина, Лорента и М. Дункана и кромѣ статьи въ учебникѣ Веста, — предметомъ которой послужили 9 случаевъ Huguier'a и 5 собственныхъ, — мы болѣе не имѣемъ никакихъ новѣйшихъ наблюденій или описаній этой болѣзни.

*Lupus vulvae* проявляется чаще всего въ видѣ язвы неправильнаго очертанія, съ довольно гладкою, равномерно покрытою эпителиемъ, поверхностью, и краями, косо обрѣзанными, которые нерѣдко отстаютъ отъ поверхности язвы; почва, на которой сидитъ язва, отвердѣвшая на большомъ протяженіи и на значительной глубинѣ. Дотрогиваніе до язвы, сравнительно, мало чувствительно; она не кровоточитъ и поверхность ея отдѣляетъ серозную жидкость, не имѣющая ни гнойнаго, ни гниlostного характера, и стекающая свободно съ поверхности язвы, не образуя коры.

Смотря потому, началась ли язва первоначально на большихъ срамныхъ губахъ, или на *mons Veneris*, или на малыхъ губахъ, въ окружности мочеиспускательнаго канала и клитора, и ходъ болѣзни будетъ различный: когда болѣзнь первоначально развилась на большихъ срамныхъ губахъ, въ такомъ случаѣ язва характеризуется быстрымъ разростаніемъ ткани, отвердѣніемъ и гиперплазіею основанія опухоли, образованіемъ большихъ, толстыхъ бугорковъ, между которыми часто образуются трещины, проникающія въ глубь опухоли и отдѣляющія серозно-кровянистую жидкость; въ глубинѣ и на краяхъ трещинъ развиваются папиллярные, кондиломообразные наросты; изъязвленіе же распространяется весьма медленно и поверхностно. Эта форма *lupus'a*, описана подъ названіемъ гипертрофическаго — *lupus hypertrophicus*. Въ томъ случаѣ, когда болѣзнь начинается съ слизистой оболочки *vulvae*, т. е. съ

малых срамных губъ и др. частей, тогда язвы обнаруживаютъ наклонность расширяться болѣе въ глубину, и быстро разрушать мягкую, уступчивую ткань, лежащую непосредственно подъ слизистой оболочкою. Этотъ видъ называется прободающимъ—*lupus perforans*. Если же болѣзнь первоначально развивается на *mons Veneris*, то язва распространяется болѣе по поверхности и при томъ въ одномъ, опредѣленномъ направленіи, между тѣмъ какъ въ другомъ, противоположномъ направленіи, язва показываетъ наклонность къ цикатризаціи, заживленію, такъ что иногда все предверіе представляется окруженнымъ язвою неправильнаго очертанія, частью свѣжею, частью уже полуподжившею, покрытою рубцомъ,—этотъ видъ *lupus*'а называется ползучимъ—*lupus serpiginosus*. Въ послѣднемъ случаѣ образованіе рубца сопровождается звѣздообразнымъ суживаніемъ основанія язвы, съ краевъ къ центру, слѣдствіемъ чего можетъ быть значительное суживаніе входа въ маточный рукавъ.

§ 21. *Lupus* наблюдаемъ былъ до сихъ поръ только у взрослыхъ, а именно, по собраннымъ Вестомъ 14 случаямъ, онъ чаще всего встрѣчался между 20—30 годами. Первоначальныя причины болѣзни намъ неизвѣстны: въ однихъ случаяхъ причиною можно считать сифилисъ, въ другихъ—золотуху. Трудно отыскать какую либо причинную связь между этою болѣзью и беременностью и послѣродовымъ состояніемъ. Въ обоихъ случаяхъ, описанныхъ Мартиномъ (I. c.), изъ воихъ одинъ находился въ его пользованіи, а другой заимствованъ имъ у *Logent*'а, менструація скрылась за долго до появленія *lupus*'а; но какъ только язва была излечена—регулы снова стали появляться правильно.

Имѣя въ виду эсквизитную злокачественность этой болѣзни, припадки, сопровождающіе ее, сравнительно ничтожны: нѣтъ сильной боли, ни обильныхъ отдѣленій, ни кровотеченія. Замѣчаются одни только механическія неудобства: неловкость при ходьбѣ, или механическое препятствіе при половомъ совокупленіи, особенно при *lupus hypertrophicus*, когда, попричинѣ образовавшихся лучеобразныхъ рубцовъ, входъ во влагалище значительно суживается. Теченіе болѣзни очень медленное; она часто тянется отъ 5—10 лѣтъ. Даже высшая степень болѣзни мало оказываетъ вліянія на общее состояніе организма. Но въ концѣ концовъ, больныя все таки погибаютъ отъ этой болѣзни. Этотъ гибельный исходъ однако не зависитъ, какъ при канкроидѣ, отъ инфильтраціи лимфатическихъ желѣзъ, которой не бываетъ вовсе при *lupus*, или же она появляется гораздо позже; ни вслѣдствіе хронической піеміи. Смерть наступаетъ не отъ послѣдовательныхъ отложеній, какъ при карциномѣ, но оттого, что болѣзненный процессъ переходитъ на прямую кишку, которая вслѣдствіе этого претерпѣваетъ значительное суженіе, или болѣзнь переходитъ на брюшину, и вызываетъ смертельный перитонитъ.

§ 22. При опредѣленіи дифференціального діагноза весьма важное значеніе имѣютъ: свойство почвы, крайъ язвы, отдѣленія, а также и то, протекаетъ ли болѣзнь медленно и происхожденіе *lupus*'а изъ плоской язвы.

Этими отличительными свойствами, *lupus* отличается отъ сифилиса, канкроида, карциномы и отъ *elephantiasis*'а. Сифилитическія язвы большею частью



занимаютъ, болѣе ограниченныя части кожи; но затвердѣнія вовсе нѣтъ или оно занимаетъ только ближайшія, окружающія язву части.

Края шанкерныхъ язвъ представляются обрывистыми, мѣдно-краснаго цвѣта и съ болѣе или менѣе обильнымъ, гноевиднымъ отдѣленіемъ, способнымъ подсыхать и образовывать кору. Язва *lupus'a*, напротивъ того, сопровождается очень обширнымъ затвердѣніемъ; края ея скошенные, поверхность ея отдѣляетъ меньшее количество серозной жидкости, которая не пристаетъ къ поверхности язвы, а стекаетъ легко, не образуя коры. Гораздо труднѣе различать язву *lupus'a* отъ фагеденической, застарѣлой формы конституціональнаго сифилиса. Но и здѣсь критеріумомъ можетъ служить то, что сифилитическая язва первоначально, поражаетъ окружающія *vulvam* части, паховыя сгибы и промежность, и только постепенно переходитъ на *vulvam*, между тѣмъ какъ язва *lupus'a* всегда начинается съ послѣдней; при этомъ, такъ называемый *lupus perforans*, по формѣ очень сходный съ фагеденической, сифилитической язвою, всегда начинается въ глубинѣ *vulvae*, на слизистой оболочкѣ ея. Кромѣ всего этого, свойство краевъ, секрета и одновременное участіе въ болѣзни паховыхъ желѣзъ, — много способствуютъ дифференціальному діагнозу. *Lupus* можно отличить отъ канкроида по началу развитія того и другаго страданія: началу канкроида всегда характеризуется образованіемъ кругловатыхъ, выдающихся надъ уровнемъ внутренней стороны большихъ срамныхъ губъ, узловъ, въ которыхъ начинается изъязвленіе; *lupus* же, болѣею частью, начинается плоскою язвою.

Та и другая язва, исполнѣ развившаяся, похожи одна на другую, разница только та, что канкрOIDная язва имѣетъ круглую форму, поверхность ея гранулируетъ, неровная, взрытая, между тѣмъ какъ лупозная язва имѣетъ неправильно—продолговатую форму, поверхность ея гладкая, какъ бы покрыта эпителиемъ; края канкрOIDной язвы твердые, толстыя; а у лупозной—скошенные; отдѣленіе на поверхности первой грязнаго цвѣта, гнилостное, почти всегда пронизательно—дурнаго запаха, напротивъ, отдѣленіе лупозной язвы не обильно, серознаго характера и безъ запаха.

Характеристическое отличіе *lupus'a* отъ канкроида состоитъ въ томъ, что первый очень рано поражаетъ материнскую почву его, которая отвердѣваетъ на большомъ протяженіи въ окружности и на значительной глубинѣ; язва лупозная имѣетъ наклонность расплываться въ одну сторону, въ то время, какъ на поверхности ея, первоначально заболѣвшія мѣста начинаютъ подживать; теченіе лупозной язвы чрезвычайно медленное, и наконецъ лупозная язва очень поздно или вовсе не оказываетъ вреднаго вліянія на общее состояніе организма,

Карциному легко отличить отъ *lupus'a* по развитію въ самомъ началѣ твердыхъ узловъ, по быстрому теченію ея; по неправильному виду карциноматозной язвы; по обильному, грязнаго цвѣта, гнойному, дурно—пахучему отдѣленію ея поверхности, по мозолистымъ краямъ, по быстрому пораженію желѣзъ и чрезвычайно быстро наступающему разрушительному вліянію на общее состояніе организма.

*Elephantiasis* имѣетъ много сходства съ *lupus hypertrophicus*: и тотъ и другой имѣетъ способность быстро расплываться въ разныя стороны и на большія протяженія; и тотъ и другой начинается съ развитія бугристыхъ затвердѣній

на срамныхъ губахъ; однако elephantiasis отличается отъ lupus тѣмъ, что первый рѣдко сопровождается язвеннымъ процессомъ, и если онъ бываетъ, то большею частью только вслѣдствіе механическихъ поврежденій; язва при этомъ гораздо поверхностнѣе и никогда не принимаетъ серпигинознаго характера; ткань при elephantiasis носитъ характеръ гиперплазіи, здѣсь гораздо рѣже бываетъ затвердѣніе, которое въ такомъ случаѣ бываетъ неравномѣрное, бугристое; между тѣмъ какъ lupus всегда сидитъ на равномѣрно твердой почвѣ; наконецъ elephantiasis почти всегда сопровождается инфильтраціею паховыхъ желѣзъ, которая нерѣдко является даже раньше гиперплазіи, въ то время какъ при lupus—эти желѣзы не претерпѣваютъ никакого измѣненія.

§ 23. Лечение. Хотя мы видѣли изъ предыдущаго, что lupus есть страданіе мѣстное, которое, даже до послѣдней степени своего развитія, не оказываетъ почти никакого вліянія на общее состояніе организма; тѣмъ не менѣе, большинство врачей, которымъ приходилось имѣть дѣло съ lupus vulvae, считали нужнымъ дѣйствовать на мѣстное страданіе, давая внутрь средства, дѣйствующія чрезъ кровь на общее состояніе организма, прежде чѣмъ они рѣшались приступить къ оперативнымъ приѣмамъ или же давали лекарство внутрь одновременно, либо послѣ произведенной операціи.

Съ пользою были употребляемы: іодистый калий, іодистыя и іодисто-железныя минеральныя воды; рыбій жиръ, мышьякъ, не прибѣгая въ тоже время къ сильному мѣстному лечению. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ можно было подозревать, что болѣзнь развилась на сифилитической почвѣ, не малую пользу оказывали, не сильно дѣйствующіе меркуріальныя препараты. Для мѣстнаго леченія, совѣтовали и употребляли сильно-дѣйствующія, ѣдкія вещества, съ цѣлью разрушить и удалить всю больную массу изъ здоровыхъ частей.

Въ случаяхъ поверхностныхъ лупозныхъ пѣязвлений болѣе всего у мѣста будутъ сильныя, ѣдкія средства. Мартинъ употреблялъ дымящуюся азотную кислоту, которою онъ пропитывалъ вату и клалъ ее, предварительно нахлороформировавъ больную, на нѣсколько минутъ, прямо на язву; сильную боль, вызываемую этимъ средствомъ, онъ успокоивалъ холодными компрессами; спустя полъ дня—боли утихали. По спаденіи, образовавшагося отъ прижиганія, струпа, онъ покрывалъ язву ватою, смоченною въ растворѣ (1: 150) азотно-кислаго серебра. Въ продолженіи 4 недѣль, вся язвенная поверхность покрывалась хорошими грануляціями и подживала съ краевъ къ центру. Далѣе совѣтовали прижигать мышьякомъ (Hugnier), ѣдкимъ кали (Veit), сѣро-углеродомъ (Guillaumet). Veit подводилъ палочку изъ ѣдкаго кали подъ основаніе язвы, между больною и здоровою тканью. Другіе употребляютъ болѣе простыя и менѣе болѣзненныя средства: С. Hueter совѣтуетъ подкожныя впрыскиванія изъ карболовой кислоты, въ окрестности lupus; Стэгну — примочки изъ 5% раствора хлораль—гидрата, одинъ разъ въ день; этимъ средствомъ ему удалось излечить lupus, съ которымъ, въ теченіи двухъ лѣтъ, онъ долго ничего не могъ сдѣлать, употреблявши всевозможныя, другія средства.

Тамъ, гдѣ lupus сопровождается гипертрофіею, слѣдуетъ, не теряя времени, приступить къ удаленію опухоли ножомъ: отрѣзавъ губу подъ затвер-

дѣвшею частью, стараются затѣмъ достигнуть заживанія наложеніемъ шва; если *prima intentio* не удастся, то должно лечить открытую рану по общимъ правиламъ леченія всѣхъ другихъ доброкачественныхъ ранъ.

Считаемъ лишнимъ упоминать, что операція удаленія большой части можетъ быть произведена помощью гальвано-каустической проволоки. Van Holsenbeck утверждаетъ, что ему удалось излечить небольшія опухоли *lupus*— помощью электропунктуры.

## ГЛАВА VII.

### Опухоли.

**Литература.** Bainbridge: Case of enlarged Clitoris. Med. Times and Gaz. 1860. Jan. 14. Behrend: Drei Fälle von Geschwülsten der Clitoris. In.-Dissert. Berlin 1874. Beigel: Die Krankh. d. weibl. Geschlechts. II. p. 715. Binnel: The Edinb. med. and surg. Journ. Nro. LXXXIII. April 1825. Bourguet: Elephantiasis très volumineux de la vulve, compliqué de cystocèle périnéale. Lésion de la vessie au moment de l'opération. Péritonide consécutive. Mort. Gaz. des hôpit. 1867. Nro. 140. Bryk: Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. V. 4. 5. p. 394. 1875. Bryk: Oesterr. Ztschr. für praktische Heilk. XV. 25. 26. 29. 32. 35 1869. Caswall: London med. Gaz. Vol. XIV. April 1834. M. Clintok: Dubl. Journ. XXII 1862. Feb. Clot-Bey: Journ. hebdom. 135. Nro. 33. Dittel: Elastische Ligatur. Schmidt's Jahrbücher 1874. e. 174. Delpech: Chirurg. clinique de Montpellier. Montpellier 1828. Tom. II. Herzog: Ueber die Hypertrophien der äusseren weibl. Genitalien. Erlangen 1842. Jayakar: Elephantiasis of the labia. Med. Times. 1871. Jan. 14. E. Klebs: Handb. der patholog. Anatomie. Geschlechtsorgane II. p. 983 ff. Berlin 1876. Klewitz: Dissert. Inaug. Berol. 1825. Klob: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864. p. 455. ff. Koch: Gräfe's und Walther's Journ. Bd. XXIV. Heft 2. Moritz Kohn: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von Virchow. Band III. pag. 110. Krieger: Casper's Wochenschrift. 1851. Nro. 22. Letenneur: Memoire sur les polypes du vagin et spécialement sur les tumeurs du buble du vagin. Le Moniteur d. hôpit. 1859. Nro. 72 u. 74. Maedows: Transactions of the obstetrical Society of London. Vol. VIII. p. 257. Martin: Beitr. d. Gesellsch. für Geburtsh. Berlin 1874. p. 25. Mason: Elephantiasis of Clitoris. New-York med. record 1868. May. Louis Mayer: Die Elephantiasis (Arabum) vulvae. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin. Bd. I. p. 303 ff. Nahde: Tractatus brevis de Elephantiasi Arabica adnexis morbi historii quatuor. Prag 1839. Petit: De quelques tumeurs de la Vulve et de leur exstirpation par les procédés d'exérèse non sanglante. Extrait de plusieurs leçons cliniques, faites à l'hôpital de la Pitié par le Professeur Verneuil. Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg. 1874. Nro. 23. Rieken: Journ. de Bruxelles. XLI. Sept. 1865. Rogers: Elephantine development of the clitoris. Transact. of the obstetric, society of London. 1870. p. 65. Roubaix: Presse med. 1866. Nro. 39. S'chlitz: Archiv. für Heilk. XV. 2. 1874. Tansini: Elefantiasi del grande labbro sinistro della vulva. Gaz. med. ital. lombard. 1870. Nro. 3. Virchow: Geschwülste. Bd. I. p. 294 ff. Wassink: Elephantiasis labii pudend majoris sinistri. Nederl. Weekblad v. Geneesk. 1854. 29. July. Wernher: Deutsche Zeitschri für Chirurg. 1875. V. 4 u. 5. p. 394.

#### 1. Elephantiasis vulvae.

§ 24. Патологическая анатомія. Elephantiasis vulvae заключается въ гиперплазіи элементовъ наружной кожи женскихъ половыхъ орга-

новъ. Опухоли эти бываютъ различной формы и величины; вѣсь ихъ доходить до 20 и болѣе фунтовъ; онѣ иногда такъ велики, что доходятъ до коленъ. Elephantiasis преимущественно поражаетъ большія срамныя губы, рѣже клиторъ и еще рѣже—малыя губы. Происхождение этихъ новообразованій зависитъ скорѣе отъ разстройства циркуляцій въ лимфатическихъ путяхъ, нежели отъ большаго переполненія въ венозной системѣ; лимфатическія желѣзы той стороны, гдѣ сидитъ опухоль, болѣею частью находятъ увеличенными въ объемѣ и отвердѣвшики; это замѣчается, не только тогда, когда наросты достигли значительныхъ размѣровъ, но уже въ самомъ началѣ развитія новообразованія; поэтому понятно, что, вслѣдствіе несвободной циркуляціи въ лимфатическихъ сосудахъ, образуются застои лимфы, которая пропитываетъ чрезмѣрно кожу—способствуя такимъ образомъ разрастанію соединительной ткани.

По мнѣнію Wegner'a и Schliz'a (l. c.), болѣзнь эта первоначально развивается въ капиллярныхъ сосудахъ согіі: а именно, начальные слѣдые концы лимфатическихъ сосудовъ сосочковъ кожи (papilli) расширяются въ пузырьки, вскорѣ затѣмъ постепенно расширяются и самые стволы сосудовъ, между тѣмъ какъ, вслѣдствіе внутриклетчаткаго разрастанія элементовъ, глубоко лежащіе и поверхностные лимфатическіе сосуды облитерируются. Schliz полагаетъ, что первоначально заболѣваютъ глубже лежащіе слои кожи и что расширение лимфатическихъ сосудовъ—есть слѣдствіе описанной выше облитерации и застоя лимфы, который такимъ образомъ и будетъ причиною инфильтраціи ея, а въ тоже время и причиною гиперплазіи. Если разрѣзать такую опухоль, то изъ нея болѣею частью вытекаетъ значительное количество серозной жидкости; но, при внимательномъ изслѣдованіи поверхности разрѣзовъ, легко убѣдиться, что кожица (epidermis) представляется утолщеною новыми слоями, сосочки согіі разрослись по вѣсѣмъ направленіямъ, кожа (cutis) значительно утолщена, и что подкожный жирный слой болѣе или менѣе пропалъ; глубже лежащіе слои cutis часто имѣютъ видъ темной, буроватой сапожной подошвы.

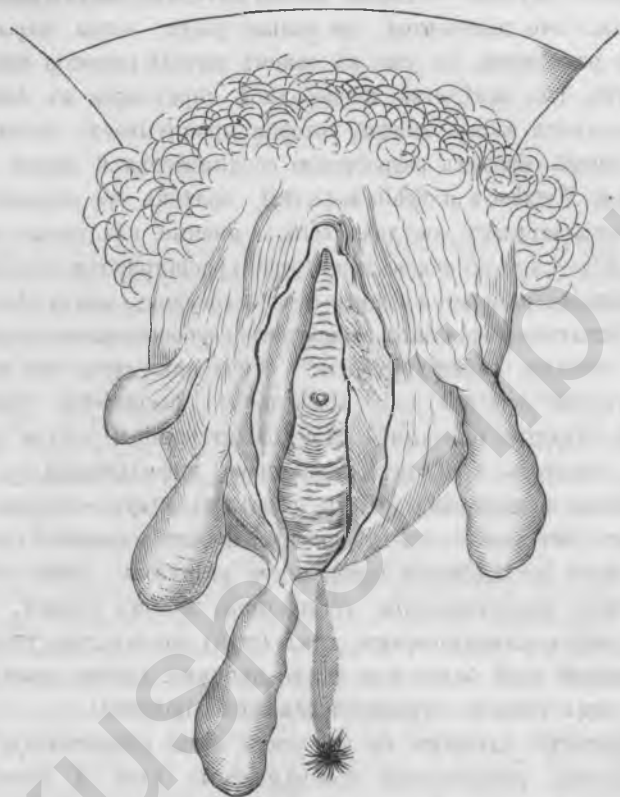
Въ большинствѣ случаевъ не всѣ части кожи разрастаются равномерно; въ одномъ случаѣ разрастаются поверхностные слои и преимущественно сосочки, въ другомъ же—глубже лежащіе слои ея. Въ первомъ случаѣ образуются опухоли, болѣею частью, круглой формы, по происхожденію своему схожихъ съ тѣми огромными массами кондиломъ, которыя мы не рѣдко встрѣчаемъ во время беременности, отъ которыхъ впрочемъ ихъ легко отличить по ихъ твердому основанію, такъ какъ кондиомы у беременныхъ обыкновенно не сопровождаются утолщеніемъ и отвердѣніемъ глубокихъ слоевъ кожи.

Въ томъ случаѣ, когда разрастаются преимущественно глубокіе слои соединительной ткани кожи, получаютъ опухоли частью полипообразныя и лоскутовидныя, частью же шаровидныя и бугристыя. Смотря по ширинѣ основанія, изъ котораго эти опухоли развиваются, онѣ достигаютъ часто огромныхъ размѣровъ.

Если мѣсто заболѣванія кожи будетъ не большое, не обширное, тогда на немъ образуются лоскутообразныя, кожистыя опухоли, покрытыя тонкою, гладкою epidermis, которыя извѣстны подъ названіемъ molluscum simplex (см. рис. 4); если же фокусъ заболѣванія кожи будетъ большой, обширный и разрастаніе

глубокихъ слоевъ ея идетъ быстро, то образующіяся опухоли имѣютъ форму круглую, бугристую. Опухоли эти, увеличиваясь все болѣе и болѣе, тяжестью своею постепенно вытягиваютъ за собою основаніе, на которомъ онѣ сидятъ, преобразуются такимъ образомъ въ опухоли съ ножками, которыя, по виду и

Рис. 4.



*Molluscum simplex vulvae* (изъ гинекол. Клиники въ Кенигсбергѣ).

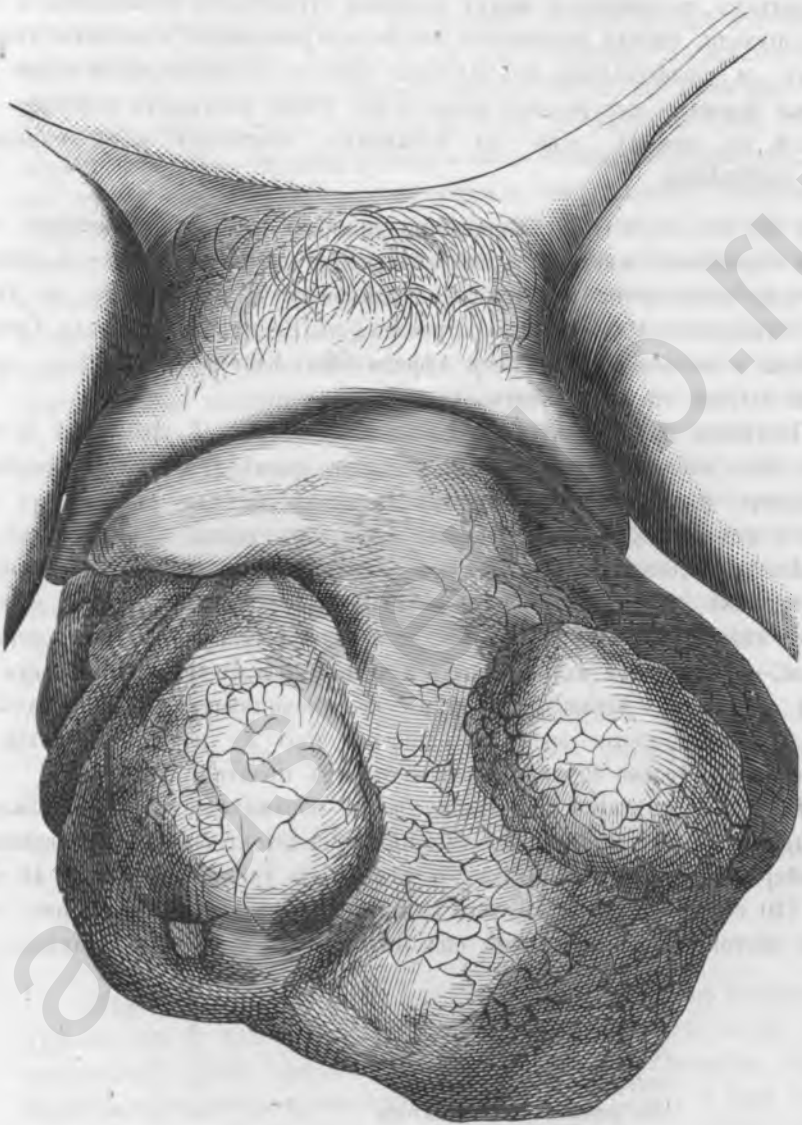
строенію своему, совершенно схожи съ фиброзными полипами, выступающими изъ полости матки.

Большая часть слоновыхъ опухолей развивается на широкомъ основаніи, пораженной на большомъ протяженіи кожи наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, и образуютъ, въ такомъ случаѣ, объемистыя, бугристыя опухоли, основаніе которыхъ простирается отъ *mons veneris*, захватывая большую часть промежности. Опухоли эти представляютъ всевозможныя формы: то онѣ шаровидныя, то сучковатыя и желѣзистыя и, достигши большихъ размѣровъ, онѣ занимаютъ пространство между и впереди бедръ, доходя до самыхъ колѣнъ (см. рис. 6).

Ростъ этихъ опухолей большею частью медленный и продолжается часто многіе годы. Въ это время однако, на поверхности и внутри опухоли могутъ происходить разнообразныя измѣненія, которыя обусловливаются вліяніемъ механическихъ раздраженій, треній и т. п., которому въ особенности подвер-

гаются большія опухоли,—частью же ростомъ отдѣльныхъ, болѣе другихъ, выдающихся частей опухоли; частью наконецъ, измѣнившимся процессомъ питанія въ самой гиперплазии.

рис. 5.



Elephantiasis мал. губъ и клитора (по Герцогу).

Механическое треніе часто вызываетъ, при существующемъ уже и безъ того обильномъ шелушеніи эпитепія, довольно обширныя изъязвленія, впрочемъ рѣдко проникающія далеко въ глубь. Л. Майеръ описалъ случай elephantiasis, въ которомъ образовались такія обширныя изъязвленія, что они затруднили рас-

Гильдебрандтъ. наруж. женск. половые органы.

познаваніе болѣзни.—Очень сильное напряженіе внутри опухоли можетъ легко повлечь за собою поверхностную гангрену тѣани. На поверхности нѣкоторыхъ опухолей образуются иногда пузырьки, которые, какъ доказано въ случаѣ Клебса, образовались изъ мѣшечато-расширенныхъ (ampulägen) начальныхъ концовъ лимфатическихъ сосудовъ. Вслѣдствіе обильнаго накопленія выдѣленій кожи въ бороздкахъ, находящихся между дольками бугристыхъ, сосковидныхъ возвышеній опухоли, иногда развивается гнилостное разложеніе; а въ болѣ твердыхъ формахъ, съ значительнымъ накопленіемъ жира въ соединительной тѣани (липоматозныя формы),—центральное размягченіе. Рѣдко наблюдали переходъ этихъ опухолей въ саркому, чаще—въ канкрюидъ, покрайней мѣрѣ папиллярной формы elephantiasis.

§ 25. Этіологія. Обыкновенно принято, считать elephantiasis vulvae, какъ и elephantiasis вообще, за болѣзнь рѣдко встрѣчающуюся; болѣзнь эта всего чаще встрѣчается въ странахъ тропическихъ: въ Бразиліи, на Антильскихъ, Зундскихъ, Малабарскихъ островахъ, въ Египтѣ, на берегахъ Средиземнаго моря и на западномъ берегу Африки (Mor. Kohn); въ странахъ средней Европы болѣзнь эта составляетъ рѣдкое исключеніе.

Послѣднее можно допустить относительно опухолей громадной величины и всѣа ихъ; но опухоли elephantiasis меньшаго размѣра, по всему вѣроятію, не составляютъ рѣдкости и въ нашихъ странахъ и если укоренилось общее мнѣніе о ихъ рѣдкости, то это можно объяснить только тѣмъ, что всѣ, или по крайней мѣрѣ, большая часть изъ нихъ, ускользнула отъ нашего наблюденія. Въ то время какъ опухоли огромныхъ размѣровъ, обременяя больныхъ своею тяжестью, мѣшая имъ ходить, изнуряя ихъ обширными язвами на поверхности опухоли,—заставляютъ ихъ обращаться за помощію къ врачамъ, больныя, одержимыя опухолями меньшаго размѣра, не причиняющими имъ такихъ страданій, оставаясь долгое время въ одномъ и томъ же положеніи—такія больныя вовсе или только случайно попадаютъ въ практикѣ врачамъ.

Не всѣ части vulvae одинаково часто поражаются этою болѣзнію; нѣкоторыя изъ нихъ служатъ возлюбленнымъ мѣстопробываніемъ elephantiasis'a Л. Майеръ въ своемъ сочиненіи объ elephantiasis vulvae, приводитъ 46 наблюденій (10 собственныхъ и 36 заимствованныхъ), изслѣдованныхъ имъ относительно мѣстопробыванія болѣзни; онъ нашель, что elephantiasis занималъ:

всю vulvam . . . . .	3	раза
обѣ большія срамныя губы . . . . .	8	"
большую правую губу . . . . .	7	"
большую лѣвую " . . . . .	5	"
обѣ большія губы и клиторъ . . . . .	2	"
большія и малыя губы . . . . .	3	"
малую правую " . . . . .	1	"
" лѣвую " . . . . .	1	"
клиторъ . . . . .	7	"
" и малую губу . . . . .	7	"

Изъ этого видно, что большія губы были поражены одновременно съ другими частями 27 разъ изъ 46-ти; а однѣ, безъ участія другихъ частей—19 разъ.

Развитіе elephantiasis можетъ имѣть мѣсто во всякомъ возрастѣ, но, само собою разумѣется, что онъ чаще всего проявляется въ возрастѣ высшей половой дѣятельности. Болѣзнь эта очень рѣдко бываетъ прирожденная, весьма рѣдко она появляется въ старческомъ, рѣдко въ дѣтскомъ возрастѣ. Nahde, Bainbridge, Verneuil и Врук описали случаи прирожденного elephantiasis'a. Въ случаѣ Nahde'a, у новорожденной замѣчены были маленькія, красныя пятна, особенно на большихъ срамныхъ губахъ и въ половой области; пятна эти быстро увеличивались на большихъ губахъ и, спустя 6 недѣль, достигли уже величины груши, а на 15-мъ году—дѣтской головки. Въ случаѣ Bainbridge'a гипертрофіею пораженъ былъ клиторъ, достигшій 8 см. въ длину и 5 см. въ толщину. Въ случаѣ Verneuil'я—опухоль занимала мольс venenis, верхнюю половину лѣвой и всю правую губу. Опухоль существовала съ рожденія, постепенно росла и удалена была посредствомъ гальванокаустикн. Какъ въ случаѣ прирожденного elephantiasis'a, такъ въ приобрѣтенномъ впоследствии, въ позднѣйшіе годы, нельзя было открыть признаковъ наслѣдственности. Большое число случаевъ появленія elephantiasis'a въ дѣтскомъ возрастѣ обнаружено Дельпешемъ, Кригеромъ, Caswal'емъ, Клотъ-Бей и Врук'омъ. Въ случаѣ Дельпеша, женщина, еще въ дѣтствѣ имѣла твердую, рѣзко очерченную опухоль на мольс venenis, величиною въ вишню; съ наступленіемъ менструаціи, опухоль эта достигла уже величины яблока, и съ этого времени быстро возрастала, такъ что когда эта женщина на 31-мъ году, обратилась къ Дельпешу, то онъ нашелъ, что окружность опухоли равнялась 39 см., а въ длину 45 см., опухоль доходила до колѣнъ. Въ случаѣ Врук'а, съ дѣтства существовало возвышеніе въ бобѣ, на лѣвой большой губѣ; оно оставалось безъ измѣненія до 48 лѣтняго возраста; въ это время прекратились регулы и опухоль стала рости очень быстро такъ, что въ 2 года она достигла объема въ 25 см.

Л. Майеръ собралъ 37 случаевъ elephantiasis'a, въ которыхъ онъ могъ съ точностью опредѣлить время первоначальнаго развитія этой болѣзни; оказалось, что:

въ 4	случаяхъ	болѣзнь	началась	раньше	15	лѣтъ
" 4	"	"	"	"	между	18—20 годами
" 18	"	"	"	"	"	20—30 "
" 8	"	"	"	"	"	30—40 "
" 8	"	"	"	"	"	42—58 "

Причины приобрѣтенной elephantiasis'a заключаются въ быстромъ и сильномъ дѣйствіи на ту или другую часть наружныхъ половыхъ частей, механическихъ поврежденій, напр. толчка, удара; или болѣзнь развивается вслѣдствіе продолжающихся долго, хроническихъ раздраженій одного и того же мѣста, либо наконецъ—и это самая частая причина—вслѣдствіе, часто повторяющагося, подостраго воспаления кожи (dermatitis subacuta). Между тѣмъ какъ самую частую причину развитія elephantiasis cruralis, служить: часто повторяющееся рожистое воспаление, сопровождающееся быстрымъ появленіемъ припухлости, краснотой, болѣзненностью, лихорадочнымъ состояніемъ, рвотою и пр. Все эти явленія отсутствуютъ, когда elephantiasis, первоначально поражаетъ женскіе



половые органы и только ими ограничивается. Л. Майеръ, Ricken, Caswal описали нѣсколько случаевъ elephantiasis'a, въ происхожденіи котораго главную роль играли случайныя механическія поврежденія. Въ 3 случаѣ Майера (1. с.) elephantiasis развился у 25 лѣтней женщины, отъ сильнаго прижатія правой большой губы при паденіи съ лѣстницы; вначалѣ больная долго замѣчала только припухлость и страдала отъ сильной боли, которая мало по малу исчезла; но опухоль не проходила, а все болѣе и болѣе увеличивалась такъ, что, спустя 7 лѣтъ, когда эта женщина обратилась къ Майеру за совѣтомъ, онъ нашелъ опухоль величиною въ дѣтскую головку. Въ исторіи болѣзни 9-го наблюденія, того же сочиненія, говорится о 28-ми лѣтней женщинѣ, которой наружныя половыя органы подверглись сильному прижатію при паденіи съ лоханью для стирки бѣлья; спустя годъ больная замѣтила опухоль величиною въ куринное яйцо; а когда Майеръ видѣлъ пациентку, то опухоль имѣла уже 13,5 см. въ длину и 9,5 см. въ ширину, и сидѣла на ножкѣ толщиной въ 2 см., такъ что опухоль съmons veneris висѣла внизу. Подобныя примѣры мы находимъ у того же Майера (наблюденіе 7), у Caswal'a и Ricken'a. Мы имѣли случай наблюдать сложную моллюскообразную опухоль у одной замужней женщины, мужъ которой, предаваясь неумѣренному спиртнымъ напиткамъ, мучилъ ее часто, иногда каждую ночь, грубыми манипуляціями, раздражая ея половыя части и, по увѣренію больной, съ этого времени появились у нея названныя опухоли. Что подобныя и другія злоупотребленія половыми удовольствіями въ состояніи вызвать гиперплазію, было не разъ доказано наблюденіями; равнымъ образомъ замѣчено было развитіе гиперплазій у занимавшихся долго рукоблудіемъ. Вѣроятнѣе однако то, что всѣ болѣзненные состоянія, которыя сопровождаются сильнымъ зудомъ, напримѣръ pruritus (см. главу о pruritus vulvae), побуждающій больныхъ къ частому тренію и чесанію зудящихъ мѣстъ, служатъ главнымъ этиологическимъ моментомъ развитія описываемой нами болѣзни; впрочемъ трудно рѣшить какую долю участія принимаетъ та или другая изъ приведенныхъ причинъ въ происхожденіи elephantiasis'a.

Изъ причинъ, дѣйствующихъ долго и постоянно раздражающимъ образомъ на одно и тоже мѣсто и могущихъ повлечь за собою развитіе elephantiasis'a, первое мѣсто занимаютъ разныя формы воспаленія кожи, сюда относятся: экзема, хотя она не часто встрѣчается на женскихъ половыхъ органахъ; затѣмъ fungulosus, весьма часто наблюдаемая на женскихъ половыхъ органахъ; самую частую причину гиперплазіи на большихъ и малыхъ губахъ — бываетъ сифилитическій ядъ; даже мягкій шанкеръ, скрытый долго время и оставленный безъ вниманія, вызываетъ, особенно на малыхъ губахъ, гипертрофію, которая, хотя и рѣдко достигаютъ большихъ размѣровъ, тѣмъ не менѣе необходимо бываетъ удалить ихъ пожомъ, въ чемъ мы убѣдились на опытѣ въ двухъ случаяхъ. Еще болѣе предрасполагаютъ къ образованію нерѣдко огромныхъ опухолей различныя формы конституціональнаго сифилиса, поражающія разныя части наружныхъ половыхъ органовъ, и сопровождающіяся инфильтраціею паховыхъ желѣзъ. Въ одномъ случаѣ, описанномъ Binnet'емъ, въ 1825 году, во время меркуріальнаго леченія обильныхъ тѣдныхъ бѣлей и шанкерныхъ язвъ, сопровождавшагося обильнымъ слюнотеченіемъ, замѣчено было увеличеніе обѣихъ

больших срамных губъ, которое въ теченіе 11-ти лѣтъ достигло до такого размѣра, что губы доходили до колѣнъ: всѣ удаленныхъ операціею опухолей равнялись 28-ми фунтамъ. Случаи многочисленныхъ, неправильной формы, бугристыхъ опухолей вслѣдствіе сифилиса, обнаружены Майеромъ въ его 5 и 8 наблюденіяхъ. Подобные же примѣры мы находимъ у Клотъ-Бей, М. Клинтов'а и Врук'а.

Но одну изъ сравнительно самыхъ частыхъ причинъ, вызывающихъ значительныя гиперплазіи, особенно большихъ губъ, составляютъ дѣія истеченія изъ влагалища, раздражающія кожу губъ и промежности, причиняющія *intertrigo* въ складкахъ, между губами и ляжками и поддерживающія такимъ образомъ воспаленіе кожи. Только что связанное относится равнымъ образомъ и къ употребляемымъ въ продолженіе долгаго времени, развѣдающимъ лекарственнымъ жидкостямъ, раздражающимъ кожу, и ведущимъ къ воспаленію ея. Справедливость этого доказываетъ случай описанный Аттилемъ, гдѣ вслѣдствіе долгаго употребленія, противъ *pruritus*, раздражающихъ подмываній, образовался *elephantiasis* большихъ губъ, величиною въ дѣтскую головку.

Вопросъ, почему, несмотря на то, что названныя болѣзни такъ часто встрѣчаются, онѣ сравнительно довольно рѣдко вызываютъ развитіе *elephantiasis*'а, почему въ одномъ случаѣ появляются опухоли небольшихъ размѣровъ и опухоли эти остаются надолго или навсегда безъ дальнѣйшихъ измѣненій, а въ другихъ онѣ достигаютъ громаднхъ размѣровъ, и отчего эта болѣзнь встрѣчается гораздо чаще въ восточныхъ странахъ, чѣмъ въ средней Европѣ, и достигаетъ тамъ самыхъ громаднхъ размѣровъ; на всѣ эти вопросы трудно дать болѣе или менѣе удовлетворительные отвѣты. Быть можетъ, что къ предрасполагающимъ причинамъ можно причислить климатическія условія Востока, которыми обуславливается усиленное отдѣленіе испарины, которая, въ свою очередь раздражаетъ кожу наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, вызываетъ изъязвленія ихъ; можетъ быть не лишено нѣкотораго значенія и то, что восточные народы мало заботятся о чистоплотности вообще, а половыхъ органовъ въ особенности? Что касается до опухолей *elephantiasis*'а, наблюдаемыхъ въ нашихъ странахъ, то, судя по нѣкоторымъ отдѣльнымъ случаямъ, можно придти къ тому заключенію, что разныя болѣзненные состоянія наружныхъ половыхъ органовъ тогда только подають поводъ развитію *elephantiasis*'а, когда эти болѣзни поражаютъ субъектовъ, у которыхъ уже до того, по какимъ либо причинамъ, существовали неправильности циркуляціи въ маломъ тазу; нѣчто подобное мы видимъ въ случаяхъ инфльтраціи и нагноеній лимфатическихъ желѣзъ въ паховой области и происходящаго отъ того расстройства циркуляціи въ лимфатическихъ путяхъ. Кромѣ того, доказано примѣрами, что *elephantiasis* развивается именно у такихъ женщинъ, которыя уже долгое время страдали хроническими болѣзнями тазовыхъ органовъ, значительными аномаліями менструацій (Larrey, Klewitz, Beigel). Болѣе убѣдительными дозательствами между исчисленными выше, предрасполагающими причинами и описываемою нами болѣзнію мы не располагаемъ. Что касается до того, какое вліяніе имѣютъ различныя жизненныя, въ особенности фізіологическія процессы женщины на опухоли, уже развившіяся, то дознаво, что съ наступленіемъ нормальной менструаціи, опухоли

elephantiasis'a значительно припухаютъ, стонуются плотнѣе и не рѣдко очень болѣзненнымъ.

Равнымъ образомъ, легко понять, что усиленные приливы крови во время беременности, могутъ также имѣть вліяніе на ростъ опухолей, и здѣсь также замѣчаютъ увеличеніе объема и плотности опухолей; однако Д. Майеръ наблюдалъ противное; онъ приводитъ случай, гдѣ во время беременности, опухоли видимо уменьшались въ объемѣ.

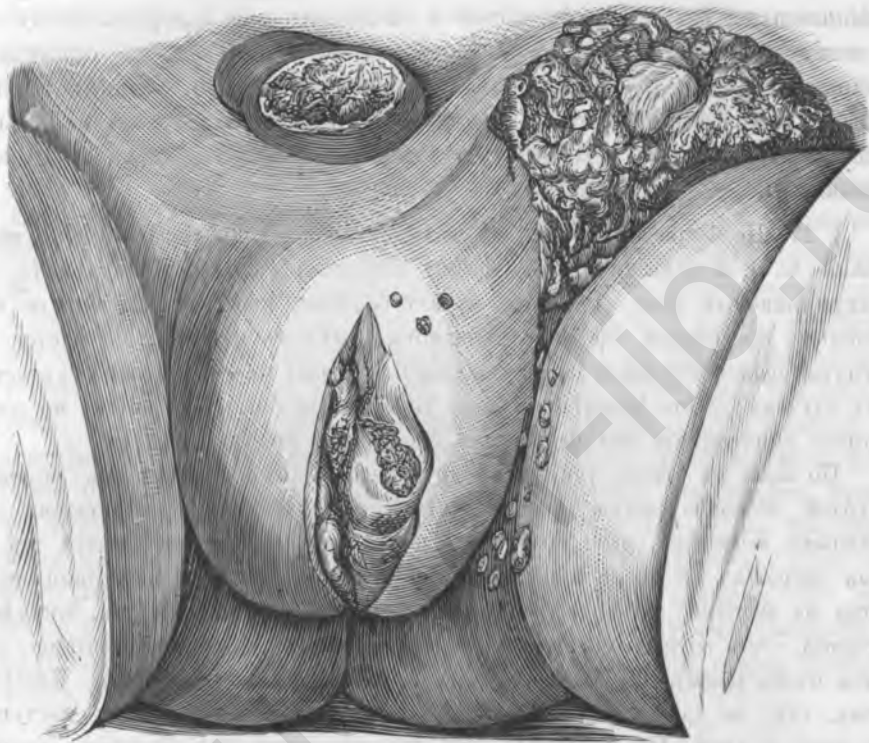
Что касается до того, какое вліяніе оказываетъ на ростъ elephantiasis'a послѣродовое состояніе, то, судя по тому, что въ это время процессъ всасыванія въ тазовыхъ органахъ развитъ въ высшей степени, слѣдовало бы предположить, что онъ способствуетъ уменьшенію опухолей; между тѣмъ это не совсѣмъ такъ: все вліяніе усиленнаго процесса всасыванія въ послѣродовомъ состояніи ограничивается только тѣмъ, что опухоли elephantiasis'a теряютъ въ это время, въ ростѣ своемъ ровно столько, на сколько онѣ успѣли увеличиться во время беременности.

Съ другой стороны, въ усиленной степени процесса всасыванія, въ ускоренной циркуляціи въ лимфатическихъ сосудахъ въ послѣродовомъ состояніи, мы должны искать объясненія тому, почему разнообразныя поврежденія наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, происходящія во время акта родовъ, каковы: разрывы, прижатія, оставляющія нерѣдко послѣ себя трудно закрывающіяся изъязвленія, поврежденія, требующія иногда очень продолжительнаго леченія, — обыкновенно не имѣютъ послѣдствіемъ своимъ развитіе elephantiasis'a. Мы, по крайней мѣрѣ, не могли отыскать ни одного случая, гдѣ бы начало развитія elephantiasis'a можно было отнести къ первымъ днямъ послѣродоваго періода. Хотя Meadow приводитъ одинъ случай развитія elephantiasis'a въ послѣродовомъ состояніи, но и здѣсь первые признаки этой болѣзни обнаружались лишь 6-тъ недѣль послѣ родовъ, слѣдовательно здѣсь трудно искать прямую связь между болѣзью и поврежденіями, зависѣвшими отъ родовъ. Равнымъ образомъ намъ ничего не извѣстно, чтобы въ тѣхъ случаяхъ, когда женщины въ послѣродовомъ періодѣ болѣвали phlegmasia alba dolens, haematoma и varices vulvae, — болѣзни, которыя скорѣе всего благопріятствуютъ развитію гипертрофій, — было бы наблюдаемо послѣдовательное развитіе elephantiasis'a.

§ 26. Симптомы первоначальнаго развитія elephantiasis vulvae выражаются частью мѣстными воспаленіями и другими первоначальными болѣзненными явленіями, частью увеличеніемъ объема пораженной части наружныхъ половыхъ органовъ. Затѣмъ наступаетъ періодъ, въ которомъ воспалительныя явленія утихаютъ, но опухоль не очень еще увеличилась, и больныя привыкаютъ къ присутствію ея, перенося ее безъ особенной тягости. Этотъ періодъ болѣзни не сопровождается никакими другими припадками, исключая развѣ незначительнаго препятствія при мочеиспусканіи, отклоненія въ сторону мочевоы струи и нѣкоторой неловкости, когда больная хочетъ вставать и садиться, а у замужнихъ бываетъ еще препятствіе во время полового совокупленія; послѣднее впрочемъ никогда не бываетъ на столько значительно, чтобы оно исключало возможность оплодотворенія (conserptio). Болѣзнь эта только тогда становится очень мучительною, когда своимъ объемомъ, опухоль мѣшаетъ сведенію бедръ, и своею

тяжестью причиняетъ сильную боль въ стоячемъ положеніи. Мученія больныхъ еще болѣе увеличиваются, когда на поверхности опухолей, образуются изъязвленія, которыя, при небрежности со стороны больныхъ, превращаются въ обширныя язвы, правда, болѣею частью поверхностныя (см. рис. 6) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ опухоли постоянно сочится въ большомъ количествѣ водя-

рис. 6.



Elephantiasis vulvae. (по Бейгелю).

нистая жидкость—содержимое лимфатическихъ сосудовъ—или просто сыворотка, которая постоянно пропитываетъ бѣлье и, разлагаясь на поверхности опухоли, распространяетъ зловонныя испаренія. Въ другихъ случаяхъ, на поверхности опухоли и въ бороздкахъ между дольками ея накапливаются въ большомъ количествѣ отдѣленія (secretio) кожи, которыя разлагаясь, распространяютъ зловонный запахъ и въ свою очередь вызываютъ мѣстное воспаленіе; къ этому присоединяются нечистоплотность отъ истекающей постоянно мочи и истекающаго изъ влагалища серознаго и гнойнаго отдѣленія, существовавшаго уже раньше или образовавшагося послѣ гиперплазій.

Все это, при несоблюденіи крайней чистоты и опрятности дѣлаетъ то, что опухоль и окружающія ея части превращаются въ постоянный источникъ обильнѣйшихъ отдѣленій, отвратительнѣйшаго запаха и самыхъ тягостныхъ ощущеній. Ко всему этому, особенно у женщинъ съ опухолями большаго объема, сидящими основаніемъ своимъ у самаго мочевого канала, вслѣдствіе

давленія на него,—присоединяется еще недержание мочи со всею картиною, какая представляется намъ у женщинъ, страдающихъ мочевыми свищами. Всѣ вышеизложенныя обстоятельства служатъ существеннѣйшею причиною того, что у большей части женщинъ, носящихъ такія огромныя опухоли, замѣчаютъ видимый, все болѣе и болѣе увеличивающійся упадокъ питанія: будучи лишены свободнаго движенія, пищевареніе у нихъ рано или поздно разстроивается; вдыхая постоянно, особенно въ ночное время, зловонныя испаренія, поднимающіяся изъ половыхъ частей и съ изъязвленной поверхности опухоли; а также отъ постоянной и обильной потери соковъ, чрезъ серозныя и гнойныя отдѣленія съ изъязвленной поверхности опухоли, больныя теряютъ силы, худѣютъ, и впадаютъ въ преждевременный маразмъ и тѣмъ въ большей степени скорѣе, чѣмъ больше увеличиваются объемъ опухоли, разложеніе и изъязвленіе. —

§ 27. Несмотря на только что изложенные исходы *elephantiasis*'а, предсказаніе въ этой болѣзни нельзя назвать неблагопріятнымъ. Правда и то, что предпринимаемая, даже въ самомъ началѣ болѣзни, попытка излеченія не оперативными средствами часто не вѣнчается успѣхомъ и все, что удастся достигнуть терапевтическими даже средствами, это развѣ то, — и то только въ счастливыхъ случаяхъ, — что дальнѣйшій ходъ гиперплазиі останавливается; но совершеннаго уничтоженія опухоли, этими средствами нельзя добиться.

Но какъ въ этихъ, такъ и въ другихъ случаяхъ, огромныхъ объемовъ опухолей, большею частью удается достигнуть счастливыхъ результатовъ оперативнымъ леченіемъ; тѣмъ болѣе, что послѣднее не сопровождается ни во время операціи, ни послѣ нея, никакими неблагопріятными явленіями и, не смотря на величину опухоли, всегда вѣнчается скорымъ излеченіемъ. Замедленіе излеченія, — что обуславливается б. ч. обильными серозными отдѣленіями — случается очень рѣдко; случаи рецидивовъ встрѣчаются весьма рѣдко. Извѣстны случаи, гдѣ, по удаленіи даже очень большихъ опухолей, излеченіе наступало уже чрезъ 5 дней. Но, насколько извѣстно изъ опыта, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изъ страха больныхъ или по какимъ либо другимъ уважительнымъ причинамъ, къ операціи нельзя было приступить, смертельный исходъ, собственно вслѣдствіе *elephantiasis*'а, составляетъ весьма рѣдкое исключеніе; даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ болѣзнь сопровождалась обширными изъязвленіями и гангреною ткани опухоли, не было замѣчено исхода въ гнилостное зараженіе (*pyaemia*). Только въ случаѣ *elephantiasis*'а, обнаруженномъ Клебсомъ, осложненномъ образованіемъ пузырей, послѣдовала смерть отъ *peritonitis*; но мы должны замѣтить, что больная въ этомъ случаѣ, не задолго до того, выкинула, слѣдовательно она находилась въ послѣродовомъ періодѣ; у этой больной образовались изъ расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ, пузырьки, лопнувшіе, и вытекавшая изъ нихъ жидкость, пришедши въ соприкосновеніе съ внѣшнимъ воздухомъ, подверглась разложенію и въ такомъ состояніи воссалась въ кровь.

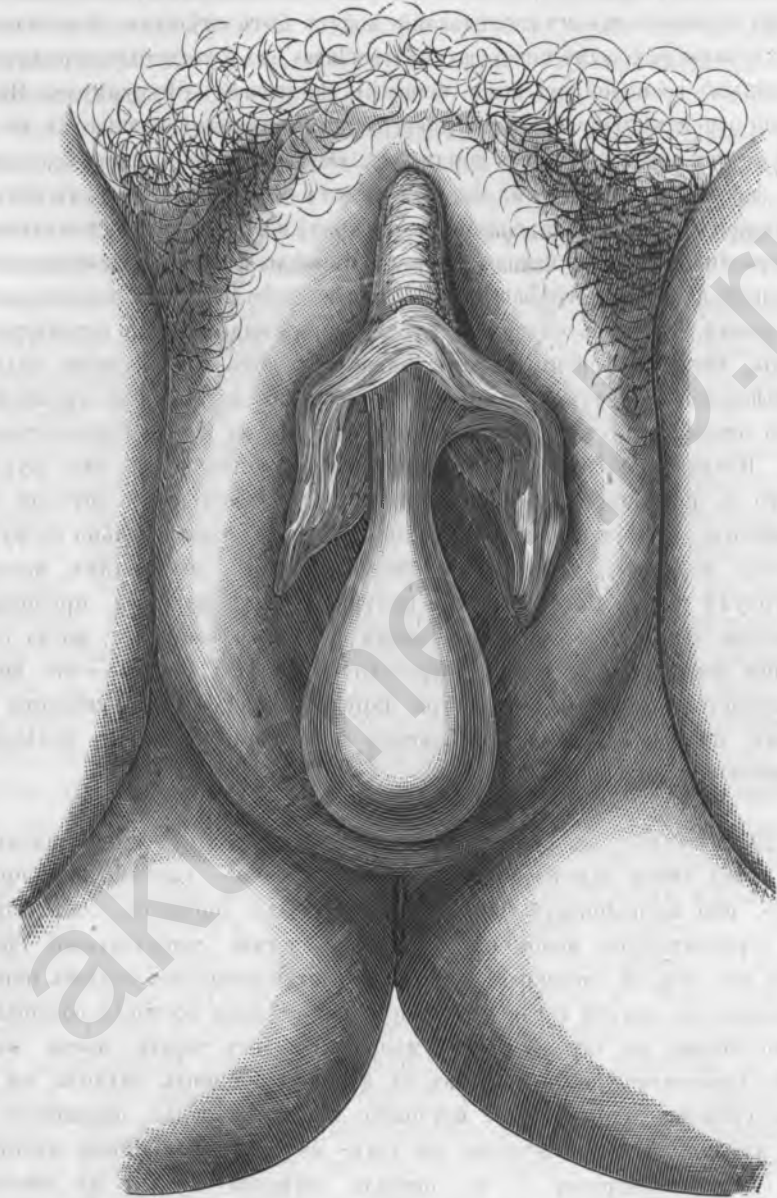
§ 28. Распознаваніе *elephantiasis*'а не представляетъ обыкновенно никакого затрудненія. Формы, подъ которыми болѣзнь проявляется, весьма характеристичны и потому ощущенію, какое производитъ характеристическая рипер-

пластическая ткань опухоли на осязание, трудно впасть в ошибку. Ошибочный дифференциальный диагноз возможен только в двух случаях: во первых, в эпидермоидальных формах, которые очень легко смѣшать с кондиломатозными опухолями и во вторых, в случаях тѣхъ опухолей elephantiasis'a, которые представляют глубокія потери ткани, вслѣдствіе изъязвленій и распада ея и которые при первоначальномъ изслѣдованіи могутъ быть смѣшаны съ злокачественными опухолями: раковымъ перерожденіемъ и lupus'омъ и отчасти съ ограниченнымъ флегмонознымъ воспаленіемъ кожи (dermatitis phlegmonosa), (Фурункулъ). Изслѣдуя тщательно основаніе (почву), на которомъ сидитъ опухоль elephantiasis'a, не трудно отличить ее отъ остроконечныхъ кондиломъ: elephantiasis не бываетъ безъ одновременнаго заболѣванія почвы, на которой сидитъ опухоль; между тѣмъ какъ остроконечныя кондиломы всегда сидятъ на мягкомъ, негипертрофическомъ основаніи. Злокачественныя опухоли какковы: lupus, канкроиды и карциномы отличаются отъ изъязвившейся опухоли elephantiasis'a большею частью своими характеристическими формами. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эти формы надостаточно характеристично выражены, тамъ дифференциальному диагнозу можетъ помочь очень медленный ходъ elephantiasis'a, а также и то, что эта болѣзнь мало или по крайней мѣрѣ, медленно оказываетъ свое разрушительное вліяніе на общее благосостояніе организма. Изъязвившійся elephantiasis существенно отличается отъ фурункула тѣмъ, что въ первомъ изъязвленіе начинается на поверхности опухоли и распространяется, на большомъ протяженіи, внутрь и, сравнительно съ фурункулъ, очень медленно, между тѣмъ какъ во второмъ, мы видимъ противное: въ фурункулъ нагноеніе начинается внутри и идетъ внаружи, причиняя глубокія потери ткани. Только липоматозныя формы elephantiasis'a, когда онѣ по распаденіи центральныхъ частей, образуютъ абсцессы, которые—что впрочемъ рѣдко случается—вскрываются снутри наружу,—могутъ быть смѣшаны съ фурункулъ; но и здѣсь, при тщательномъ наблюденіи за ходомъ болѣзни, возможно избѣгнуть ошибокъ.

§ 29. Лечение, въ свѣжихъ случаяхъ, когда болѣзнь только начинается, должно имѣть своею задачею, прежде всего, удаленіе случайныхъ причинъ; для этого, при воспаленіяхъ наружныхъ половыхъ органовъ, совѣтуютъ покойное, горизонтальное положеніе на спинѣ, легкія слабительныя средства, примочки изъ теплой свинцовой воды и др. Обыкновенно эта болѣзнь попадаетъ подъ наблюденіе врачей тогда уже, когда гиперплазія достигла большого или меньшаго объема; въ такомъ случаѣ напрасно будетъ терять время на употребленіе терапевтическихъ средствъ съ цѣлью уменьшить опухоль; ни меркуріальныя средства, употребленіе которыхъ до слюнотеченія, оказываетъ даже вредное вліяніе на ростъ опухоли, ни іодъ—внутри или іодійная настойка и одистая мазь — снаружи, — не оказали никакой пользы на уменьшеніе опухоли. Единственно вѣрное средство и притомъ возможно раньше примененное есть операція, все равно будутъ ли опухоли малыя или большія, мягкія или твердыя, сидятъ ли онѣ на ножкѣ или на широкомъ основаніи. Въ литературѣ мы находимъ много примѣровъ, доказывающихъ, что оперативное лечение этого рода опухолей никогда не сопровождалось опасностью для жизни

больныхъ, а напротивъ того, всегда вѣнчалась быстрымъ успѣхомъ, все равно какъ бы велики ни были опухоли, занимали ли онѣ однѣ губы или и клиторъ; расширились ли онѣ болѣе по поверхности, подобно 5-тому наблюдению Вер-

рис. 7.



Elephantiasis клитора. (по .I. Маёру).

нейля, въ которомъ опухоль, въ формѣ подковы, занимала одновременно шовъ *veneris* и обѣ губы. Колоссальнаго объема опухоли, достигавшія до колѣнъ, въ-сомъ отъ 20—30 фунтовъ, были удалены операціею Petit'омъ, Rogers'омъ, Tansini,

Masson'омъ, Roubaix, Л. Майеромъ, Letenneur'омъ, Wassink'омъ, Atthil'емъ, Dittel'емъ и др., безъ всякихъ опасныхъ приключеній, какъ во время, такъ и послѣ операціи.

Намъ извѣстны изъ литературы только два случая, въ которыхъ операція кончилась смертью; одинъ, очень старый, обнародованный Green'омъ, (Indian Journ. 1835), который относился къ 25-ти лѣтней женщинѣ, жившей въ самой плачевной обстановкѣ и у которой опухоль сидѣла на mons veneris и спускалась до колѣнъ; опухоль была удалена ножомъ, полудунными разрѣзами, послѣ чего былъ наложенъ шовъ, который разошелся и рана не зажила; больная

рис. 8.



Elephantiasis клитора. (случай Роджера).

умерла. Посмертное вскрытіе показало: бугорки въ легкихъ, селезенкѣ и толстой кишкѣ. Другой случай обнародованъ Bougnet въ 1867 г. Огромная опухоль исходила изъ правой большой губы и своею тяжестью стянула за собою внизъ переднюю стѣнку влагалища, мочеиспускательный каналъ и мочевого пузыря. Операція продолжалась очень долго и сопровождалась обильною потерей крови. Наконецъ принуждены были отдавить ножку, толщиною въ 25 мм, экразеромъ; при этомъ былъ захваченъ и поврежденъ мочевой пузырь; больная умерла отъ воспаления брюшины (peritonitis). Употреблявшіеся оперативные методы были весьма разнообразны: сжимающая петля, петля и тутъ же ножъ и ножницы; или только ножъ и ножницы, экразеръ и гальванокаустическая петля и гальванокаторъ; а въ новѣйшее время употребляли и эластическую петлю (Dittel). Наихудшіе изъ всѣхъ этихъ методовъ—одна сжимающая петля, такъ какъ употребленіе ея сопровождается гнойнымъ распаденіемъ, а за тѣмъ экразеръ, такъ какъ имъ легко захватить и такіа части, поврежденіе которыхъ очень опасно (моч. пузырь и каналъ). Для всѣхъ опухолей съ ножами, напр. для опухолей, сидящихъ большею частью на клиторѣ, (см. рис. 7 и 8) лучше всего



употреблять проволочную петлю, которою обхватывают ножку опухоли, на сколько возможно ближе къ борню, стягивают ее и, непосредственно надъ нею отрѣзают опухоль ножомъ, затѣмъ перевязываютъ кровотокащія сосуды и накладываютъ шовъ. Для опухолей большаго размѣра, сидящихъ на широкихъ основаніяхъ, лучше прибѣгать къ полулунному срѣзыванію основанія опухоли, и затѣмъ очень тщательно накладываютъ шовъ, перевязавъ предварительно кровотокащія сосуды. Хотя въ случаѣ Dittel'я, послѣ наложенія эластической лигатуры послѣдовало совершенное излеченіе; но прежде чѣмъ опухоль отпала прошло 6 дней и, все это время, больная очень страдала отъ сильной боли; этотъ способъ не легко найдеть послѣдователей.

## 2. Остроконечныя кондиломы.

**Литература.** Chevely: De la grossesse considérée comme cause de maladies. Thèse. Paris 1874. E. Güntz: Ueber die Frage von der Contagiosität der sogenannten spitzen Condylome. Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nro. 39. Kranz: Beitr. zur Kenntniss des Schleimhaut-Papilloms. Arch. f. klin. Med. Heft 2. 1866. Krämer: Ueber Condylome und Warzen. Göttingen 1847. p. 52. J. Kühn: Die blennorrhischen Krankh. des männl. und weibl. Geschlechtes. Leipzig 1863. Levy: Eigenthümliche Excrescenzen am Eingange der Vagina und an den Schamlippen. Baier. ärztl. Intelligenzblatt XXI. 43. 1874. Petters: Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. 1875. p. 255. Thibierge: Des végétations qui se dévelopent sur les parties génitales des femmes pendant la grossesse. Arch. génér. de Méd. Mai 1856. Zerbe: Condylomatöse Excrescenzen auf d. äusseren Geschlechtstheilen einer Schwangeren. Allg. Med. Centralzeitung. Juli 9. 1856.

§ 30. Хотя остроконечныя кондиломы, подобно сифилису, скорѣе должны занять мѣсто въ учебникѣ о специфическихъ болѣзняхъ; тѣмъ не менѣе, мы посвящаемъ имъ здѣсь статью въ виду того, что опухоли эти у женщины отличаются отъ подобныхъ же опухолей у мужчинъ, по своему происхожденію, по мѣстоположенію и обширными разростаніями, при нѣкоторыхъ благоприятныхъ въ тому условіяхъ; и еще потому, что вопросъ: всегда ли эти опухоли составляютъ результатъ зараженія ядомъ, перенесеннаго отъ мужчины къ женщинѣ или же онѣ могутъ развиваться и безъ зараженія, при другихъ благоприятныхъ въ тому условіяхъ, напр. вслѣдствіе дѣйствія измѣненныхъ бѣлей, — далеко еще не получилъ окончательнаго рѣшенія.

Остроконечныя кондиломы, какъ извѣстно, представляются въ видѣ маленькихъ коническихъ наростовъ, похожихъ на пѣтушій гребешокъ; или онѣ болѣе круглой формы съ выдающимися острыми возвышеніями; онѣ бываютъ величиною отъ точкообразнаго возвышенія до горошины, иногда даже съ вишню; только въ исключительныхъ случаяхъ, при благоприятствующихъ условіяхъ, особенно во время беременности, эти опухоли достигаютъ гораздо большаго объема. Онѣ развиваются на половыхъ органахъ, почти безъ исключенія, изъ разрастающихся сосочковъ кожи. Хотя извѣстно, что почвою для развитія остроконечныхъ кондиломъ могутъ служить и болѣе глубокіе слои кожи, а также и то, что остроконечныя кондиломы могутъ появляться и на такихъ мѣстахъ наружныхъ покрововъ, на

которыхъ вовсе нѣтъ сосочковъ. Мѣстопробываніемъ этихъ наростовъ у женщины служить преимущественно ладьевидное углубленіе (*fossa navicularis*) и ближайшая его обрѣзность; когда болѣзнь существуетъ долгое время, то наросты обрѣзаютъ весь входъ во влагалище, иногда они распространяются на слизистую оболочку рукава до влагалищной части маточной шейки, а съ другой стороны переходятъ на промежность и на складки, образуемыя губами и бедромъ (*plisae labio-crurales*). Не должно забывать, что они иногда лежатъ скрытно, между *columnae rugatum*, въ глубинѣ влагалищнаго свода, въ выводящихъ протокахъ бартолиновыхъ желѣзъ, гдѣ они составляютъ, между прочимъ, продолжительный, скрытый источникъ для новыхъ зараженій.—Остроконечныя кондиломы всегда сопровождаются бѣлями, но послѣднія могутъ почти совсѣмъ скрыться, между тѣмъ какъ кондиломы продолжаютъ сильно разрастаться.

§ 31. Этіологія. Не подлежитъ сомнѣнію, что самая обыкновенная, частая причина происхожденія остроконечныхъ кондиломъ заключается въ мѣстномъ зараженіи сифилитическимъ ядомъ, перенесеннымъ отъ мужчины къ женщинѣ. Необходимо ли, чтобы это всегда былъ трипперный ядъ или же, можетъ быть, отдѣленіе кондиломъ, остающихся и послѣ совершеннаго исчезновенія триппера у мужчинъ, сохраняетъ еще способность къ зараженію, и въ состояніи вызвать подобныя же кондиломы у женщины, — вопросъ этотъ пока еще остается открытымъ.

Кранцъ дѣлалъ опыты прививанія остроконечныхъ кондиломъ на половыхъ органахъ; для этого онъ бралъ или жидкое отдѣленіе или же кусочки отъ самыхъ кондиломъ и пересаживалъ ихъ. Опыты эти, повидимому, говорятъ въ пользу этого послѣдняго мнѣнія. Тѣмъ не менѣе однако, Petters справедливо обратилъ вниманіе на то, что опыты прививанія Кранца на половыхъ органахъ потому уже не могутъ служить рѣшающимъ доказательствомъ, что трудно опредѣлить съ достовѣрностью вои ли здоровое или нормальное состояніе тѣхъ частей, которыя избраны для опыта и что не легко устранить всѣ тѣ условія, которыя способны воспроизвести продукты, аналогичныя тѣмъ, которые стараются получить въ предпринятыхъ опытахъ. Гюнтцъ поэтому недавно предпринялъ опыты прививанія и пересаживанія остроконечныхъ кондиломъ съ дѣтородныхъ органовъ на кожу плеча, но опыты эти не дали никакого результата.

И такъ, этотъ вопросъ пока остается открытымъ; находятся ли остроконечныя кондиломы въ причинной связи съ сифилисомъ, точно также еще далеко не разрѣшено. При настоящемъ взглядѣ на сифилисъ, никому не придетъ на умъ, считать остроконечныя кондиломы за выраженіе общаго конституціональнаго страданія или, основываясь только на присутствіи этихъ кондиломъ, приступить къ меркуріальнымъ втираніямъ. Тѣмъ не менѣе, мы встрѣчаемъ довольно часто факты, указывающіе на существующую связь съ сифилисомъ: мы говоримъ здѣсь о наблюдаемомъ такъ часто разрастаніи кондиломъ изъ рубцовой ткани, образовавшейся на поверхности зажившихъ сифилитическихъ язвъ; онѣ развиваются на рубцахъ послѣ пластическихъ операцій, когда послѣднимъ предшествовалъ сифилисъ; чему можетъ служить

хорошим примѣромъ случай, приводимый Beigel'емъ. Beigel сдѣлалъ episioraphiam, съ цѣлю излечить выпаденіе матки; когда пластическая рана уже совсѣмъ зажила, то на нижнемъ углу ея, слѣдовательно на границѣ между промежностью и vulva, выросла кондиломатозная масса, величиною въ грецкій орѣхъ. Больная призналась, что нѣсколько лѣтъ тому назадъ, она была больна сифилисомъ.

Правда, однако, что и на всякой другой больной почвѣ, напр. при lupus, канкродѣ, карциномѣ,—вслѣдствіе злокачественныхъ изъязвленій и разрастаній, могутъ развиваться разрастанія сосочковъ на большомъ протяженіи, особенно на краяхъ изъязвленій, безъ того, чтобы страдающіе этою болѣзнь женщины подвергались зараженію тѣмъ и другимъ путемъ. Но не смотря на то, что кондиломы могутъ развиваться на больной, перерожденной почвѣ, безъ предшествовавшаго зараженія, мы тѣмъ не менѣе должны придерживаться того мнѣнія, что на здоровой неперерожденной или только воспаленной почвѣ, отъ обыкновенныхъ бѣлей (fluor albus), не могутъ развиваться кондиломы, но что для этого всегда необходимо раздраженіе заразительнымъ веществомъ.

Правда, многіе наблюдатели утверждаютъ, что у нѣкоторыхъ женщинъ съ невинными бѣлями, вслѣдствіе частыхъ, механическихъ раздраженій или нечистоты—развились островочечныя кондиломы; они особенно обращаютъ вниманіе на то, что подъ вліяніемъ беременности, вслѣдствіе большаго переполненія сосудовъ и усилившагося отдѣленія слизистыхъ оболочекъ въ это время, могутъ произвольно развиваться наросты на послѣднихъ, которые отличаются отъ трипперныхъ наростовъ развѣ только тѣмъ, что они не уступаютъ, во все время беременности, никакому леченію, и въ послѣродовомъ состояніи—исчезаютъ сами собою. Мы не можемъ не замѣтить, что способы изслѣдованія этиологическихъ моментовъ, какъ въ однихъ, такъ и въ другихъ случаяхъ не могутъ не возбудить сомнѣнія. Kühn (l. c.), располагавшій, повидимому, очень богатымъ матеріаломъ для наблюденія, допускаетъ возможность происхожденія островочечныхъ кондиломъ изъ простаго воспаленія vulvae и влагалища—(vulvitis) въ томъ случаѣ, когда эти воспаленныя, сильно отдѣляющія серозную жидкость части кожи подвергаются частому механическому раздраженію. Онъ, между прочимъ, говоритъ: «Поэтому слѣдуетъ и допустить, что vulvitis одна, сама по себѣ, также мало способна вызвать болѣзнь, какъ трипперъ мочеиспускательнаго канала. Какъ часто приходится наблюдать у золотушныхъ маленькихъ дѣвочекъ или во время зубнаго процесса, либо при поносахъ,—подобное же состояніе vulvae, между тѣмъ не замѣчали при этомъ никакихъ разрастаній. Для этого необходимо механическое раздраженіе сытія; вотъ почему это часто приходится наблюдать у проститутокъ, ибо у нихъ одно состояніе поддерживается другимъ, fluor albus—поддерживаетъ vulvitis; а послѣдняя, въ свою очередь, своими влажными сосочками—бѣли. Поэтому, когда къ намъ явится женщина съ мокнущими сосочками,—то какъ бы нравственна ни была эта особа, она не можетъ не возбудить подозрѣній, какъ только вмѣстѣ съ бѣлями у нея появляются мокрые сосочки.

Въ другомъ мѣстѣ, говоря о происхожденіи островочечныхъ кондиломъ у

замужнихъ, Kühn замѣчаетъ: «но и здѣсь необходимо присутствіе еще и другаго дѣятеля для того, чтобы образовались эти кондиломы, и дѣятель этотъ заключается въ раздраженіи половыхъ частей со стороны разныхъ мужчинъ. Женщины напротивъ, которыя всегда пребываютъ въ одинаковыхъ условіяхъ, ускользаютъ большею частью отъ этого наказанія.»

Мы убѣждены въ томъ, что развитіе кондиломъ при vulvitis зависитъ не отъ механическаго раздраженія (у проституткоу въ слѣдствіе частыхъ совокупленій, а у замужнихъ—въ супружескихъ половыхъ совокупленій), а оттого что, какъ тѣ, такъ и другія совокупаются съ различными мужчинами, въ числѣ которыхъ одинъ или нѣсколько были больны гонорреею или острымъ коническими кондиломами—и что слѣдовательно, для развитія этихъ наростовъ, недостаточно бываетъ одного только механическаго раздраженія, но что для этого необходимо участіе специфически химическаго раздраженія. То обстоятельство, что многіе врачи продолжаютъ отрицать описанную нами выше связь между болѣзнію и ея причиною, и стараются все объяснить невинными причинами, можно себѣ объяснить только тѣмъ, что очень часто приходится наблюдать кондиломы у такихъ женщинъ, у которыхъ, по ихъ соціальному положенію, особенно по увѣреніямъ ихъ мужей, трудно допустить даже возможность существованія зараженія. Но какъ мало довѣрія заслуживаютъ подобныя увѣренія, въ такомъ щекотливомъ вопросѣ, мы все болѣе и болѣе убѣждаемся, по мѣрѣ того, чѣмъ съ большимъ числомъ подобныхъ больныхъ намъ приходится имѣть дѣло; съ другой стороны, мужчины нерѣдко сами невольно заблуждаются, полагая, что, коль скоро у нихъ нѣтъ болѣе истеченія изъ мочеиспускательнаго канала, то они считаютъ себя уже совершенно выздоровѣвшими.

Мы не убѣждены и не принимаемъ подобно Nöggerath'у, что существуетъ скрытая форма гонорреи, способной заражать; но цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ насъ поразило присутствіе кондиломъ у такихъ молодыхъ женщинъ, въ нравственности которыхъ, равнымъ образомъ въ честности мужей ихъ, мы были убѣждены,—доказалъ намъ, что даже самые незамѣтные остатки застарѣлой гонорреи, даже въ томъ случаѣ, когда мужчины мѣсяцами не замѣчали болѣе никакого истеченія и считали себя поэтому совершенно здоровыми,—могутъ подать поводъ къ развитію кондиломъ у женщины. Остатки эти могли заключаться только, въ ощущеніи жгучей боли въ срединѣ мочеиспускательнаго канала во время мочеиспусканія; стриктуры при этомъ могло и не быть; боль эта не постоянна, но она такъ часто повторяется, что обращаетъ на себя вниманіе больного, особенно послѣ раздраженія in Baccho et Venere. Въ другихъ случаяхъ, мы не могли открыть и слѣда истеченія изъ моч. канала, не смотря давленіе по направленію отъ bulbus къ glans penis; слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала не представляла и слѣда припухлости, тѣмъ не менѣе сами больные признавались, что, хотя нѣтъ у нихъ постоянного истеченія, но что послѣ извѣстныхъ причинъ, хоть на короткое время, показывались млекообразная течь, въ особенности послѣ сильной усталости, теплой ванны (послѣдняя вообще можетъ служить очень хорошимъ пробнымъ средствомъ для открытія застарѣлыхъ остатковъ триппера).

Намъ нивогда еще не случалось встрѣтить женщину съ бандиломами, у

которой мы не могли доказать бывшее зараженіе, даже въ томъ случаѣ, когда мы могли открыть у мужа хотя только что описанные остатки. Съ другой стороны, мы имѣли случай изслѣдовать очень большое число женщинъ, съ серьезными, гнойными, долгопродолжавшимися катарральными истеченіями, но мы никогда не находили у такихъ женщинъ и слѣдовъ развитія кондиломъ.

Если бы для развитія кондиломъ достаточно было только существованіе мацерации кожи vulvae, изъявленія ея и продолжительнаго раздраженія постоянно истекающею жидкостью, то болѣзнь эта должна быть одною изъ самыхъ частыхъ болѣзней у женщинъ; но мы видимъ, что даже при обильныхъ гнойныхъ истеченіяхъ, сопровождающихъ карциному матки, почва и края которой такъ благоприятны къ разростанію кондиломъ, тѣ части слизистой оболочки, которая омываются этими истеченіями, но не пораженныя еще раковымъ перерожденіемъ, не представляютъ этого рода наростовъ. Kühn утверждаетъ, что частое, механическое раздраженіе, напр. отъ часто-повторнаго coitū, могутъ, при существующей vulvitis, развиться островоночныя кондиломы. Намъ извѣстенъ случай vulvitis и vaginitis у молодой женщины, недавно вышедшей за мужъ за офицера; она была беременна въ 3 мѣсяцѣ, слѣдовательно въ такомъ состояніи, которое, какъ извѣстно, особенно благоприятствуетъ разростанію и быстрому увеличенію кондиломъ; вся слизистая оболочка vulvae и влагалища была воспалена, разбухшая, очень болѣзненная, особенно при введеніи маточнаго зеркала; она отдѣляла много гноя, съ сильнымъ воспаленіемъ фолликулъ. Это болѣзненное состояніе продолжалось уже нѣсколько мѣсяцевъ, но кондиломы не появлялись, не смотря то, что мужъ—въ чемъ онъ неохотно сознался—прибѣгалъ къ coitū по 6—8 разъ въ день.

Какъ особенное вѣское доказательство возможности существованія островоночныхъ кондиломъ безъ предшествовавшаго зараженія, приводятъ сравнительно частое появленіе ихъ, и особенный ходъ этой болѣзни во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи. Особенность эта заключается преимущественно въ томъ, что, во время беременности, эти наросты распространяются гораздо скорѣе чѣмъ въ другое время, что они иногда очень быстро достигаютъ значительныхъ размѣровъ и обыкновенно не поддаются никакому леченію; даже болѣе, если ихъ срѣзывать ножницами, то они съ замѣчательною быстротою снова размножаются; между тѣмъ какъ въ послѣродовомъ состояніи—они исчезаютъ сами собою, безъ всякаго леченія, вслѣдъ за прекращеніемъ послѣродоваго очищенія.

Мы наблюдали эту болѣзнь у беременныхъ также очень часто, и имѣли возможность доказать, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, на существованіе зараженія. Это намъ удавалось не только въ клиническомъ отдѣленіи для беременныхъ, но и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, въ частной практикѣ, правда, послѣ продолжительныхъ распросовъ; мы могли съ достовѣрностью доказать, что мужчина, отъ котораго произошла беременность, незадолго предъ тѣмъ или же въ началѣ беременности, былъ боленъ гонореею.

Поэтому мы остаемся при томъ твердомъ убѣжденіи, что развитіе кондиломъ у беременныхъ возможно только чрезъ зараженіе.

То обстоятельство, что болѣзнь эта часто встрѣчается во время беременности и такъ быстро проходитъ въ послѣродовомъ состояніи не опровергаетъ, наше

имѣніе; далѣе, далеко еще не доказано, чтобы эта болѣзнь абсолютно чаще встрѣчалась во время беременности, нежели внѣ ея,—да это только такъ кажется; ибо легко понять, почему во время беременности болѣзнь эта чаще попадаетъ на глаза врачамъ, чѣмъ въ другое время: здѣсь чаще прибѣгаютъ къ изслѣдованіямъ; во время самаго акта родовъ ихъ нельзя не замѣтить; наконецъ и то, что кондиломы въ этомъ положеніи женщины быстрѣе разрастаются, причиняютъ нестерпимый зудъ и боль, сопровождаются усиленными отдѣленіями,—все это заставляетъ беременныхъ скорѣе обращаться къ врачебной помощи; между тѣмъ какъ внѣ беременности, эта болѣзнь менѣе тягостна, мало заставляетъ обращать на себя вниманіе; иногда она большими даже скрывается; онѣ стараются облегчить свои страданія домашними средствами и, соблюденіемъ чистоты, имъ удается, задержать развитіе болѣзни или даже совершенно ее излечить.

Равнымъ образомъ и то обстоятельство, что во время беременности эти наросты быстро увеличиваются и размножаются, а въ послѣродовомъ періодѣ также скоро пропадаютъ,—не заключаетъ въ себѣ ничего удивительнаго и вовсе не даетъ права заключать, что эти наросты развиваются безъ посредства зараженія. Нетрудно убѣдиться въ томъ фактѣ, подтвержденномъ и проверенномъ впрочемъ Крапцомъ во время его опытовъ надъ прививаніемъ, что вслѣдствіе усиленныхъ приливовъ, во время мѣсячныхъ очищеній, эти наросты болѣе набухаютъ. Само собою разумѣется, что такое же вліяніе, въ большей еще степени, можетъ имѣть и беременность, которая, сопровождаясь гораздо большими приливами крови, усиленнымъ обмѣномъ и переработкою вещества, обильнѣйшими отдѣленіями слизистыхъ оболочекъ половыхъ органовъ,—тѣмъ самымъ способствуетъ скорѣйшему и большому росту наростовъ и въ тоже время противудѣйствуетъ успѣшному излеченію ихъ. Съ другой стороны, быстрое обратное развитіе (*involutio*) дѣтородныхъ органовъ въ послѣродовомъ состояніи и совершающійся въ это время полный обмѣнъ стараго вещества на новый, оказываютъ такое же благотѣльное вліяніе и на обратное развитіе или уменьшеніе и даже исчезновеніе этихъ наростовъ, способствуя въ тоже время образованію на мѣсто старой, большой слизистой оболочки, совершенно новой и здоровой. Это явленіе не представляетъ собою нѣчто особенное, исключительное; мы видимъ, что при леченіи меркуріальными втираніями, кондиломы, сидящія на сифилитическихъ язвахъ, постепенно засыхаютъ и исчезаютъ, какъ только сифилитическая язва, почва кондиломъ, поддается леченію. Въ заключеніе мы не можемъ не упомянуть, что, хотя исчезновеніе кондиломъ въ послѣродовомъ состояніи и составляетъ обыкновенное явленіе, но бываютъ исключенія: кондиломы могутъ совершенно исчезнуть въ послѣродовомъ состояніи, но, если остается еще левкорея, то онѣ могутъ вновь появиться въ слѣдующую беременность.

§ 32. Что касается до леченія, то мы отсылаемъ читателя къ учебникамъ о сифилитическихъ и перелойныхъ болѣзняхъ. Здѣсь же мы обратимъ вниманіе только на то, что при леченіи кондиломъ во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи, необходимо воздерживаться отъ очень энергиче-

сихъ пріемовъ, такъ какъ они очень тягостны, болѣзненны, часто бесполезны и даже нерѣдко небезвредны, ибо могутъ вызвать выкидышъ или преждевременные роды. Должно заботиться о соблюденіи крайней чистоты, избѣгать всякаго механическаго раздраженія, соблюдать тѣлесный покой и не предаваться соитію. Если, не смотря на это, кондиломы продолжаютъ разрастаться черезъ чуръ быстро, въ большомъ количествѣ, то мы предлагаемъ смазывать ихъ, нѣсколько разъ въ недѣлю, висточкою, смоченною въ *solutio Arsenic. Fowleri*. Это средство очень мало раздражаетъ и способно задержать развитіе процесса въ извѣстныхъ границахъ. Удаленіе кондиломъ ножницами причиняетъ сильную боль, не только не принося никакой пользы, но иногда даже причиняетъ вредъ, способствуя еще болѣе быстрому разрастанію ихъ на срѣзанныхъ мѣстахъ, видимо вслѣдствіе того, что заразительныя истеченія попадаютъ на свѣже пораненныя мѣста. Для предъупрежденія рецидива, должно, тотчасъ послѣ срѣзыванія кондиломъ ножницами, прижигать поверхность растворомъ ляписа, что часто и на долго приносить большую пользу. Замѣчательный случай этого рода обнарудовалъ *Levy*, въ Мюнхенѣ: онъ удалил у беременной кондиломы, прижегъ поверхность раны растворомъ азотнокислаго серебра и употреблялъ затѣмъ примочки изъ свинцовой воды; послѣ этого исчезли всѣ наросты на всегда; но 4 недѣли спустя появились многочисленные сосочковые наросты на груди, на лбу, на спинѣ, оставшіеся до родовъ; въ послѣродовомъ состояніи всѣ эти наросты исчезли сами собою. Очень ѣдкія средства чрезвычайно болѣзненны и не приносятъ продолжительной пользы. Въ одномъ клиническомъ случаѣ, у беременной, достоверно страдавшей сифилисомъ, мы нашли кондиломы въ видѣ большихъ *plaques*, простиравшихся отъ срамныхъ губъ, чрезъ всю промежность, до мягкихъ заднихъ частей, слѣдовательно на тѣхъ частяхъ наружныхъ половыхъ органовъ, по которымъ, во время лежанія и сидѣнія, стекали обильныя въ данномъ случаѣ истеченія изъ влагалища. Эти *plaques*, возвышавшіяся на толщину пальца надъ уровнемъ кожи, съ обильно отдѣлявшею поверхностью и блѣднымъ, салнымъ дномъ, похожи, на первый взглядъ, на огромнаго размѣра широкія кондиломы; но при ближайшемъ осмотрѣ, эти *plaques* оказались, состоявшими изъ безчисленныхъ, тѣсно другъ возлѣ друга сидѣвшихъ, приплюснутыхъ одинъ противъ другого, дольчатыхъ островочныхъ кондиломъ. Мы предписали больной лежать покойно и долго, старались, ежедневнымъ прижиганіемъ креозотомъ, уменьшить объемъ этихъ кондиломъ, поверхность которыхъ отдѣляла обильную, вонючую жидкость, и которыя мѣшали больной ходить и даже сидѣть. Это леченіе было очень болѣзненно, не смотря на употребленіе льда; объемъ и высота этихъ *plaques* нѣсколько уменьшились; но какъ только мы прекращали прижиганія, по причинѣ ихъ чрезмѣрной болѣзненности, тотчасъ возобновлялась прежняя картина. Въ послѣродовомъ состояніи онѣ уменьшались медленно; но исчезли ли онѣ совершенно, намъ не извѣстно.

Если мы имѣемъ дѣло съ кондиломами въ послѣродовомъ періодѣ, то лучше дожидаться до тѣхъ поръ, когда окончится обратное развитіе дѣтородныхъ органовъ. Мы видѣли, что уже въ первыя недѣли послѣродоваго состоянія, обширныя массы кондиломъ совершенно исчезали безъ всякаго другаго леченія,

кромѣ покойнаго лежанія и соблюденія крайней чистоты. Особенно память намъ одинъ случай, гдѣ у особы, очень сомнительнаго поведенія, на правой большой губѣ сидѣла опухоль, величиною въ яблоко, по виду и многочисленнымъ на поверхности ея острымъ отросткамъ,—болѣе всего походившая на морской ёжъ, какого мы видимъ въ акваріумахъ (эту форму опухоли Фермеръ принимаетъ за *elephantiasis*); въ тоже время на нижнемъ заднемъ краѣ vulvae сидѣли остатки меньшихъ, сморщенныхъ кондиломъ (рис. 9). Опухоль эта пропала сама собою въ продолженіе 8 недѣль. Таковой же ходъ болѣзни мы наблюдали въ другомъ, подобномъ же случаѣ, гдѣ опухоль была величиною только въ грецкій орѣхъ, и сидѣла на большой губѣ. Если, въ исключительныхъ случаяхъ, послѣ полного обратнаго развитія (*involutio*) дѣтородныхъ орга-

рис. 9.



*Condylomata acuminata* родильницы (изъ Кенигсбергской Поликлиники).

новъ, т. е. по появленіи первыхъ регулъ, эти наросты не пропадаютъ; то, одновременно съ вяжущими впрыскиваніями, для удаленія бѣлей и прижиганіями язвочекъ на шейкѣ матки, совѣтуютъ смазывать кондиломы *sol. arsen. Fowleri* или *Aceto Plumbi*, если опухоли малаго размѣра и не многочисленны. Но если наросты будутъ большаго объема и занимаютъ всю поверхность кожи, тогда лучше удалить ихъ ножницами или ножемъ и затѣмъ уже прижигать обнаженную почву; или наконецъ опухоль удаляютъ помощью гальванокаустической петли.

### 3. Фиброма.

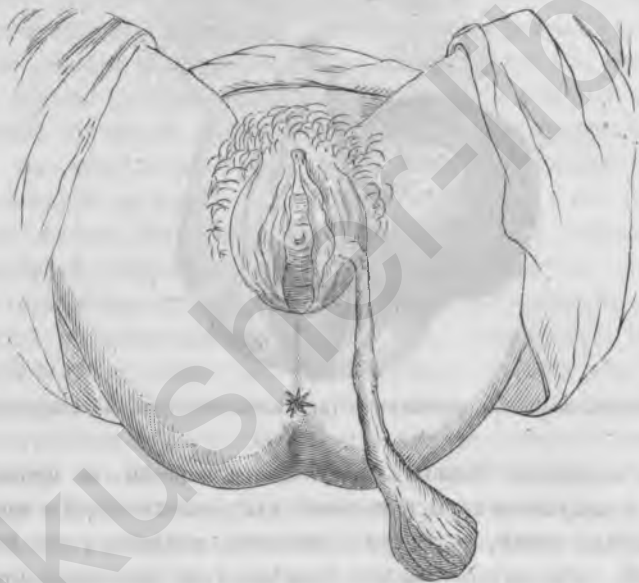
**Литература.** Grime: Remarkable lobulated tumour of labium. Glasgow. med. Journ. 1871. p. 265. Klob: Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane. p. 460. Morton: Fibro cellular tumour of the labium pudendi. Glasgow. med. Journ. 1871. p. 146. Storer: Boston. gynäk. Journ. Vol. IV. p. 271. 325. 336. Sympton, F.: Fibro-cellular tumour of the right brittock and labium. Brit. med. Journ. 1867. Jan. 26 p. 80.

§ 33. Изъ подкожной соединительной ткани промежности и большихъ срамныхъ губъ, а такъ же изъ богатой мышечными волокнами, круглой связки,



нерѣдко развиваются опухоли, величиною отъ горошины до кулака и болѣе, имѣющія характеръ фиброміомы. Онѣ разрастаются всегда въ ту сторону, гдѣ онѣ встрѣчаютъ менѣе препятствій. слѣдовательно—всегда внаружи и книзу и, смотря по болѣе или менѣе глубокому своему происхожденію, онѣ остаются прикрѣпленными къ своей почвѣ или же, оттягивая за собою кожу и подкожный слой, онѣ тяжестью своею спускаются внизъ, образуя такимъ образомъ полипообразные наросты съ болѣе или менѣе длинными ножками. Вообще эти опухоли медленно растутъ; но во время мѣсячныхъ кровей и беременности онѣ быстро увеличиваются, чтобы потомъ опять возвратиться, хотя и не совсѣмъ, къ своему первоначальному объему. Иногда, вслѣдствіе разныхъ внѣшнихъ и внутреннихъ причинъ, внутри этихъ опухолей образуются кровоизліянія, особенно въ большихъ опухоляхъ, вслѣдствіе чего ростъ ихъ быстро и значительно увеличивается.

рис. 10.



Фиброміома vulvae на ножкѣ. (Изъ Кенпгсбергской гинеколич. Поликлиники).

Описанныя Кивиншемъ значительнаго объема опухоли, исходящія изъ тазовой фасціи или изъ надкостницы костей выхода таза, переходящія на губы или на промежность и, переходя послѣднюю, выходящія наружу, принадлежатъ къ саркомамъ, между тѣмъ какъ только что описанныя опухоли, по своему строенію изъ соединительной и мышечной ткани и по той легкости, съ которою ихъ можно вылущивать, носятъ характеръ фибромъ (Klob).

Фиброміомы на наружныхъ дѣторонныхъ органахъ вызываютъ тѣже припадки, какъ и elephantiasis, къ которому онѣ близко подходят и по своему строенію. Достигнувъ значительнаго объема, фиброміомы обременяютъ больныхъ своею величиною, тяжестью, препятствуя ходьбѣ. Иногда на поверх-

ности такихъ большихъ опухолей развивается воспаленіе и изъязвленіе, переходящее нерѣдко въ глубокія язвы, вслѣдствіе которыхъ фиброіомы отдѣляются изъ своей материнской почвы. (Сканцони). При леченіи этихъ опухолей ноступаютъ совершенно также, какъ и при леченіи фиброіомъ матки т. е. должно какъ можно скорѣе удалить опухоль ножомъ. Опухоли, сидящія на ножкахъ, удаляютъ просто полулунными разрѣзами, а остающуюся рану зашиваютъ; опухоли же сидящія на широкіихъ основаніяхъ, должно вылучивать, а оставшуюся глубокую рану залечиваютъ при помощи дренажа.

#### 4. Липома.

**Литература.** Stiegele: Monströse Fettgeschwulst der linken grossen Schamlippe. Zeitschr. f. Chirurgie und Geburtshilfe. Bd. IX. p. 243. 1756.

§ 34. Линомы, встрѣчающіяся на наружныхъ половыхъ органахъ, исходятъ изъ большихъ срамныхъ губъ или *mons veneris*, и представляютъ такія же формы и размѣры, какъ фиброіома и *elephantiasis*, съ которыми липома совершенно сходна по своему теченію и своимъ припадкамъ. Липома отличается отъ нихъ, при распознаваніи, особенно ей свойственной, слегка — эластическою консистенціею, при изслѣдованіи ощупиваніемъ; отъ *elephantiasis* она, кромѣ того, отличается своею рѣзко очерченною формою, въ чемъ она сходна съ фиброіомою. Самую большую опухоль этого рода, вакая до сихъ поръ была описана, наблюдалъ и экстирпировалъ Stiegele: опухоль сидѣла на всей поверхности лѣвой губы, она была длиною въ 55 см., шириною въ 5 см., толщиною въ 13 см., всѣ ея равнялся 10 фунтамъ; опухоль была покрыта сильно гипертрофированною кожею (*epidermis*), по мѣстамъ представлявшею рубцы и воронкообразныя вдавленія; въ разрѣзѣ можно было разсмотрѣть сѣти подкожной кѣлчатки, значительно растянутыя и выполненныя жиромъ, который въ верхнихъ слояхъ казался болѣе плотнымъ, а въ болѣе глубокихъ слояхъ — болѣе мягкимъ и смѣшаннымъ съ сывороткою.

#### 5. Энхондрома. Хрящевая опухоль.

**Литература.** Bartholini: *Histor. anat. cent. III. hist. 69.* Beigel: *Die Krankheiten des weibl. Geschlechts.* Stuttgart. 1875. II. Bd. p. 728. Bellamy: *Transact. of. the pathol. Society of London.* Vol. 21. p. 352. Schneevogt: *Enchondrom der Clitoris.* Verhandl. van. het Genootschap ter Bevordering der Genees en Heelkunde te Amsterdam. II. 1. 1855. p. 67.

§ 35. Подъ названіемъ Энхондромы клитора, Schneevogt описалъ опухоль клитора, величиною болѣе кулака, сидѣвшую на ножкѣ, длиною въ 3 цѣ. Онъ наблюдалъ эту опухоль у 56 лѣтней, замужней, но бездѣтной женщины, страдавшей выпаденіемъ матки. Поверхность опухоли была бугристая, очень твердой консистенціи, а въ разрѣзѣ она представляла хрящеватое строеніе съ единичными размягченными, и нѣсколькими окостенѣвшими (окаменѣвшими?) мѣстами. Нѣтъ сомнѣнія, что къ тѣмъ же энхондромамъ должно отнести и тѣ твердыя опухоли клитора, которыя описаны Beigel'емъ, заимствованныя имъ у Бартолини и Беллами. Случай Бартолини относится къ проституткѣ, въ Ве-

неці, у которой киторъ до того оковенѣлъ, что посѣщавшіе ее мужчины подвергались пораненіямъ. Въ случаѣ Беллами, представленный Обществу Патологической Анатоміи въ Лондонѣ препаратъ взятъ отъ 70 лѣтней женщины, у которой подъ крайнюю плотью китора выросла роговая опухоль, «величиною и формою напоминавшая лапу тигра.»

## 6. Varices. Расширенія венъ.

**Литература.** Holden: Immense vulval and vaginal varix. New-York Med. record. 1868. July. Hyde: Transact. of the obst. Society of London. 70—71. XI. Roché: Gazette d. hôpit. 6. 9.

§ 36. Варикозныя расширенія венъ на наружныхъ половыхъ органахъ могутъ быть слѣдствіемъ разнаго рода опухолей въ полости малаго таза. Болѣе значительныя варикозныя расширенія образуются только во время беременности и достигаютъ, въ такомъ случаѣ, при извѣстныхъ условіяхъ, значительныхъ размѣровъ. Годенъ видѣлъ больную, находившуюся въ 4-мъ мѣсяцѣ ея 4-й беременности, у которой были расширенія венъ толщиною, на голеняхъ, въ тонкую кишку, а во влагалищѣ и на наружныхъ половыхъ частяхъ—еще болѣе громадныхъ размѣровъ; когда больная стояла, то расширенныя вены образовали опухоль, величиною въ дѣтскую голову. У этой женщины были вызваны искусственные преждевременные роды, но нѣсколько недѣль спустя, больная умерла отъ воспаления венъ (phlebitis).

Кромѣ незначительнаго зуда, наклонности въ образованію отековъ и развитію эритемы при сильныхъ тѣлесныхъ движеніяхъ и продолжительныхъ переходахъ, расширенія венъ не причиняютъ никакихъ особенныхъ страданій; за то во время беременности они не лишены нѣкоторой опасности для женщины. Самые незначительныя механическія поврежденія могутъ причинить разрывъ ихъ; такъ намъ случилось видѣть беременную, многорождавшую женщину, въ послѣднемъ мѣсяцѣ, у которой разорвался венозный узелъ на правой большой губѣ отъ одного лишь мышечнаго напряженія, въ то время, когда она подняла большую миску съ пищею, чтобы перенести ее изъ кухни въ другую комнату. Значительная потеря крови при этомъ угрожала больной смертью; къ счастью, больная жила въ сосѣдствѣ елиникъ и помощь подана была вовремя. Roché и Hyde (l. e.) видѣли смертельныя исходы отъ разрыва варикознаго сосуда vulvae и сильнаго при этомъ кровотеченія, вслѣдствіе ушиба дѣтородныхъ органовъ, при паденіи; въ одномъ случаѣ смерть послѣдовала спустя  $\frac{3}{4}$  часа, а въ другомъ чрезъ 40 минутъ послѣ разрыва. Смертельный исходъ можетъ наступить и въ томъ случаѣ, когда поврежденіе вены даже небыло значительно: такъ въ случаѣ Hyde'a, отверстіе въ венѣ, чрезъ которое произошло смертельное кровотеченіе, было такъ мало, что, при вскрытіи трупа его трудно было отыскать.

Во время родовъ, при прохожденіи дѣтской головки, разрывы венозныхъ узловъ еще легче происходятъ, нежели вслѣдствіе наружныхъ поврежденій во время беременности; но все таки гораздо рѣже сравнительно съ тѣмъ, какъ часто встрѣчаются varices и какъ не рѣдки поврежденія мягкихъ частей входа

влагалища во время акта родовъ. Если венозный узелъ разрывается въ толщѣ срамной губы и наружная кожа остается при этомъ цѣлою, то образуется кровяная опухоль (*Haematoma*) vulvae.

Венозные узлы въ послѣродовомъ періодѣ могутъ быть причиною воспаления венъ (случай Голдена), флегмоны губы соответственной стороны и тромбоза.

Лечение имѣетъ ту же задачу, какъ и лечение отека vulvae (сравни § 14): должно стараться по возможности предотвращать и уменьшать застои въ большихъ частяхъ; для этой цѣли прибѣгаютъ къ вышеизложеннымъ средствамъ.

Когда лопнетъ венозный узелъ, то первымъ дѣломъ, должно привести больную въ горизонтальное положеніе такъ, чтобы голова лежала нѣсколько ниже туловища и при этомъ не перестаютъ прижимать пальцами кровоточащее мѣсто до тѣхъ поръ, пока кровотеченіе окончательно не прекратится.

## 7. *Haematoma* или *thrombus vulvae*.

**Литература.** Canivet: Bull. de la Societ. anat. 3. Sér. X. 3. p. 440. Mai — Juillet 1875. von Francke: Zwei Fälle von Thrombus labialis. Memorabilien. Liefg. 1. p. 6. 1867. von Scanzoni: Lehrbuch der weibl. Sexualorgane. A. Wernich: Beitr. z. Geburtsh. und Gynäk. Berlin. III. 3. p. 126.

§ 37. Говоря о венозныхъ узлахъ vulvae, мы видѣли, что не всегда разрывать ихъ непременно сопровождается кровоизліяніемъ наружу, но что, кровоизліяніе можетъ произойти въ толщѣ большой губы, влагалища, промежности и *mm. gluteorum* и, при цѣлости наружной кожи этихъ частей, скопиться тамъ, раздвинуть подкожную соединительную ткань и образовать такимъ образомъ опухоль большаго или меньшаго размѣра и болѣе или менѣе плотную. Этого рода опухоль называютъ *haematoma* или *thrombus vulvae*. Для происхожденія *thrombus vulvae* нѣтъ непремѣнной надобности въ существованіи варикозныхъ венъ; напротивъ, постоянное общее растяженіе сосудовъ дѣтородныхъ органовъ во время беременности совершенно достаточно, чтобы сдѣлать ихъ наклонными къ разрывамъ ихъ стѣнокъ.

Болѣе всего предрасположены къ разрывамъ обширные конволуты венъ пещеристыхъ тѣлъ (*corpora cavernosa*) и клитора, образующія большія промежуточные пространства и мѣющія очень тонкія стѣнки. Что артеріи могутъ разрываться, а *rigidi*, нельзя отвергать, хотя при несравненно большей способности сопротивленія ихъ стѣнокъ, это не очень вѣроятно. Причину разрывовъ, всегда почти, должно искать въ актѣ родовъ, вслѣдствіе того, что дѣтская головка, спускаясь въ полость таза, прижимаетъ сосуды и обуславливаетъ, въ частяхъ нижележащихъ, застои. Скорые роды чаще сопровождаются разрывами и образованіемъ кровяныхъ опухолей, нежели медленные роды, какъ нѣкоторые утверждаютъ, и которые приходится оканчивать при помощи щипцовъ. Собственно щипцы не имѣютъ никакого значенія въ этиологіи тромба; обыкновенно опухоль уже образуется во время прохожденія дѣтской головки. Иногда отверстіе, образовавшееся вслѣдствіе разрыва вены во время родовъ, такъ мало, что кровь очень медленно выступаетъ изъ него, въ такомъ случаѣ очень большая опухоль образуется только въ послѣродовомъ періодѣ.

Внѣ беременности, haematoma vulvae образуется только вслѣдствіе очень грубаго, механическаго поврежденія, напр. паденія на острые предметы дѣтородными частями, послѣ грубыхъ, умышленныхъ поврежденій и пр. Однакоже Франкъ видѣлъ у пожилой женщины кровяную опухоль большой губы, происшедшую единственно вслѣдствіе сильнаго давленія.

Въ то время, какъ кровяныя опухоли, во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, вслѣдствіе значительнаго расширенія сосудовъ съ одной стороны и рыхлости и растяжимости подкожной вѣтчатки съ другой,—могутъ достигнуть обширныхъ размѣровъ,—величины дѣтской головки, кровяныя опухоли, образующіяся внѣ этихъ физиологическихъ состояній, достигаютъ только весьма незначительныхъ размѣровъ,—самое большее—это въ величину яблока, и по причинѣ большей плотности и способности сопротивленія подкожной и подъ-фасціальной соединительной ткани,—образуютъ опухоли болѣе ограниченныя, шаровидныя, что не замѣчается при haematoma у роженицъ и родильницъ.

Теченіе гематомы vulvae будетъ различно, смотря по количеству кровоизліянія; отъ большаго или меньшаго количества излившейся крови зависитъ большая или меньшая напряженность кожи, а вмѣстѣ съ этимъ и ея жизнѣнность; съ другой стороны отъ этого зависитъ возможность всасыванія излившейся крови.

Очень растянутая кожа легко можетъ разорваться или же она разрушается гангреною; въ первомъ случаѣ смерть можетъ послѣдовать отъ чрезмѣрной потери крови; а во второмъ отъ всасыванія гнилостныхъ элементовъ въ кровь.

Небольшія изліянія крови, почти безъ исключенія, всасываются, въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, при соблюденіи покоя и осторожности. Гематомы требуютъ очень долгое время для совершеннаго всасыванія; иногда въ окружности ихъ развивается воспаленіе, переходящее въ нагноеніе—образуются абсцессы. Haematoma, встрѣчающаяся въ послѣродовомъ періодѣ, рѣдко достигающая значительной величины, всегда почти оканчивается разрѣшеніемъ—всасываніемъ, если только давленіе на кожу, во время дѣйствія механической причины, вызвавшей гематому, не было настолько сильно, что оно причинило воспаленіе съ послѣдовательнымъ образованіемъ абсцесса. Но и тутъ бываютъ исключенія. Каниве видѣлъ 26 лѣтнюю женщину, у которой еще въ 2-хъ лѣтнемъ возрастѣ образовалась опухоль лѣвой большой губы, величина которой, въ куриное яйцо, почти не измѣнилась до послѣдняго времени. По удаленіи опухоли операціею, оказалось, что она состояла изъ 50 граммъ густой, шоколаднаго цвѣта крови, излившейся въ окружности Бартолиновой желѣзы и имѣвшей слоистое расположеніе.

Благодаря наклонности гематомы оканчиваться, въ большей части случаевъ, постепеннымъ всасываніемъ, задача терапіи въ этой болѣзни состоитъ въ томъ, чтобы удалить всякія вредныя вліянія, могущія воспрепятствовать этому процессу или же въ состояніи вызвать воспаленіе въ окружающихъ частяхъ. Соблюденіе этого правила бываетъ обыкновенно достаточно для излеченія гематомъ, развивающихся внѣ послѣродоваго періода; а также въ случаяхъ гема-

томъ, образующихся хотя и въ послѣродсовомъ періодѣ, но недостигающихъ большаго размѣра. Тѣмъ не менѣе, въ случаѣ Каниве, принуждены были экстирпировать опухоль, потому что она оказалась сложною—состоящею изъ нѣсколькихъ камеръ.

Когда мы имѣемъ дѣло съ опухолями средней или небольшой величины то должно начать съ того, что прикладываютъ на поверхности опухоли холодные компрессы или ледъ и, если опухоль продолжаетъ увеличиваться—вкладываютъ кусочки льда во влагалище, и это продолжаютъ дѣлать до тѣхъ поръ, пока опухоль не сдѣлается твердою и напряженіе кожи не уменьшится. Когда этого достигли, все остальное предоставляютъ силамъ природы. Стараются также способствовать процессу всасыванія прикладываніемъ теплыхъ, ароматическихъ компрессовъ на твердою опухоль. Только въ томъ случаѣ, когда развивается гангрена кожи или воспаленіе стѣнокъ гематомы и образуется абсцессъ,—должно дѣйствовать болѣе энергично: на самомъ низкомъ мѣстѣ опухоли губы дѣлаютъ длинный разрѣзъ для того, чтобы жидкое содержимое могло сразу вытечь, сгустки же удаляются пальцемъ. Опорожненную такимъ образомъ полость, очищаютъ выскрѣиваніями изъ раствора карболовой кислоты, и выполняютъ ее карболованною же ватой. Такимъ же образомъ продолжаютъ поступать до тѣхъ поръ, пока полость совершенно не закроется.

## 8. Neuroma.

*Литература.* Kennedy, E.: Specific inflammations of the uterus. Med. Press and Circ. Jun. 7. 1874. Simpson: Med. Times. October. 1859.

§ 38. До сихъ поръ намъ извѣстенъ только одинъ случай *Neuromae vulvae*, описанный Симпсономъ. Подъ этимъ именемъ описаны небольшіе, очень болѣзненные, подкожные узелки, сидящіе по близости мочеиспускательнаго отверстия.

Не должно смѣшивать съ невромомъ, другіе маленькія новообразованія, еще болѣе болѣзненные, нежели невромы,—чѣмъ первые и отличаются отъ послѣднихъ. Опухоли эти такъ малы, что ихъ едва можно рассмотретьъ подъ лупою; онѣ описаны Е. Кеннеду подъ названіемъ «sensitive papillae and warts.» Эти возвышенія сидятъ обыкновенно на малыхъ губахъ и въ преддверіи, и развиваются послѣ родовъ, вслѣдствіе худо зажившихъ изъязвленій; они состоятъ изъ не вполне организовавшихся грануляцій, лишены настоящаго эпителія, богаты сосудами и очень болѣзненны. Кеннеду совѣтуетъ отсѣивать каждое отдѣльное возвышеніе и срѣзывать его ножницами

## 9. Кисты или мѣшечатая опухоль.

*Литература.* Kiwisch: Klinische Vortr. II. p. 572. u. f. Klob: Patholog. Anat. der weibl. Sexualorgane. p. 465. Säxinger: Spitalzeitung. 39. 1863.

Кисты, встрѣчающіяся на наружныхъ половыхъ органахъ у женщинъ, въ большинствѣ случаевъ, происходятъ отъ закупориванія выводящихъ протоковъ Бартолиновыхъ желѣзъ; но случается наблюдать, хотя рѣже, и такія кисты, которыя не имѣютъ ничего общаго съ этими желѣзами. Онѣ точно

также имѣютъ своимъ мѣстопробываніемъ, почти безъ исключенія, большія срамныя губы, и сидятъ то болѣе поверхностно,—и въ такомъ случаѣ онѣ имѣютъ круглую форму—или же онѣ сидятъ глубже, выдаваясь на поверхности губы—и въ такомъ случаѣ вся губа представляется равномерно припухшею. Кисты эти могутъ достигнуть различной величины, отъ горошины, вишни и до головки новорожденного. Большею частью находятъ только одну кисту—и тогда опухоль бываетъ очень велика; но встрѣчаются также сложныя и многочисленныя кисты, что подтверждено наблюденіями Cederschjöld'a и Буша.

Содержимое этихъ кистъ обыкновенно составляетъ—серозная жидкость, то свѣтлая, то мутная; но иногда содержимое кистъ состоитъ изъ коллоидной массы или жидкости шоколаднаго цвѣта. Нѣкоторые писатели говорятъ о кистахъ, содержимое которыхъ состояло преимущественно изъ жира, а также о дермоидальныхъ кистахъ. Толщина стѣнокъ ихъ бываетъ различная; внутренняя ихъ поверхность б. ч. гладкая, между тѣмъ какъ наружная обыкновенно плотно срастается съ окружающею соединительною тканью, такъ что очень трудно ихъ изолировать или вылучить; величины онѣ бываютъ не постоянной: то онѣ растутъ очень медленно, особенно глубокосидящія кисты, въ другихъ случаяхъ онѣ растутъ скачками, быстро увеличиваясь въ объемѣ.

Въ большинствѣ случаевъ кисты растутъ внизу, иногда же вверхъ, по направленію въ полость малаго таза; въ другихъ случаяхъ онѣ направляются въ пространство между влагалищемъ и прямою кишкою. Мы очень мало знаемъ о происхожденіи этихъ кистъ. Клобъ думаетъ, что онѣ образуются частью вслѣдствіе кровозлиянія, которое окружается перепонкою; частью—изъ расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ; въ этой послѣдней категоріи должно отнести описанныя Cederschjöld'омъ и Бушемъ сложныя кисты.

Маленькія кисты обыкновенно не беспокоятъ больныхъ, за исключеніемъ того, что вызываютъ усиленное отдѣленіе на сосѣдней слизистой оболочкѣ, и во время менструаціи не рѣдко становятся очень чувствительными. Кисты большаго объема, кромѣ вышеназванныхъ przypadковъ, но въ большей степени, часто мѣшаютъ свободнымъ тѣлодвиженіямъ и причиняютъ боль во время полового совокупленія; очень сильныя боли и даже лихорадочное состояніе бываетъ въ рѣдкихъ случаяхъ, когда киста воспаляется по причинѣ грубаго, механическаго инсульта; въ такомъ случаѣ содержимое кисты переходитъ въ нагноеніе, принимая нерѣдко, особенно въ кистахъ Бартолиновыхъ желѣзъ, гнилостный характеръ и зловонный запахъ. Если такая киста вскроется сама собою, то излеченіе этимъ еще не обезпечено, ибо легко образуются фистулезныя ходы или же рано или поздно послѣдуетъ рецидивъ.

Диагнозъ можетъ встрѣтить затрудненіе, если киста очень напряжена и вслѣдствіе этого трудно убѣдиться въ существованіи флукуаціи; въ такомъ случаѣ ничего болѣе не остается, какъ сдѣлать пробный проколъ или разрѣзъ, чтобы такимъ образомъ убѣдиться, вмѣстѣ ли мы дѣло съ фибромою или съ липомою или же съ опухолью съ жидкимъ содержимымъ. Ни ощупываніе, ни анамнезисъ не даютъ средства отличить воспаленную кисту отъ абсцесса. При леченіи, само собою разумѣется, нѣтъ другаго выбора какъ операція.

Одинъ проколъ съ послѣдовательнымъ выдавливаніемъ содержащаго, обык-

новенно недостаточно бываетъ для достиженія окончательнаго излеченія; здѣсь могутъ быть тѣже явленія, какія бываютъ и послѣ произвольнаго вскрытія воспаленныхъ кистъ. Поэтому должно стараться эстирпировать всю кисту, цѣликомъ, что однако сопряжено бываетъ съ немаловажными трудностями, потому что стѣнки большей части такихъ кистъ срастаются съ окружающими частями; послѣднія же часто очень богаты сосудами, отчего операція этого рода сопряжена съ обильными кровотечениями.

Вотъ почему въ нѣкоторыхъ случаяхъ, приходится довольствоваться вырѣзываніемъ только большей части мѣшка кисты, а оставшуюся полость, для совершеннаго ея излеченія, должно выполнять корнѣю или ватю, смоченною въ іодовой настойкѣ.

## 10. Ракъ vulvae.

**Литература.** Aubenas: Des tumeurs de la Vulve. Thèse. Strassb. 1860. Bailly: Tumeurs mélanotiques de la vulve. Gaz. hebdom. Nro. 47. 1868. Behrend: Zur Casuistik der Cancroide der äusseren Genitalien des Weibes. Inaug.-Diss. Jena 1869. Debout: Bull. de thérap. LXVI. p. 12. Jan. 15. 1864. L. Mayer: Beiträge zur Kenntniss der malignen Geschwülste der äusseren weiblichen Geschlechtstheile, Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 32. p. 244. L. Mayer: Klinische Bemerkungen über das Cancroid der äusseren Genitalien des Weibes. Virchow. Archiv XXV. Hft. 4. p. 538. 1866. Mignot: Cancer de la Vulve. Gaz. hebdom. Juin 29. 1866. Neugebauer: Epithelioma labii pudendi dextri. Pamietnik tow. lek. Warsz. 1873. J. Petit: De quelques tumeurs de la Vulve et de leur extirpation par les procédés d'exérés non sanglante. Leçons cliniques p. le prof. Verneuil. Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie. Nro. 23. 1874. Prescott Hewitt: Melanosis of the labium and glans of the groins and pubes. Lancet. March 16. 1861. Prestat: Tumeurs de la vulve. Gaz. d. hôpit. Nro. 67. 1866. Sîmon: Fall von recidivirendem Sarcom der grossen Schamlippen. Monatsschr. f. Geburtsh. Jan.—März 1859. Ch. West: Lehrbuch d. Frauenkrankh. 1870. p. 829 f.

§ 40. Не смотря на то, что раковыя перерожденія весьма часто встрѣчаются у женщинъ, и при томъ преимущественно на дѣтородныхъ органахъ, тѣмъ не менѣ злокачественныя опухоли поражаютъ наружныя половыя органы женщины только въ видѣ исключенія.

Изъ статистическихъ свѣдѣній, собранныхъ Вирховымъ, Луи Майеромъ Marc. d'Espine'омъ и Таншономъ, видно что на 35—40 случаевъ рака матен приходится только одинъ случай «жарпиномы наружныхъ половыхъ органовъ». Формы, подъ которыми были наблюдаемы раковыя перерожденія наружныхъ половыхъ органовъ, были: канцеридъ, скирръ, саркома, и мозговидъ. По наблюденіямъ Веста и Сванцони, самая частая форма раковаго перерожденія, которая встрѣчается на наружныхъ дѣтородныхъ органахъ женщины, есть канцеридъ. Тоже подтверждается наблюденіями Л. Майера, который нашелъ, что изъ 9 случаевъ злокачественныхъ опухолей vulvae, въ 4 положительно былъ канцеридъ, въ 2 случаяхъ діагнозъ былъ сомнительный, въ 2 случаяхъ былъ скирръ, а въ одномъ саркома.

Намъ удалось наблюдать всего 6 случаевъ: злокачественныхъ опухолей vulvae, въ трехъ изъ нихъ былъ канцеридъ, что подтверждено микроскопическими изслѣдованіями.



§ 41. а. Канкроидъ обыкновенно развивается на внутренней нижней сторонѣ той или другой большой губы. Въ самомъ началѣ болѣзни появляются маленькіе, кругловатые, выдающіеся надъ уровнемъ кожи, твердые, неровные, большею частью бѣлаго цвѣта, узелки, которые долго остаются незамѣтными, потому что въ этомъ видѣ они не причиняютъ особенной боли, не беспокоятъ своею величиною и въ самомъ началѣ медленно растутъ.

Раньше или позже эти узелки, съ развитіемъ сосудистости въ окружающихъ ихъ частяхъ, начинаютъ мочнуть: они теряютъ очень скоро поверхностный слой эпителия и обнаруживаютъ вскорѣ изъязвленія, которыя расширяются болѣе и болѣе, и помѣръ того какъ растутъ узелки, начинается изъязвленіе, окружающей узелки поверхности.

Канкроидная язва характеризуется: своею круглою формою, остающеюся долго такою вслѣдствіе того, что затвердѣніе окружающихъ узелокъ частей все болѣе и болѣе увеличивается; далѣе—своими твердыми, синеватыми краями, грязнокраснымъ цвѣтомъ; грубо-зернистымъ, твердымъ, нѣсколько возвышеннымъ основаніемъ, поверхность котораго отдѣляетъ грязную, гнойно—гнилостную, пронизательно — неприятнаго запаха жидкую матерію и на которой, съ дальнѣйшимъ ходомъ болѣзни, появляются болѣе или менѣе многочисленные папиллярные наросты, достигающіе нерѣдко значительныхъ размѣровъ.

Съ образованіемъ гноящейся язвы, и затвердѣніе окружающихъ ея частей быстрѣе распространяется обыкновенно, по направленію продольной оси большой губы, переходитъ на внутреннюю ея сторону, и только въ исключительныхъ случаяхъ (Л. Майеръ), переходитъ границу преддверія, обозначенную митоводными сосочками, на влагалище и еще рѣже на стѣнки живота.

Какъ только канкроидная язва перешла на внутреннюю сторону большой губы, она обыкновенно не замедлитъ перейти и на близъ лежащую малую губу, затѣмъ на крайнюю плоть клитора и на самый клиторъ; всѣ эти части, въ томъ же порядкѣ, сначала краснѣютъ, припухаютъ, твердѣютъ, затѣмъ изъязвляются такъ, что получается большая, продолговатая язва съ неровными краями, неправильнымъ, твердымъ, грязновато краснаго цвѣта дномъ, идущая отъ нижней части большой губы, между зіяющими губами, вверхъ до *mons veneris*.

Обыкновенно канкроидная язва одной губы не переходитъ на другую; но мы имѣли случай наблюдать канкроидную язву на лѣвой губѣ, величиною въ двѣ марки (полтинникъ), при чемъ на томъ мѣстѣ правой губы, которое приходилось противъ самой возвышенной точки язвы лѣвой губы, я замѣтилъ язвочку, величиною въ пфенигъ (грошъ), покрытую твердыми грануляціями на твердомъ основаніи. Снятая эту язвочку подозрительною, перешедшею съ лѣвой губы *per contiguitatem*, я удалилъ ее одновременно съ большою язвою лѣвой губы. При изслѣдованіи, подъ микроскопомъ, ткани большой язвы, я убѣдился въ ея канкроидномъ характерѣ, между тѣмъ какъ изслѣдованіе маленькой язвы лѣвой губы не дало такого положительнаго результата.

Рано или поздно, иногда послѣ довольно долгаго существованія обширной язвы, начинается инфильтрація лимфатическихъ желѣзъ въ паховой области. По мѣрѣ увеличенія въ объемъ послѣднихъ, ускоряется и ходъ самаго процесса

на наружныхъ половыхъ органахъ: изъязвленіе въ такомъ случаѣ проникаетъ все глубже и глубже; поверхность его становится болѣе изрытою, и глубже лежащія ткани губы, не принимавшія до того участія въ болѣзненномъ процессѣ, начинаютъ припухать; вся губа становится темнокрасною, опухшею, твердою и очень болѣзненною; наконецъ вся губа поражается канкротиднымъ перерожденіемъ. Но прежде еще чѣмъ это совершилось, канкротидная язва уже успѣла распространиться на промежность, ляжки, разрушить, на значительной глубинѣ, ткани этихъ частей, образовавъ и здѣсь такую же характерическую язву, но съ менѣе обильнымъ секретомъ и не столь болѣзненную. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчаютъ очень быстрое припуханіе и затвержденіе одной или нѣсколькихъ паховыхъ желѣзъ. Когда процессъ вообще развивается и увеличивается быстро, то и вскрытіе желѣзъ не заставляетъ себя долго ждать, оставляя за собою глубокую карциноматозную язву.

§ 42. Принадки и теченіе. Первоначально канкротидъ появляется въ видѣ сухихъ маленькихъ подкожныхъ узелковъ, которые остаются иногда долго безъ всякаго измѣненія въ формѣ и величинѣ и не причиняютъ никакихъ тягостныхъ ощущеній. Этотъ періодъ можетъ продолжаться нѣсколько мѣсяцевъ. Какъ только начался періодъ изъязвленія, болѣзненный процессъ идетъ быстрѣе и быстрѣе и, среднимъ числомъ, въ два года оканчивается смертью. Въ началѣ болѣзни, кромѣ тягостнаго зуда (*pruritus*), обыкновенно не замѣчаютъ ник. кихъ другихъ принадлежковъ. По наступленіи періода изъязвленія, въ непріятному отдѣленію съ поверхности язвы, присоединяется еще мучительная боль, которая впрочемъ не такъ значительна, какъ при другихъ формахъ рака. Смертельный исходъ наступаетъ отъ постепеннаго истощенія силъ: больныя худѣютъ, цвѣтъ лица ихъ становится землистымъ; онѣ теряютъ аппетитъ и сонъ и медленно таютъ. Трудно объяснить себѣ такое быстрое наступленіе преждевременнаго маразма, тѣмъ болѣе, что канкротидный процессъ не сопровождается такими сильными принадлежками, которыми можно бы объяснить такое быстрое истощеніе: здѣсь не замѣчаютъ ни очень сильной боли, ни изнурительныхъ секретовъ, ни кровотеченій, какія бывають при другихъ раковыхъ формахъ. Остается допустить, что больныя погибають отъ хроническаго, септического зараженія крови.

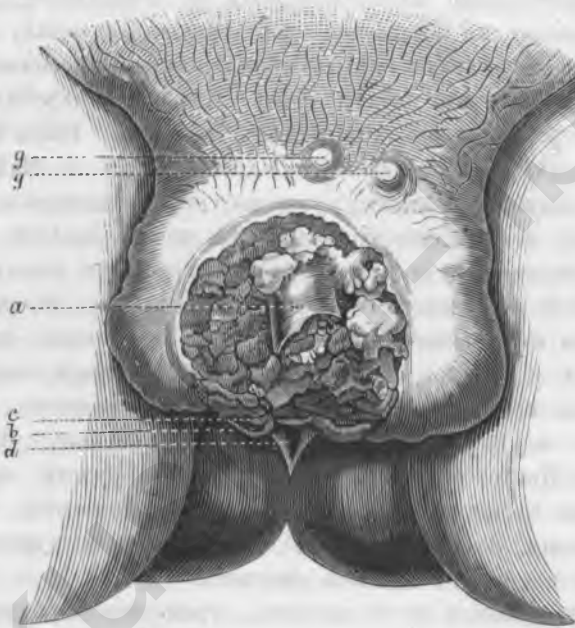
§ 43. Объ этиологіи канкротиды *vulvae* мы очень мало знаемъ. Только то достовѣрно, что эта болѣзнь не встрѣчается въ молодомъ возрастѣ, а появляется только въ болѣе зрѣлыхъ, особенно климактерическихъ лѣтахъ. Изъ статистической таблицы, составленной Л. Майеромъ, видно, что изъ 13 случаевъ канкротиды, 7 появились на 6-мъ десяткѣ; 3 на 4-мъ, 2 на 5-мъ и 1 на 7-мъ десяткѣ лѣтъ отъ рожденія. Въ нашихъ трехъ случаяхъ, одной было 53, другой 56, а третьей 62 года отъ рожденія. Изъ литературы намъ еще извѣстенъ одинъ только случай канкротиды молодой женщины, 31 годна; случай этотъ былъ хорошо изслѣдованъ и описанъ Вестомъ. Наслѣдственность, кажется, не играетъ никакой роли въ этиологіи этой болѣзни. Обыкновенно болѣзнь занимаетъ одну только сторону *vulvae*, хотя Л. Майеръ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ болѣзнь съ самаго начала поразила обѣ губы. Какъ на случайныя причины, указываютъ на грубыя механическія поврежденія *vulvae*;

такъ напр. въ только что упомянутомъ случаѣ Веста, гдѣ, при первомъ изслѣдованіи, болѣзнь представлялась уже въ формѣ глубокой, обширной, помѣшавшей въ себѣ орѣхъ, канкроеидной язвы, которая, по показанію больной, развилась послѣ паденія на край стула и сильнаго вслѣдствіе того давленія на vulvam, при чемъ было сильное кровотеченіе. Все это случилось за 5 мѣсяцевъ до изслѣдованія больной Вестомъ. На сколько постоянное, механическое треніе половыхъ частей можетъ способствовать развитію этой болѣзни, трудно сказать; точно также трудно доказать, былъ ли зудъ (pruritis), сопровождающій канкроеидъ во всѣхъ его стадіяхъ, особенно же вначалѣ, симптомомъ, свойственнымъ канкроеиду, или же онъ предшествовалъ ему и, побуждая къ постоянному тренію и чесанію половыхъ частей, этимъ самымъ послужилъ причиною развившагося канкроеида.

§ 44. Лечение. При употребленіи соответствующихъ, мѣстныхъ средствъ, лечение канкроеида вообще даетъ удовлетворительные результаты. Чѣмъ раньше рѣшаются на совершенное разрушеніе канкроеида, захватывая при этомъ и здоровую ткань, тѣмъ больше шансовъ на успѣшное излеченіе. Рецидивы встрѣчались бы гораздо рѣже, если бы возможно было удалить больную часть изъ здоровой въ самомъ началѣ болѣзни или, по крайней мѣрѣ, въ началѣ развитія изъязвленія. Къ сожалѣнію, больныя очень поздно прибѣгаютъ къ врачу, или онѣ долго не соглашаются на операцію, такъ какъ въ началѣ болѣзни ихъ мало беспокоитъ и не понуждаетъ поэтому рѣшиться на операцію. Въ томъ случаѣ, когда желѣзы уже значительно распухли, нельзя и думать о совершенномъ излеченіи безъ рецидива. Опытъ однако учитъ насъ, что удаленіемъ перерожденныхъ частей, даже при обширныхъ канкроеидахъ, когда желѣзы уже значительно распухли—достигается, по крайней мѣрѣ, значительное отдаленіе смертельнаго исхода. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь уже перешла на промежность и на бедра, или гдѣ пораженные канкроеидомъ желѣзы перешли въ нагноеніе и гной, проложивъ себѣ путь наружу, образовалъ сенкундарную язву въ паховой области, тамъ должно воздерживаться отъ оперативныхъ попытокъ; въ такихъ случаяхъ лучше ограничиться, какъ совѣтуетъ Дебу (l. c.), употребленіемъ раствора *kali chlorici* внутрь и въ видѣ компрессовъ и примочекъ снаружи. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь еще не очень далеко подвинулась впередъ, должно стараться удалить всю больную ткань и при томъ, какъ бы не была болѣзнь мало развита, не слѣдуетъ терять время на прикладываніе ѣдкихъ веществъ, а должно, какъ можно раньше, приступить къ удаленію всѣхъ перерожденныхъ частей ножомъ, захватывая при этомъ нѣкоторую часть окружающей здоровой ткани. Лучше удалить лишнюю часть здоровой ткани, нежели оставить сомнительныя частички. Хотя полученную такимъ образомъ обширную, глубокую рану, по наложеніи шва, почти никогда не удается заживить *per primam intentionem*, тѣмъ не менѣе однако же въ нашихъ случаяхъ, въ которыхъ мы и лиуждены были удалить большую часть большой срамной губы и въ которыхъ наложенный шовъ разошелся, послѣдовало довольно скорое излеченіе, при помощи хорошихъ грануляцій. Будетъ ли это излеченіе полное, мы не можемъ еще сказать, такъ какъ операція произведена только въ теченіи истекшаго года.

§ 45. б. Скирръ, саркома, медуллярная саркома vulvae до того рѣдо встрѣчаются, какъ самостоятельныя (primär), болѣзни, что даже тѣ наблюдатели, которые располагаютъ богатымъ матеріаломъ, могутъ похвалиться весьма немногими собственными наблюдениями этихъ болѣзненныхъ формъ. Луи Майеръ, при его богатомъ матеріалѣ, видѣлъ только четыре случая этого рода злокачественныхъ опухолей; Шредеръ—два, а Вестъ—только одинъ. Изъ нашихъ 6-ти случаевъ злокачественныхъ опухолей наружныхъ половыхъ органовъ, три принадлежали къ этой категоріи. Изъ четырехъ случаевъ Майера, въ 2-хъ былъ скирръ, а въ 2-хъ саркома; изъ нашихъ 3 случаевъ были: 2 скирра и 1 медуллярной саркомы. Клобъ, Балли и Prescott Nevitt наблюдали меланотическій ракъ vulvae. Обыкновенно и эти опухоли первоначально также пора-

рис. 11.



Carcinoma vulvae (Майеръ).

а) Остатокъ клитора. б) Задняя спайка. в) Urethra. д) Влагалище. gg.) желѣзки кожи.

жаютъ большія срамныя губы, и не многимъ рѣже—клиторъ. Въ двухъ случаяхъ скирра, которые наблюдалъ Л. Майеръ, (одинъ изъ нихъ представленъ здѣсь на рис. II), одинъ исходилъ изъ клитора, а другой изъ ткани, непосредственно около него лежащей. Изъ описанныхъ имъ 2 случаевъ саркомы, одна развилась первоначально на малой, а другая—на большой губѣ. Въ случаяхъ Шредера, одинъ разъ болѣзнь началась съ малой, а другой — съ большой губы.

Изъ нашихъ 3-хъ случаевъ—одинъ скирръ начинался съ правой большой губы и отсюда перешелъ на малую губу и клиторъ, которые представлялись темно-красными, припухшими и затвердѣлыми; въ тоже время въ толщѣ правой губы можно было прощупать толстый узелъ, длиною въ 5 см;

толщиною въ 3 см., который плотно сросся съ наружною кожею губы, но оставался подвижнымъ со стороны кости; на внутренней же сторонѣ губы уже начиналось изъязвленіе; при этомъ паховыя желѣзы съ обѣихъ сторонъ уже представляли значительную припухлость, при томъ съ лѣвой стороны, большую чѣмъ съ правой. Во второмъ нашемъ случаѣ скирръ начался съ крайней плоти клитора. Медулярная саркома, которую мы наблюдали у старой дѣвы, медленно развилась изъ значительно разросшихся карункулъ мочеиспускательнаго канала, которые мы неоднократно тщетно старались удалить при помощи ножницъ и каленнаго желѣза! Эти то карункулы разрослись въ огромную, быстро увеличившуюся раковую опухоль, занимавшую всѣ части наружныхъ половыхъ органовъ.

Болезнь обыкновенно начинается образованіемъ, глубоко лежащихъ въ ткани узловъ, постепенно приближающихся къ поверхности кожи и затѣмъ скорѣ переходящихъ въ изъязвленіе, образуя неправильныя, изрытыя язвы, характеризующіяся грязнымъ цвѣтомъ поверхности ея и обильнымъ, жидкимъ, гнойнымъ, дурно-пахучимъ отдѣленіемъ. Подобно канкроиду, эти опухоли обыкновенно встрѣчаются въ старческомъ возрастѣ. Возрастъ больныхъ въ нашихъ 3-хъ случаяхъ, а также въ 4-хъ случаяхъ Л. Майера, совпадалъ между 60—70 годами. Припадки, которыми сопровождаются эти опухоли, гораздо тягостнѣе, нежели при канкроидѣ. Въ началѣ болѣзни больныя жалуются только на ощущеніе зуда, на усиленное отдѣленіе изъ влагалища и на механическую тяжесть отъ присутствія опухоли. Сильныя, колющія, рѣжущія, такъ называемыя карциноматозныя боли появляются ранѣе, нежели при канкроидѣ; равнымъ образомъ и гнойно-гнилостныя отдѣленія значительно обильнѣе; ослабляющія кровотеченія повторяются чаще, наконецъ и инфильтрація лимфатическихъ желѣзъ обнаруживается гораздо ранѣе, чѣмъ это бываетъ при канкроидѣ. Послѣ всего сказаннаго, понятно будетъ, почему больныя, одержимыя этими болѣзнями, гораздо скорѣе приближаются къ гибельному, смертельному концу, вслѣдствіе упадка силъ—раковаго худосочія и метастатическаго отложенія ея въ другихъ органахъ.

Леченіе, въ большей части случаевъ, ограничивается однимъ симптоматическимъ; потому что оперативное леченіе большею частью неприменимо по причинѣ быстрого распространенія болѣзненнаго процесса во всѣ стороны и въ глубину пораженныхъ частей, и рано развивающейся значительной инфильтраціи лимфатическихъ желѣзъ. Тѣмъ не менѣе однако, были обнаружены случаи излеченія, хотя осталось неизвѣстнымъ, было ли излеченіе радикальное или нѣтъ. Въ случаяхъ скирра и саркомы, выше нами упомянутыхъ, мы нѣсколько разъ приступали къ операціи и всякій разъ безъ успѣха; мы даже не могли добиться поверхностнаго заживленія, оставшейся послѣ операціи раны; въ 3-емъ нашемъ случаѣ, даже при всемъ желаніи и согласіи со стороны паціентки, подвергнуться операціи, мы сами не рѣшались бы предпринять таковую по той причинѣ, что лимфатическія желѣзы съ обѣихъ сторонъ были уже значительно измѣнены—перерождены.

## ГЛАВА VIII.

## Болѣзни бартолиновыхъ желѣзъ.

**Литература.** Bärensprung: Charité-Annalen. Bd. 14. 1856. Breton: De la Bartholinite. Thèse. Strassbourg 1861. Gaudy: Klin. Vorles. über Affektionen der Bartholinschen Drüsen. Presse méd. 24. 26. 29. 35. 49. 51. 1862. Höning: Grosse Cyste der Bartholinschen Drüse. Monatsschrift für Geburtsk. Bd. 34. p. 130. 1869. Huguier: Mém. de l'Accad. de méd. Tom. XV. 1850. Huguier: Des maladies de la glande vulvo-vaginale etc. Journ. de conn. méd. chirurg. 1852. Nro. 6—8. Köbner: Memorabilien. XIII. 9. 1869. Kühn: Ueber nicht syphilitische Erkrakungen bei prostituirten Dirnen. Zeitschr. f. Med. Chir. und Geburtsh. N. F. 3. 4. p. 164. 236. 1866. Lotze: Ueber Cystendegeneration der Cowper'schen Drüsen der Frau. Inaug.-Diss. Göttingen 1870. Martin: Ueber die Entzündung der Bartholinschen Drüsen. Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 6. 1870. v. Plazer: Ueber eine vortheilhafte Modification in der operativen Behandlung der zu Cysten degenerirten Bartholinschen Drüsen. Sitz. Bericht d. Vereins d. Aerzte in Steyermark. V. 1867—68. p. 41. Tiedemann: Von den Duverneyschen, Bartholinschen und Cowperschen Drüsen des Weibes. Heidelberg und Leipzig 1840. Zeissl: Zur Physiologie und Pathologie der Bartholinschen Vulvovaginaldrüse. Allgem. Wien. med. Zeitschrift. Nro. 45. 46. 1865.

§ 46. Анатомическое обозрѣніе. Бартолиновы или Дювернеевскія желѣзы, соответствующія Кауперовскимъ желѣзамъ у мужчинъ, лежатъ, по одной, съ каждой стороны входа влагалища, въ задней, нижней части большихъ срамныхъ губъ, покрытыя, кромѣ кожи послѣднихъ, еще и мышцею *constrictore sinni*, поверхностною фасцією промежности (*fascia perinaei superficialis*). Онѣ лежатъ въ пространствѣ между нижнимъ концомъ влагалища и восходящею вѣтвью сѣдалищной кости (*ramus ascendens os. ischii*), окруженныя обильною клетчаткою тканью. Надъ ними лежатъ пучки *m. levatoris ani*, идущіе отъ *os ischii*; а позади ихъ—*mm. transversi perinaei*. Форма ихъ—продолговатокруглая, плоская. По формѣ и величинѣ онѣ похожи на миндалину и состоятъ изъ маленькихъ, округленныхъ, плоскихъ лоскутковъ, хорошо видимыхъ, простымъ глазомъ; у худощавыхъ женщинъ ихъ легко удастся прощупать въ видѣ твердыхъ тѣлецъ, лежащихъ по направленію продольной оси губы; для этого стоитъ захватить нижнюю часть большой губы между указательнымъ и большимъ пальцемъ и слегка сдавливать.

Желѣзы эти имѣютъ выводящій протокъ, длиною около 2 см., въ который можно ввести тонкій серебрянный зондъ и который, выходя изъ верхняго конца желѣзы и, пройдя подъ *m. constrictore sinni*, направляется прямо внутрь къ малой губѣ, открываясь въ *vestibulum*, тотчасъ впереди дѣвственной плевы, гдѣ его легко можно видѣть, если прижимать внутрь дѣвственную перепонку и миртовидные сосочки (*sagunculae myrtiformes*). Желѣзы выдѣляютъ изъ себя бѣловато-сѣрую, тягучую жидкость. Нѣкоторые полагаютъ, что отдѣленіе этой жидкости усиливается во время соитія, подъ вліяніемъ сладострастнаго возбужденія и выбрасывается толчками подъ вліяніемъ сокращеній *m. constrictoris sinni*.

§ 47. Заболѣванія этихъ желѣзъ и ихъ выводящихъ протоковъ принадлежатъ къ самымъ частымъ заболѣваніямъ наружныхъ половыхъ органовъ у женщины.

Къ самымъ частымъ заболѣваніямъ этихъ желѣзъ относятся:

а) Закупориваніе и воспаленіе выводящихъ протоковъ.

Отверстіе выводящаго протока можетъ подвергнуться суженію, смѣщенію и даже закрытію частью вслѣдствіе того, что секретъ стѣнонь его засыхаетъ, отчасти по причинѣ воспаленія и разбуханія, вызваннаго воспаленіемъ слизистой оболочки и въ особенности близъ лежащихъ мирговидныхъ карукулъ; иногда, если у женщины существуетъ гоноррея, тоже можетъ быть по причинѣ разрастаній островочечныхъ кондиломъ, проникающихъ нерѣдко въ самый каналъ протока. Застоявшееся, такимъ образомъ, въ выводящемъ протокѣ отдѣленіе рано или поздно образуетъ опухоль, величиною отъ каленаго до грецкаго орѣха, вдающаяся въ полость влагалища, входъ котораго такимъ образомъ стѣсняется. Сама по себѣ опухоль не причиняетъ боли; но она можетъ мѣшать половому совокушенію или, подвергаясь давленію, напр. когда больная садится, встаетъ или долго ходитъ, она можетъ причинить значительныя страданія отъ боли и раздраженія слизистой оболочки.

Когда закупориваніе и слѣдовательно задержаніе секрета долго продолжается, то кожа внутренней поверхности большихъ и нижней части малыхъ губъ сильно напрягается, при чемъ легко можетъ случиться, что протокъ отрывается, содержимое вытекаетъ, и больная чувствуетъ значительное облегченіе. Правда, иногда это облученіе продолжается не долго, потому что содержимое можетъ снова накопиться. Рецидивы этой болѣзни встрѣчаются чаще чѣмъ во всякой другой. Чаще всего однако, вслѣдствіе напряженія тканей, окружающихъ чрезмѣрно растянутый протокъ, развивается воспаленіе; въ такомъ случаѣ больныя не въ состояніи сдвигать бедра, не могутъ ни ходить, ни сидѣть и принуждены постоянно лежать. Въ большей части случаевъ, по прошествіи 4—5 дней отъ начала воспаленія, растянутый протокъ вскрывается на внутренней сторонѣ большихъ и на нижней части внутренней стороны малыхъ губъ, при чемъ въ преддверіе изливается слизисто-гнойная жидкость.

Заболѣваніе почти всегда появляется на одной только сторонѣ, чаще на лѣвой, чѣмъ на правой; оно оканчивается большею частью въ теченіе 8 дней; но до тѣхъ поръ пока будутъ существовать этиологическіе моменты, (воспаленіе входа влагалища вслѣдствіе перелоя, несоблюденіе чистоты, битарръ влагалища), болѣзнь можетъ возвращаться. Не узнать эту болѣзнь трудно уже по ея мѣстоположенію. Только въ случаѣ появленія этого болѣзненнаго состоянія въ послѣродовомъ періодѣ можетъ родиться сомнѣніе, зависитъ ли развившаяся инфильтрація или абсцессъ въ большой губѣ отъ болѣзненнаго состоянія выводящаго протока Бартолиновой желѣзы, или отъ гематомы губы, или же отъ серозно-гнойнаго отека, вслѣдствіе поврежденія внутренней поверхности губы. Сомнѣніе въ первомъ изъ приведенныхъ случаевъ разрѣшится легко, если мы отроемъ трещину на губѣ съ послѣдовательною разлитію припухлостью; во второмъ, руководящими діагностическими моментами служатъ: объемъ опухоли, распространеніе ея въ верхнія части губы, постоянно увеличивающаяся твердость по мѣрѣ всасыванія излившейся крови, при гематомѣ и наконецъ, рѣзко очерченная, небольшая флукуирующая опухоль, въ случаѣ болѣзненнаго состоянія выводящаго протока Бартолиновой желѣзы.

При леченіи, прежде всего должно имѣть въ виду причину закупориванія выводящаго протока, а также какимъ образомъ оно произошло. Иногда удается возстановить просвѣтъ засорившагося выводящаго протока; для этой цѣли вводятъ въ каналъ тонкій зондъ и въ тоже время слегка надавливаютъ на опухоль, при чемъ выжимается скопившееся содержимое; это зондированіе должно повторять въ продолженіе долгаго времени; не слѣдуетъ очень сильно давить на опухоль, чтобы не причинить воспаления; зонды постепенно замѣняются болѣе толстыми. Начало выводящаго протока не трудно отыскать: для этого стоитъ только нѣсколько вдавить дѣвственную плеву и миртовидныя сосочки снаружи внутрь. Необходимо помнить, что у самаго отверстія этого протока, нѣсколько надъ нимъ, находятся еще отверстія двухъ другихъ выводныхъ протоковъ, меньшихъ, болѣе поверхностно лежащихъ желѣзокъ слизистой оболочки.

Катетеризація протока однако не всегда удается: когда слипаніе стѣнокъ его очень крѣпко или когда онъ смѣщенъ близлежащими кондиломатозными новообразованіями; она часто не приноситъ ожидаемой пользы, именно въ томъ случаѣ, когда въ окружности уже развилось воспаление. Въ такомъ случаѣ цѣлесообразнѣе будетъ, сдѣлать длинный и глубокій разрѣзъ на томъ мѣстѣ опухоли, гдѣ яснѣе ощущается флуэтуація, что обыкновенно бываетъ на внутренней сторонѣ большой и на нижней, внутренней части малой губы; полость опухоли выполняютъ тампономъ изъ карбололизованной или салициловой ваты.

Для предотвращенія рецидива, хорошо часто вводитъ зондъ чрезъ полость опухоли въ протокъ, расширяя его болѣе и болѣе прежде, чѣмъ полость опухоли успѣетъ совсѣмъ закрыться.

Если же, не смотря на это, болѣзнь возобновится, то совѣтуютъ вырѣзывать куски стѣнокъ кисты, а оставшіяся стѣнки прижигать ляписомъ *in substantia* или іодовою настойкою, чтобы способствовать такимъ образомъ заживленію кисты чрезъ нагноеніе.

#### § 48. Гораздо рѣже встрѣчаются:

##### в) Заболѣванія самой Бартолиновой желѣзы.

А. Образованіе кистъ этой желѣзы, по причинѣ скопившагося и задержаннаго въ ней содержимаго, чаще бываетъ слѣдствіемъ засоренія мелкихъ, внутреннихъ выводныхъ каналцевъ желѣзы, нежели слѣдствіемъ засоренія главнаго выводнаго протока ея, такъ какъ, въ послѣднемъ случаѣ, воспаленіе и разрывъ канала наступаютъ раньше, чѣмъ успѣетъ образоваться растяженіе желѣзы. Когда засоренію подвергаются мелкіе каналцы желѣзы, тогда болѣею частью, образуются нѣсколько отдѣльныхъ кистъ (*multiplex*), которыя, по наблюденіямъ Клоба, подобно тому какъ это бываетъ и съ кистами въ другихъ органахъ, — сливаются и превращаются въ многокамерныя, сложныя кисты. Во время роста кистъ, онѣ могутъ претерпѣвать нѣкоторыя измѣненія, такъ напр. во время мѣсячныхъ кровей могутъ произойти кровоизліянія въ промежуткахъ кистъ. Въ стѣнкахъ старыхъ кистъ находятъ иногда жировую, кашицеобразную, распадающуюся массу или известковыя отложенія, какъ напр. въ случаѣ, сообщенномъ Кебнеромъ. Самый замѣчательный случай кисты, какъ по величинѣ,



такъ и по разнообразнымъ измѣненіямъ содержимаго ея, описалъ Геннингъ (I. c.), взятый имъ изъ клинни въ Боннѣ. Случай этотъ представлялъ большія затрудненія въ отношеніи дифференціального діагноза кисты отъ *Naematocolpos unilateralis*. при двойномъ влагалищѣ, одна половина котораго была закрыта. Опухоль смѣстила просвѣтъ влагалища, выпятила впередъ лѣвую губу и лѣвую часть промежности, поднималась вверхъ до влагалищнаго свода и отодвинула матку вправо. Ислѣдованіемъ *per rectum* съ одной стороны, и чрезъ вдавленіе въ малый тазъ передней стѣнки живота съ другой, явственно можно было прощупать опухоль. Когда была вырѣзана часть стѣнки опухоли, изъ нея вытекла тягучая, сѣровато-бѣлая жидкость, состоявшая большею частью изъ эпителиальныхъ клѣточекъ, капель и кристалловъ жира.

Мѣстоположеніе опухоли, явленія сопровождавшія излеченіе ея, не допускаютъ никакого сомнѣнія относительно мѣстопребыванія этой болѣзни. При леченіи описываемыхъ нами кистъ, должно воздерживаться отъ попытокъ экстирпировать всю желѣзу, въ чемъ мы неоднократно убѣдились опытомъ. Стѣнки ея иногда до того тѣсно срастаются съ окружающими частями, что становится совершенно невозможнымъ вылущить кисту, не захвативъ при этомъ окружающей ткани, причемъ легко могутъ случиться значительное артеріальное кровотеченіе, а при кистахъ большаго объема — трудно избѣгнуть пораненія прямой кишки и даже брюшины. Лучше довольствоваться вырѣзываніемъ кусковъ стѣнокъ, затѣмъ рану выполняютъ тампономъ, пропитаннымъ іодійною настойкою, а затѣмъ облитерацию желѣзы предоставляютъ времени.

#### § 49. Не очень рѣдко случаются:

##### В. Первичное воспаленіе самой желѣзы.

Воспаленіе этого рода обязано своимъ происхожденіемъ скорѣ травматическимъ поврежденіямъ, нежели распространенію на желѣзу воспаленій влагалища чрезъ выводной протокъ ея. Это воспаленіе сопровождается болѣе важными припадками, нежели засоренія, развитіе кистъ желѣзы или воспаленіе ея протока. Оно причиняетъ сильныя боли, идущія вверхъ, вдоль сѣдалищной кости (*os. ischii*) и распространяющіяся на лонную кость (*os. pubis*), на бедро, а вслѣдствіе давленія на промежность и прямую кишку, оно нерѣдко сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ; больныя очень страдаютъ при малѣйшемъ движеніи.

Воспаленіе очень скоро переходитъ въ нагноеніе, сосредоточивающееся частью въ самой паренхимѣ желѣзы, частью въ межлобулярной соединительной ткани, переходя наконецъ и въ окружающую клѣтчатку, оно причиняетъ увеличеніе объема и напряженіе большой губы и сосѣднихъ частей. Вскрытіе абсцесса почти исключительно происходитъ на внутренней, покрытой слизистою оболочкою, сторонѣ большой губы; изливающимся, въ большомъ количествѣ, гной обыкновенно густой, грязнаго цвѣта, дурно пахучій. Иногда, образуются нѣсколько абсцессовъ, со многими отверстіями, соединяющіяся между собою фистулезными ходами. Въ такомъ случаѣ, послѣ заживленія, на мѣстахъ, гдѣ были эти отверстія, остаются нѣсколько воронкообразныхъ углубленій, по которымъ трудно судить о первоначальномъ заболѣваніи. Если полость абсцесса

не закрывается, то нередко края ея до такой степени отстают от поверхности дна, что ее легко принять за изъязвившійся бубонъ.

Иногда и самые края сдѣланнаго разрѣза видоизмѣняются въ формѣ своей, они изъязвляются и становятся очень похожими на шанкерную язву. На днѣ полости такихъ нарывовъ охотно развиваются остроконечныя кондиломы, представляющія еще большее препятствіе къ заживленію.

Распознаваніе болѣзни облегчается уже самимъ мѣстоположеніемъ ея. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда появляется ограниченное воспаленіе нижней части большой губы, если при этомъ не находятъ отека вследствие трещины на внутренней сторонѣ ея, и нѣтъ явленій кровозлиянія (haematoma), то можно положительно опредѣлить существованіе воспаленія Бартолиновой желѣзы.

Въ свѣжихъ случаяхъ травматическаго воспаленія должно начать лѣченіе съ мѣстнаго кровозливленія, припусканіемъ 4—6 пьавоковъ. Когда же есть основаніе предположить нагноеніе, то должно прикладывать припарки; какъ только ощущается флюктуація—дѣлаютъ длинный и глубокой разрѣзъ на внутренней сторонѣ большой и на нижней части малой губы; затѣмъ, опорознивъ мѣшокъ, его выполняютъ карболизованнымъ или салициловымъ тампономъ.

§ 50. Усиленное отдѣленіе (hypersecretio) Бартолиновой желѣзы и ея выводныхъ протоковъ, насколько извѣстно, также довольно часто встрѣчаются. Простой катарръ влагалища нередко переходитъ на выводные протоки Бартолиновой желѣзы и тѣмъ способствуетъ усиленному отдѣленію стѣновокъ ихъ.

По увѣреніямъ Цейселя (l. c.), часто, даже по излеченіи катарра влагалища и *vestibuli*, все таки остается катарръ выводныхъ каналовъ Бартолиновой желѣзы, поддерживающій постоянное, иногда же перемежающееся пропитываніе сыростью бѣлья и тѣмъ нередко приводитъ въ недоумѣніе врача, относительно мѣстопребыванія болѣзни, особенно, когда введеніемъ маточнаго зеркала, врачъ убѣдился въ здоровомъ состояніи матки и влагалища, упустивъ изъ виду состояніе выводныхъ протоковъ, отверстія которыхъ, а также окружающая ихъ слизистая оболочка, въ такомъ случаѣ, представляются красными, припухшими. Чаше еще эти выводные протоки подвергаются заболѣванію перелойнымъ катарромъ, который у проститутковокъ трудно открыть и служащій часто постояннымъ источникомъ зараженій. По наблюденіямъ Бретона (l. c.) эти протоки служатъ самымъ частымъ и продолжительнымъ мѣстопребываніемъ перелойныхъ катарровъ у женщинъ. Извѣстно, что кондиломы и шанкерныя язвы, имѣющія свое мѣстопребываніе въ этихъ проходахъ, нередко ускользаютъ отъ самаго бдительнаго вниманія врача.

Наконецъ достовѣрно извѣстно, и намъ не разъ удавалось узнавать отъ многихъ женщинъ, особенно вдовушекъ, что во время ночныхъ эротическихъ сновъ, иногда изъ половыхъ частей этихъ женщинъ истекаетъ, часто прерывистыми толчками, большое количество жидкости, сопровождаясь, подобно поллюціямъ у мужчинъ, сладострастнымъ и особеннаго рода, болѣзненнымъ ощущеніемъ. Принимая въ соображеніе все, что мы знаемъ о другихъ органахъ женскаго полового аппарата и ихъ отправленияхъ, мы должны допустить, что упомянутыя выше ночныя изліянія имѣютъ источникомъ своимъ Бартолиновыя желѣзы и что сопровождающее ихъ болѣзненное ощущеніе зависитъ отъ сокращенія *m. constrictor cunni*.

## ГЛАВА IX.

### Разрывы заднепроходной промежности.

**Литература.** Ahlfeld: Die Geburten älterer Erstgeschwängerter. Arch. IV. p. 510. Banga: Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff, ein neues Verfahren zur operativen Behandlung des Gebärmuttervorfalls. Basel 1875. Biefel: Ueber Perinaeoplastik. Monatsschr. f. Geburtskunde. XV. p. 401. Cohnstein: Arch. IV. p. 499. Freund: Ueber Dammplastik. Arch. f. Gynaek. VI. p. 317. Gaillard Thomas: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Uebersetzung von Jaquet. 1873. p. 48. Grenser: Eine Dammgeburt. M. f. G. VIII. p. 358. Hecker: Kl. d. Geb. I. p. 141. v. Hecker: Ueber die Geburten bei alten Erstgebärenden. Arch. f. Gynäk. VII. 3. p. 448. Heppner: Langenbeck's Arch. Bd. X. p. 655 und Bd. XV. p. 424. Hegar und Kaltenbach: Die operative Gynäkologie. Erlangen 1874. p. 432 ff. Hildebrandt: Die neue gynäk. Universitätsklinik in Königsberg. Leipzig 1876. p. 45. Küchler: Die Doppelnaht zur Damm-, Scham- und Scheidennaht. Erlangen 1863. Legros: Sekundäre Dammnaht mittelst seitlich durchstochener Nadeln. M. f. G. XVII. p. 399. Oiehausen: Volkmann's Samml. kl. Vorträge. Leipzig 1872. Nr. 44. Preiter: Ueber Dammrisse. V. i. München. 1867. v. Scanzoni: Lehrbuch der Geburtsh. 3. Aufl. p. 528 ff. Schröder: Schw., Geb. u. W. p. 163. Schröder: Lehrbuch d. Geburtsh. 4. Aufl. p. 636 ff. Simon: Operationen an den weiblichen Geschlechtstheilen. M. f. G. XIII. p. 271. G. Simon Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses während der Jahre 1861 bis 1865. II Abth. p. 24 ff. Simpson: Dammfistel nach Durchgang des Kindes durch das Mittelfleisch. Edinburgh. Med. Journ. Nro 1 Juli 1855. Schultze: M. f. G. 12. p. 241. Winkel: Path. u. Therap. des Wochenbettes. 2. Aufl. p. 37. Winkel: Berichte und Studien. 1874. p. 82.

§ 57. **Этіологія.** Разрывы промежности могутъ быть причиняемы всевозможными наружными механическими поврежденіями, въ особенности же паденіемъ заднепроходною промежностью на острые предметы. Мы знали одну беременную, которая, желая взлѣзть на стулъ, оступилась и упала промежностью на острую спинку его съ такою силою, что послѣдняя разлетѣлась въ дребезги, при чемъ произошла разрывъ промежности, захватившій sphincter ani и почти половину, промывающей къ нему промежности. Кромѣ того мы знаемъ другую женщину, которая въ дѣтствѣ любила спускаться по периламъ лѣстницы и однажды, во время такой забавы, она упала и наткнулась половыми частями на остріе периль, вслѣдствіе чего она причинила себѣ разрывъ промежности и губъ. Извѣстны также случаи, гдѣ во время извлеченія изъ матки огромныхъ полиповъ, происходили разрывы влагалища и промежности, находившіяся до того въ дѣтственномъ состояніи. Но всѣ эти приключенія принадлежать къ самымъ рѣдкимъ исключеніямъ: чаще же всего разрывъ промежности случается во время акта родовъ.

Мы не хотимъ здѣсь очень вдаваться въ область акушерства, а потому ограничимся указаніемъ главнѣйшихъ моментовъ, могущихъ, во время родовъ, повлечь за собою разрывъ промежности; сюда относятся: недостаточное приготовленіе узгаго влагалища, при широкой промежности; неправильное положеніе головки, во время ея прохожденія чрезъ влагалищную щель, и извѣстныя аномаліи таза.

Вслѣдствіе усиленнаго прилива и переполненія сосудовъ во всѣхъ тазовыхъ органахъ во время беременности, стѣнки влагалища и заднепроходной

промежности болѣе и болѣе разрыхляются и размягчаются, а по причинѣ пассивнаго застоя, обусловливаемаго вхожденіемъ головки въ тазовое кольцо, дѣлается возможнымъ та, иногда изумительная растяжимость входа влагалища, какую мы наблюдаемъ въ это время. Каждый разъ, когда этотъ приготовительный періодъ недостаточно развился или же онъ не можетъ совершиться по причинѣ какой либо аномаліи наружныхъ половыхъ органовъ, непременно угрожаетъ опасность разрыва промежности. Послѣдній поэтому неизбежно случается въ томъ случаѣ, когда плодъ очень быстро прошелъ путь отъ входа таза до влагалищной щели, при чемъ подлежащая дѣтская часть находитъ входъ влагалища еще не приготовленнымъ, что бываетъ при такъ называемыхъ ускоренныхъ родахъ, вслѣдствіе чрезмѣрной дѣятельности матки, также въ случаяхъ, когда роды очень скоро оканчиваются оперативнымъ путемъ. Съ другой стороны, разрывы случаются въ тѣхъ случаяхъ, когда, не смотря на то, что беременность прошла правильно, что періодъ изгнанія плода продолжался долго, но не произошло ожидаемаго разрыхленія и растяженія мягкихъ частей входа влагалища по причинѣ ненормальной плотности (*Starrheit*) ихъ, что въ свою очередь можетъ быть обусловлено или существующими рубцами, — слѣдствіемъ бывшаго дифтерита, золотухи, сифилиса или другихъ, механическихъ поврежденій, — или же отъ того, что разрѣшающаяся въ первый разъ особа уже не первой молодости. У такихъ субъектовъ плотность и неподатливость тканей препятствуютъ разрыхленію ихъ. На сколько значительно вліяніе послѣдняго обстоятельства на происхожденіе разрывовъ промежности, видно изъ статистики, составленной Геккеромъ, который нашелъ, что у перворожавшихъ между 30—45 годами отъ роду, было не менѣе 14% разрывовъ промежности, между тѣмъ какъ обыкновенный процентъ этихъ разрывовъ въ Мюнхенской линіи равнялся только 3,66%. Съ другой стороны, напротивъ того, вслѣдствіемъ слишкомъ долго продолжающагося періода изгнанія плода, можетъ образоваться чрезъ чуръ сильный застой крови и чрезмѣрное разрыхленіе тканей; слѣдствіемъ этого можетъ развиваться либо отѣкъ, либо размягченіе тканей; первый обусловливаетъ собою хрупкость, а второе — ненормальную уступчивость промежности, которая въ томъ и въ другомъ случаѣ можетъ легко подвергнуться разрыву.

Послѣ способа приготовленія наружныхъ дѣтородныхъ частей, преобладающее вліяніе на сохраненіе цѣлости промежности, имѣетъ образъ прохожденія подлежащей дѣтской головки. Если дѣтская головка проходитъ чрезъ половую щель такимъ образомъ, что оба темные бугра (*tubera parietalia*), составляющіе самую широкую часть черепа, не прежде растягиваютъ половую щель, чѣмъ затылокъ успѣлъ упереться подъ *Ligamentum arcuatum infer.* т. е. если головка проходитъ половую щель своимъ косымъ размѣромъ, — то промежность менѣе всего подвергается опасности; но если головка выступаетъ въ то время, когда выдающаяся часть затылка еще стоитъ подъ лонною дугою (при внезапныхъ родахъ, при неправильномъ наложеніи щипцовъ), то она проходитъ чрезъ входъ влагалища гораздо менѣе благоприятнымъ, прямымъ размѣромъ, который на 2,5 см. длиннѣе малаго косаго размѣра (равняющійся только 9,5 см.) и входъ такимъ образомъ слишкомъ растягивается. Подобныя же неблагоприят-

ныя условія имѣютъ мѣсто и при такъ называемыхъ переднемъ темяномъ, лицевомъ и въ особенности лобномъ положеніяхъ.

Кромѣ положенія головки во время акта рожденія, необходимо еще принять въ расчетъ объемъ ея (Hydrocephalus) и степень расширенія ея въ большемъ поперечномъ (biparietali) размѣрѣ (Preiter. l. c.).

Хотя узкость полой щели составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ причинъ разрыва промежности, но, при нормальномъ ходѣ разрыхленія мягкихъ частей, она представляетъ менѣе опасности для промежности, нежели нѣкоторыя аномаліи таза. Сюда относятся тѣ случаи, когда лонная дуга приближается къ острому углу, дугообразная нижняя связка (Ligamentum arcuatum infer.) выдается чрезъ чуръ низко; когда крестцовая кость имѣетъ очень крутое положеніе или отклонена въ сторону (Бушъ); наконецъ когда тазъ представляетъ малый уголъ наклоненія. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, головка проталкивается не въ половую щель, а въ задней части промежности и, выпячивая ее карманообразно, сзади напередъ, стремится проложить себѣ путь чрезъ самую середину ея.

Что касается до того, какъ часто встрѣчаются разрывы промежности. то въ этомъ отношеніи мы находимъ вѣрныя данныя въ клиническихкихъ отчетахъ. Шредеръ нашелъ у своихъ родильницъ: разрывъ уздечки 66<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; настоящие разрывы промежности у многорожавшихъ 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, у первородящихъ 34<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Винкель насчиталъ на 1011 родовъ—115, слѣдовательно 11,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> разрывовъ промежности. Ольстаузенъ—у первородящихъ 21,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а у многорожавшихъ 4,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> разрывовъ мышцъ. Еще болѣе утѣшительные результаты получилъ Геккеръ, въ клиникѣ котораго показано только 3,66<sup>0</sup>/<sub>0</sub> разрывовъ промежности.

Нѣтъ нпкакого сомнѣнія, что большее или меньшее число разрывовъ промежности въ разныхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ зависитъ, не только отъ индивидуальныхъ условій разрывающихся отъ бремени, но и отъ специальныхъ условій каждаго изъ этихъ заведеній, отъ заботливости и навыка врачей, ассистентовъ, отъ расторопности повивальной бабки; но главнѣе всего, отъ той степени самостоятельности, какая предоставлена учащемуся при веденіи имъ родовъ.

§ 52. Форма и размѣръ описываемаго нами поврежденія бывають весьма различны. При полномъ разрывѣ, встрѣчающемся къ счастью весьма рѣдко, разрывается не только вся толщина собственно промежности, т. е. кожа, подкожная соединительная ткань, поверхностная фасція (f. superficialis), сжимающая половую щель мышца (m. constrictor cunni), поверхностная и глубокая поперечныя мышцы промежности (mm. transv. perin. superficil. et profundus), мышца сжимающая задній проходъ (m. sphincter ani), но также съ одной стороны и задняя стѣнка влагалища, а съ другой—передняя стѣнка прямой кишки.

По измѣреніямъ Гегара, разрывъ прямой кишки б. ч. не превышаетъ 1,5 или 2 см; рѣдко доходитъ онъ до 3 и 4 см. длины или же достигаетъ даже до задняго влагалищнаго свода. Разрывъ влагалищной стѣнки достигаетъ разной высоты: иногда онъ доходитъ до задняго влагалищнаго свода. Разрывъ въ такомъ случаѣ, обыкновенно, не идетъ прямо вверхъ, по срединной линіи, а направляется по одной сторонѣ, около columnae rugatum posterio., или же

онъ обхватываетъ послѣднія виллообразно, такъ какъ ткань влагалища на мѣстѣ *columnae rugarum* представляетъ гораздо большее сопротивленіе, чѣмъ ткань въ углахъ и въ сторонѣ отъ нихъ (Фрейндъ).

Въ обыкновенныхъ случаяхъ разрывъ начинается съ задней спайки, такъ какъ это мѣсто, по своимъ анатомическимъ свойствамъ и по положенію, гораздо менѣе можетъ противостоять силѣ напора. Неполные разрывы обнимаютъ либо только одну срамную уздечку (*frenulum*), либо одновременно ее и наружную кожу промежности, которая можетъ разорваться до самаго заднепроходнаго отверстія, въ то время, какъ лежащія подъ нею ткани остаются неповрежденными; или наконецъ разрывъ можетъ начаться отъ задней спайки, и, проникнувъ внизъ чрезъ кожу, фасцію и мышцы промежности, доходить почти до мышцы запирающей заднепроходное отверстие (*sphincter ani*), которая, равно и стѣны прямой кишки, остаются цѣлыми, между тѣмъ какъ влагалище можетъ разорваться на большей или меньшей высотѣ.

Направленіе разрыва бываетъ различно: чаще всего разрывъ происходитъ по направленію шва промежности (*raphe*) и, не доходя до конца его, у *sphincter ani extern.* уклоняется въ одну или въ обѣ стороны; въ послѣднемъ случаѣ разрывъ представляетъ форму; иногда, однакоже разрывъ съ самаго начала уклоняется въ сторону и идетъ по направленію къ бугру сѣдалищной кости (*Tuber oss. ischii*).

Гораздо рѣже встрѣчаются, такъ называемые, центральные разрывы промежности. Это чаще случается когда наклоненіе таза очень мало, когда крестцовая кость неправильно отклонена къзади, — тогда дѣтская головка проходитъ въ переднемъ темяномъ положеніи. Съ начала лопается кожица въ центрѣ *raphe*, надрывъ этотъ распространяется далѣе вверхъ, внизъ и въ глубину, и вскорѣ, при продолжающихся сокращеніяхъ матки, въ отверстіи его показывается волосистая часть головки плода. При той высокой степени растяжимости, какую претерпѣваетъ промежность роженицы, можетъ случиться, что весь плодъ выйдетъ чрезъ это центральное отверстіе промежности, при чемъ задняя спайка срамныхъ губъ и *sphincter ani* остаются въ цѣлости. Случаи этого рода описаны Эльзессеромъ, Грензеромъ, Леопольдомъ, Симсономъ и Бирнбаумомъ. Но такое проявленіе центрального разрыва принадлежитъ къ рѣдкимъ случайностямъ. Въ обыкновенныхъ же случаяхъ, по мѣрѣ окончательнаго выходения плода, разрывъ расширяется впереди или къзади, или одновременно въ оба эти направленія, чаще же по направленію къ промежности.

§ 53. Разрывы промежности въ первые часы и даже дни послѣ окончанія родовъ, не сопровождаются, никакими особенными припадками: женщина жалуется только на чувство жженія и боль въ мѣстѣ разрыва. Значительнаго кровотеченія обыкновенно при этомъ не бываетъ. Мы наблюдали одинъ подобный случай сильнаго кровотеченія вслѣдствіе разрыва большой вены, проходившей поперекъ промежности; прижатіе кровоточащаго мѣста пальцами достаточно было, чтобы остановить кровотеченіе.

Дурныя послѣдствія обнаруживаются только во время дальнѣйшаго тече-

нія послѣродоваго состоянія, а иногда гораздо позже, по прошествіи послѣдняго. Неблагопріятныя послѣдствія разрыва часто обнаруживаются на второй или четвертый день послѣродоваго періода. Мы видѣли какъ разрывъ промежности послужилъ исходною точкою піэміи, и это можетъ случиться отъ того, что, во время поддерживанія промежности, очень долго и очень крѣпко давили на нее, или когда зашивали ее раньше, чѣмъ всякія на краяхъ разрыва гангренозныя лоскуты не были удалены или наконецъ, когда шовъ былъ очень туго наложенъ. Разорванная промежность иногда можетъ служить исходною точкою развитія піэмической послѣродовой горячки въ томъ случаѣ, когда рана заражается извнѣ или же она орошается разложившимся послѣродовымъ очищеніемъ.

Кромѣ названныхъ тяжкихъ, случайныхъ приключеній, сопряженныхъ съ разорваною раною, даже небольшой разрывъ промежности, при благопріятныхъ къ тому условіяхъ, можетъ сдѣлаться источникомъ весьма мучительныхъ припадковъ и сопровождается нерѣдко цѣлымъ рядомъ тяжкихъ болѣе и болѣе возрастающихъ мучительныхъ явленій, которыя въ состояніи, смотря по впечатлительности субъектовъ, отравить всю жизнь ихъ.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ, намъ случилось присутствовать при родахъ одной очень чувствительной особы. Во время родовыхъ потугъ, входъ влагалища намъ показался столь узкимъ, что, по величинѣ ребенка, — насколько можно было судить по наружному изслѣдованію чрезъ стѣнки живота, — никоимъ образомъ нельзя было ожидать, чтобы роды кончились безъ разрыва промежности. Но, благодаря правильному, не очень бурному теченію періода выгоняющихъ потугъ, а также чрезвычайно тщательному поддерживанію промежности, послѣдняя сохранена въ цѣлости; однакожъ не обошлось безъ надрывовъ, въ нѣсколькихъ мѣстахъ, слизистой оболочки влагалища, особенно значительнаго съ лѣвой стороны, гдѣ разрывъ продолжался къ наружи и переходилъ малую губу. Разрывъ этотъ причинялъ мучительныя боли, не только во время послѣродоваго періода, протекавшаго во всѣхъ другихъ отношеніяхъ совершенно благополучно, особенно каждый разъ, когда роженица передвигала бедра или когда моча попадала на разорванную рану; — но даже періодъ cicatrizationi раны сопровождался такою болѣзненною напряженностью мягкихъ частей, что даже, спустя годъ послѣ родовъ, сидѣніе на плетennemъ стулѣ, въ прямомъ положеніи вызывало мучительную боль, и пациентка старалась сидѣть на одной половинѣ сѣдалища перекинувъ одну ногу чрезъ другую; это обстоятельство лишало ее возможности наслаждаться общественною жизнью, которую она очень любила. Мы уже рѣшились было приступить въ вырѣзыванію рубца, но намъ помѣшала, начавшаяся въ это время новая беременность, вслѣдъ за которою постепенно исчезли и всѣ мучительныя припадки.

Понятно, что настоящіе разрывы мышцъ должны вызвать гораздо болѣе выдающіеся припадки, различная степень которыхъ зависитъ отъ большей или меньшей чувствительности и раздражительности индивидуума. Нерѣдко случается видѣть женщинъ, у которыхъ разрывъ промежности доходитъ до Sphincter ani, несмотря на это, онѣ встаютъ уже на 9 день послѣ родовъ, цѣлыя недѣли и мѣсяцы занимаютъ своими хозяйственными дѣлами, не ощущая

никакихъ обременяющихъ припадковъ, никакихъ затрудненій, даже какой либо неловкости. Мы видѣли женщинъ даже съ полными разрывами промежности, которыя никогда бы не рѣшились прибѣгнуть къ врачебной помощи, если бы нечистоплотность, вѣдѣствіе непроизвольнаго выхожденія жидкаго кала, не принудила ихъ обратить вниманіе на ихъ недугъ, такъ какъ, кромѣ сказаннаго неудобства, онѣ не претерпѣвали никакихъ другихъ тягостныхъ припадковъ. Эти случаи однако принадлежать къ рѣдкимъ исключеніямъ; въ большинствѣ же случаевъ каждый разрывъ мышцъ, будучи предоставленъ самому себя, причиняетъ женщинамъ чрезвычайно сильныя боли во время мочеиспусканія, хожденія, въ то время, когда онѣ садятся или встають, до тѣхъ поръ, пока разрывъ не вполне покроется кожей,—для чего требуется обыкновенно отъ 4 до 6 недѣль.

При полныхъ разрывахъ, требующихъ, какъ само собою разумѣется, болѣе продолжительнаго времени для покрытія ихъ рубцомъ, всѣ приведенные выше припадки продолжаются дольше; къ этимъ припадкамъ, особенно, когда разрывъ перешелъ и на *sphincterani externus*, нерѣдко присоединяются, трудно устранимыя болѣзненные состоянія каковы: недержание жидкаго кала (*incontinentia alvi*) и постоянное выхожденіе вѣтровъ (*flatuum*). Хотя твердый калъ (*scybula*) можетъ еще быть удерживаемъ *sphincterani superiori*; но иногда полный разрывъ *sphincteris externi* влечетъ за собою параличъ этой мышцы и тогда неминуемо послѣдуетъ полная *incontinentia alvi*. Когда одновременно съ послѣднимъ поризоидетъ разрывъ *constrictoris cunni*, то къ изложеннымъ припадкамъ, присоединяется еще болѣе тягостное, всю жизнь отравляющее болѣзненное состояніе—недержание мочи.

§ 4. Теченіе. Разрывъ промежности обыкновенно заживаетъ чрезъ первичное затяженіе (*per primam intentionem*). Намъ нерѣдко случалось видѣть, что разорвавшаяся во время родовъ уздечка (*frenulum*) заживала *per primam intentionem*, оставивъ едва замѣтный углубленный рубецъ. Мы также видѣли, что лопнувшая по длинѣ *carne* промежности кожа заживала, оставивъ продолговатый, бѣлый рубецъ; наконецъ намъ извѣстны, изъ достовѣрныхъ источниковъ, и такіе случаи, гдѣ разорванныя мышцы заживали *per primam intentionem*. Но чаще всего намъ случается наблюдать, заживленіе разрыва мышцъ чрезъ нагноеніе, при чемъ разрывъ постепенно покрывается кожей. Нерѣдки и такіе случаи, гдѣ довольно умѣренный разрывъ мышцъ, обнимающій не болѣе трети или половины промежности, будучи предоставленъ самому себя, оставляетъ послѣ себя зияющій паружный уголъ влагалища, въ то время какъ задній уголъ разрыва покрывается грануляціями, все болѣе и болѣе выполняясь, покрывается наконецъ рубцомъ, оставляя гораздо меньшее безобразіе, чѣмъ можно было предположить тотчасъ послѣ образованія разрыва, глядя на образовавшуюся глупобокую рану, растянутой во время акта родовъ промежности. Рѣдко случаются центральные разрывы, особенно тѣ изъ нихъ, которые остаются центральными, допускаютъ сравнительно еще болѣе благопріятное предсказаніе въ этомъ отношеніи; такъ какъ одновременно съ развитіемъ грануляцій на внутреннемъ углу раны, развивается такая же и въ наружномъ углу и съ



обѣихъ сторонъ разрыва, словомъ получается грануляція концентрическая, идущая отъ периферіи къ центру разрыва.

Въ томъ случаѣ, когда разрывъ былъ полный (образовалась елоака), нѣтъ никакой надежды на произвольное заживленіе; ибо для *prima intentio* эти разрывы слишкомъ велики, а для заживленія при помощи грануляцій съ угловъ разрыва, послѣдніе не способны, по причинѣ ихъ анатомическаго свойства — тонкости стѣнки между влагалищемъ и прямою кишкою. Пѣ увѣряетъ, что онъ видѣлъ женщину, у которой полный разрывъ промежности, со всѣми его дурными послѣдствіями, зажилъ самъ собою; но де-ла-Моттъ, видѣвшій ту же пациентку 30 лѣтъ спустя, въ Нормандіи, нашелъ у нея полный разрывъ промежности. Случается, что у молодыхъ, крѣпкихъ индивидуумовъ исчезаютъ названные трудные припадки и такіа больныя считаютъ себя совершенно излѣченными; между тѣмъ какъ разрывъ продолжаетъ существовать. Мы еще незадолго видѣли подобный, чрезвычайно интересный и поучительный примѣръ: у женщины два года тому назадъ произошелъ полный разрывъ промежности, сопровождавшійся всѣми извѣстными секундарными явленіями—*incontinentia alvi et flatuum*; 8 мѣсяцевъ, тому назадъ эта женщина вторично разрѣшилась отъ бремени, послѣ чего всѣ вышеназванные припадки постепенно улучшились. Она наконецъ была увѣрена, что промежность ея совершенно зажила; но во время нашего изслѣдованія ея, въ апрѣлѣ 1876 года, мы могли убѣдиться, что у нея недоставало всей промежности и еще куска, въ 1, 5 пм. шириною, передней части *Shineteris ani*. Несмотря на это, она могла хорошо удерживать, не только твердый (*scybola*), но и жидкій калъ и вѣтры. Повидимому, точкою опорой, около которой могъ сообращаться *sphincter ani externus*, служилъ плотный, крѣпкій рубецъ, шириною не болѣе 1 см., образовавшійся въ влагалищно-кишечной стѣнкѣ. (\*). Такимъ образомъ она менѣе страдала отъ прежнихъ припадковъ, но она далеко не была излѣчена и пожелала подвергнуться операциі, тѣмъ болѣе, что у нея начали появляться, неизбѣжныя послѣдствія разрыва—опущеніе внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ. Эти неизбѣжныя послѣдствія разрывовъ промежности, съ одной стороны недостаточно оцѣнены, а съ другой ихъ значеніе преувеличивали. Одни утверждаютъ, что послѣ каждаго, даже незначительнаго разрыва промежности, неминуемо слѣдуетъ *prolapsus anterior et posterior cum cystocele et rectocele vaginalis*, и наконецъ—полное выпаденіе внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ; другіе же, напротивъ, считаютъ тотъ или другой видъ выпаденія, даже при полномъ разрывѣ промежности, за рѣдкія исключенія. По нашему мнѣнію,

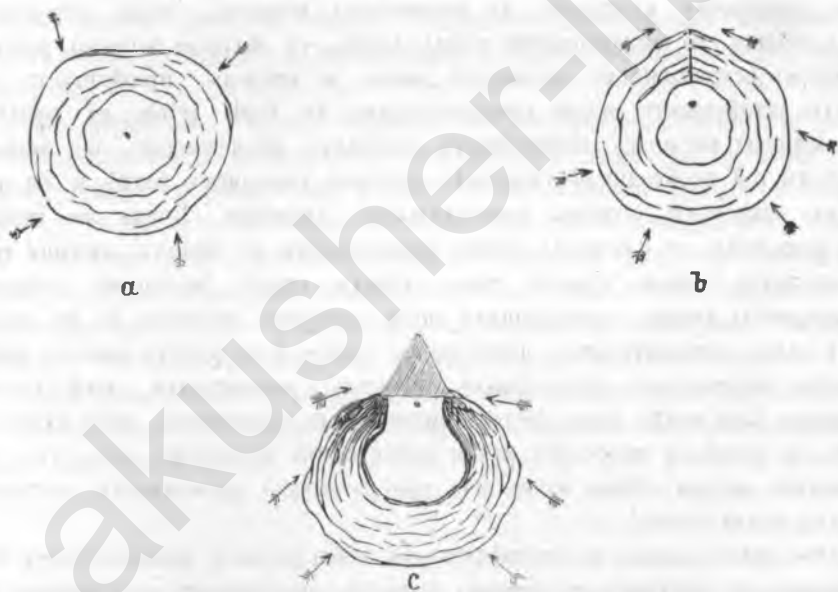
\* ) *Sphincter ani*, въ нормальномъ состояніи, сокращается по всей своей окружности одновременно и равномерно отъ периферіи къ центру (рис. 12. а.). Но когда эта мышца будетъ разорвана, затѣмъ зашита и заживетъ; тогда дѣло представляется въ совершенно другомъ видѣ: она болѣе не сокращается концентрически, а по направленію къ рубцу, образовавшемуся послѣ шва (рис. 12. б.). Болѣе или менѣе тоже самое происходитъ, когда болѣе широкій рубецъ влагалищно-кишечной стѣнки непосредственно прилежитъ къ разрыву сфинктера; впрочемъ еще сомнительно, совершается ли въ послѣднемъ случаѣ въ большей или меньшей степени зашпраніе этой мышцы.

важность и величина послѣдствій разрыва промежности вполне зависятъ отъ индивидуальныхъ условий потерпѣвшихъ субъектовъ.

Если мы имѣемъ дѣло съ женщиною крѣпкою, здоровою, молодою, соблюдающею всѣ предписываемыя діетическія условія во все время послѣродового состоянія; если послѣднее протекаетъ совершенно нормально; женщина не слишкомъ рано покидаетъ постель и имѣетъ желаніе и возможность беречься еще нѣкоторое время послѣ того, — тогда она вовсе не почувствуетъ никакихъ послѣдствій, если разрывъ былъ неполный, или же — она почувствуетъ только тѣ изъ нихъ, которыя обуславливаются отсутствіемъ отправления сфинктеровъ въ случаѣ полного разрыва. Къ сожалѣнію, рѣдко случается встрѣчать совокупность всѣхъ выше исчисленныхъ, благоприятныхъ условий! Какъ только недостаетъ того или другаго изъ нихъ, неизбѣжно проявляются, раньше или позже, тѣ изъ послѣдствій, которыя выражаются опущеніемъ внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ, доходящимъ даже до полного выпаденія ихъ

Долго спорили и до сихъ поръ еще существуетъ разногласіе о томъ, какимъ путемъ происходитъ, вслѣдствіе разрыва промежности, выпаденіе внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ,

рис. 12.



Схематическое изображеніе отправления Sphincteris ani.

а) Въ нормальномъ состояніи. б) Послѣ наложенія песса. в) Упираясь на широкій рубецъ влагалища.

Принимая во вниманіе очевидныя механическія условія, мы думаемъ, что не маловажную роль въ этомъ отношеніи играютъ слѣдующія причины.

Разрывъ промежности влечетъ за собою значительный дефектъ тзани, вслѣдствіе чего получается зияющая рана, а отъ этого передняя стѣнка влагалища, теряя свою опору, опускается внизъ и помѣщается между краями разрыва. Такъ какъ все это происходитъ въ первые же дни послѣ родовъ,

когда передняя стѣнка рукава представляется еще гипертрофированною, разрыхленною и вялою, то въ ней гораздо медленнѣе совершается процессъ обратнаго развитія, нежели въ томъ случаѣ, когда стѣнка влагалища не лишена своей опоры—промежности. Этимъ путемъ начинается образованіе постояннаго выпаденія передней стѣнки. Чѣмъ больше будетъ дефектъ ткани промежности, чѣмъ глубже будетъ уголъ разрыва, въ который опускается передняя стѣнка влагалища, чѣмъ менѣе субъектъ обнаруживаетъ способность сопротивляться и чѣмъ менѣе онъ можетъ избѣгать вредныхъ вліяній, тѣмъ быстрѣе увеличивается опущеніе передней стѣнки и тѣмъ скорѣе образуется *cystocele vaginalis*. Вслѣдъ за *cystocele*, моча, застываясь въ слѣпомъ мѣшкѣ пузыря, разлагается, влечетъ за собою катарръ пузыря, особенно у слабыхъ субъектовъ. Когда всѣ эти явленія въ свою очередь вызываютъ усиленное давленіе со стороны стѣнокъ живота, въ такомъ случаѣ очень скоро образуется выпаденіе матки.

Вообще когда разрывъ промежности имѣетъ послѣдствіемъ своимъ выпаденіе матки, то это обыкновенно происходитъ только что описаннымъ способомъ. Мы считаемъ неудачнымъ объясненіе Веста и др., будто *prolapsus uteri* происходитъ вслѣдствіе отсутствія прямой поддержки матки при разрывѣ промежности. Вестъ сравниваетъ влагалище, въ юношескомъ возрастѣ,—когда передняя и задняя стѣнка его соприкасаются между собою,—съ твердою ножкою, которая, при своемъ искривленномъ положеніи внизъ и впередъ, пріобрѣтаетъ еще большую устойчивость своими прикрѣпленіями къ *fossa pelvis*, къ *constrictor cunnii*, *sphincter ani* и къ поперечнымъ мышцамъ промежности, не лишаясь при этомъ той необходимой упругости, которая позволяетъ маткѣ и ея придаткамъ извѣстную степень колебательнаго движенія. Когда же промежность разорвана, то изогнутая ножка превращается въ прямую; нижняя треть влагалищныхъ стѣнокъ теряетъ свою главную опору; вслѣдствіе ретракціи (укорачиванія) мышцъ—влагалищная щель остается зияющею и въ такомъ случаѣ самое незначительное, постороннее вліяніе легко можетъ вызвать полное выпаденіе внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ, лишившихся своей главной поддержки. Еще менѣе этого чисто теоретическаго объясненія, намъ улыбается другое, по которому выпаденіе матки происходитъ вслѣдствіе того, что укоротившаяся задняя стѣнка влагалища при разрывахъ промежности, стягиваетъ будто бы матку внизъ.

Это мнѣніе далеко не соотвѣтствуетъ наблюденію и противорѣчитъ тѣмъ анатомическимъ измѣненіямъ, которыя обыкновенно бываютъ результатомъ значительнаго разрыва промежности, потому что, напротивъ, вслѣдствіе болѣе значительнаго дефекта, съ прекращеніемъ дѣятельности *constrictoris cunnii* и *sphincteris ani*, вслѣдствіе ослабленной дѣятельности *levatoris ani*, неминуемо послѣдуетъ не опущеніе, а поднятіе вверхъ задней стѣнки влагалища.

§ 55. При полномъ разрывѣ промежности, все пространство впереди заднепроходнаго отверстія (*anus*) представляется зияющимъ, потому что боковыя части разрыва, обыкновенно покрытыя бѣлою, тонкою, гладкою кожею, оттягиваются въ стороны и вверхъ при помощи поперечныхъ мышцъ (*mm. transversi*),

прикрѣпляющихся къ буграмъ (*tubera*); заднепроходное отверстие помощью, *sphincteris ani*—въ зади, а задняя часть влагалища при помощи пучка *m. levatoris ani* оттягивается вверху. Самое мѣсто разрыва прямой кишки представляется въ видѣ выемки, напоминающей форму подковы, съ довольно острыми краями, открытой вверху; въ эту выемку нерѣдко вдается часть складокъ, утолщенной, красной какъ вишня, прямой кишки, величиною въ грецкій орѣхъ и болѣе. Образующійся рубецъ въ влагалищѣ обыкновенно проходитъ не посрединѣ *columnae pudicæ*, а нѣсколько въ сторонѣ, около нихъ или же онъ обхватываетъ послѣднія въ видѣ подковы.

§ 56. Лечение. Мы зашли бы слишкомъ далеко въ область акушерства, еслибы мы вздумали входить здѣсь въ подробное изложеніе вѣхъ тѣхъ профилактическихъ средствъ, соблюденіе которыхъ способно предотвратить разрывъ промежности. Скажемъ только, что мы считаемъ прямое поддерживаніе промежности, въ обыкновенныхъ, физиологическихъ случаяхъ, не только полезнымъ, но необходимымъ и незаменимымъ, потому что только этимъ путемъ мы въ состояніи достигнуть того, чтобы головка, постепенно растягивая мягкія части, проходила медленно и въ правильномъ положеніи чрезъ половую щель. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ мы считаемъ очень цѣлесообразнымъ, такъ называемый пріемъ Ритгена (вѣриѣе Гоффмана), посредствомъ котораго намъ удастся вывести головку въ промежуткахъ между болями, соответственными размѣрами.

На извлеченіе головки щипцами мы не смотримъ какъ на средство, угрожающее цѣлости промежности, а напротивъ, какъ на средство вполне способствующее сохранить его, потому что въ нашихъ рукахъ возможность выводить головку съ такою медленностью и въ такомъ положеніи, какъ мы сами того пожелаемъ. Въ патологическихъ случаяхъ, при очень широкой промежности, чрезъ чуръ узкой половой щели или очень узкой лонной дугѣ, мы всегда пробѣгаемъ, для предупрежденія разрыва по длинѣ шва (*raphe*), къ боковымъ настькамъ промежности, по направленію къ *tubera ischiæ*.

При разсматриваніи собственно хирургическаго леченія разрывовъ промежности, должно различать свѣжіе случаи разрывовъ отъ застарѣлыхъ, покрывшихся уже рубцомъ.

§ 57. Оперативное леченіе недавнихъ (свѣжихъ) разрывовъ промежности, зашиваніе промежности, *perinaeotomia*. При разсматриваніи операций свѣжихъ разрывовъ промежности, возникаютъ слѣдующіе вопросы: всякій ли разрывъ должно зашивать? въ какое время слѣдуетъ приступить къ зашиванію? какой самый лучший способъ зашиванія? Мы склоняемся къ тому мнѣнію, что цѣлесообразнѣе будетъ зашивать всякій разрывъ промежности, потому что всякое пораненіе, поврежденіе входа влагалища можетъ сдѣлаться источникомъ опасныхъ явленій во время послѣродоваго состоянія; всякій значительный разрывъ мышцъ можетъ послужить причиною *prolapsus anterioris*, со всѣми его послѣдствіями. Мы поэтому советуемъ, даже въ больничной практикѣ, стараться заживлять *per primam* всякій разрывъ, если онъ захватилъ довольно широкую полосу срамной уздечки; но всякій

разрывъ мышцъ, по крайней мѣрѣ по нашему мнѣнію, должно во всякомъ случаѣ соединять посредствомъ шва.

Самое удобное время для операціи, мы считаемъ первые часы послѣ родовъ. Исключая только случаевъ, когда разрѣшившаяся очень слаба, ткань промежности, вслѣдствіе долгаго давленія на нее головкою, очень размягчена, края разрыва темно краснаго цвѣта, въ такомъ случаѣ должно обождать и приступить къ операціи по истеченіи первыхъ 12--16 часовъ. Само собою разумѣется, что не слѣдуетъ подвергать женщину, измученную и обезсиленную продолжительными родами, а можетъ быть еще и трудною, долгопродолжавшеюся операціею, еще новой, болѣзненной, а въ случаѣ глубокаго разрыва, довольно продолжительной операціи. Но съ другой стороны, не должно забывать, что операція, сдѣланная тотчасъ послѣ родовъ, менѣе болѣзненна, нежели долго спустя, и что, предпринимая операцію зашиванія промежности непосредственно послѣ родовъ, мы пользуемся временемъ, когда реакція послѣродоваго періода еще не началась, когда едва еще наступилъ тотъ потъ, который обыкновенно выступаетъ въ довольно обильномъ количествѣ 12 часовъ послѣ родовъ, а долго оставлять родильницу не покрытою не совсѣмъ безопасно. Далѣе не должно забывать и то, что, соединяя края разорванной промежности на свѣжихъ слѣдахъ, мы имѣемъ больше шансовъ на благопріятный прогнозъ относительно окончательнаго исхода леченія, нежели при оживленіи краевъ застарѣлыхъ разрывовъ промежности. Тѣмъ не менѣе однако же, можетъ случиться, что, принимая въ соображеніе общее состояніе здоровья разрѣшившейся или же вслѣдствіе чисто внѣшнихъ причинъ—за неимѣніемъ необходимыхъ ассистентовъ и пр., необходимость заставляетъ отложить операцію. Только въ одномъ случаѣ, именно при полномъ разрывѣ промежности, должно, не обращая вниманія ни на какія обстоятельства, немедленно, тотчасъ послѣ или по крайней мѣрѣ въ продолженіе первыхъ часовъ послѣ родовъ, наложить шовъ на свѣжую рану. Такіе разрывы, по наложеніи швовъ, по нашимъ наблюденіямъ, почти всегда заживаютъ, если не по всему протяженію, то по крайней мѣрѣ въ существенной задней части разрыва, захватывающаго *Sphincter ani*; между тѣмъ какъ операція застарѣлаго полнаго разрыва, по причинѣ разнообразныхъ измѣненій, происшедшихъ въ немъ вслѣдствіе сокращеній мышцъ, недопускаетъ сколько нибудь благопріятнаго прогноза. Если, по какимъ либо особеннымъ причинамъ, нельзя будетъ съ самаго начала приступить къ операціи зашиванія полнаго разрыва на всемъ его протяженіи, то слѣдуетъ наложить, по крайней мѣрѣ, нѣсколько, глубоко проникающихъ швовъ на прямую кишку и нижнюю часть *garne* и, при дальнѣйшемъ цѣлесообразномъ леченіи, удастся достигнуть хотя частичнаго соединенія, и притомъ на самомъ худшемъ мѣстѣ; этимъ устраняется одно изъ худшихъ послѣдствій—недержаніе кала (*incontinentia alvi*), а также приобретается больше шансовъ на успѣхъ при послѣдовательномъ оперированіи.

Но если бы пожелали или были бы вынуждены отложить операцію разрыва промежности, то не должно откладывать ее долѣе, чѣмъ на 12—16 часовъ. Если бы и въ это время не представлялось возможности оперировать; то лучше дожидаться до совершеннаго окончанія послѣродоваго состоянія.

Предпринимать же операцию соединенія въ теченіе этого періода, какъ это дѣлають, напримѣръ, Гольстъ—на 5—10 день или Лесгро—на 13-й день,—по нашему мнѣнію, не рационально. Такъ, намъ еще недавно представился случай, въ которомъ шовъ, наложенный на разорванную промежность, тотчасъ послѣ родовъ, не удался; но послѣ вторичнаго наложенія шва, на 10-й день, послѣдовало полное заживленіе, безъ всякихъ постороннихъ, неблагоприятныхъ явленій и послѣдствій. Тѣмъ не менѣе однако, мы считаемъ этотъ случай за счастливое исключеніе и вполне согласны съ мнѣніемъ Гегара, который говоритъ объ этомъ предметѣ слѣдующее: «Мы не можемъ присоединиться къ совѣту Гольста и считаемъ такую промежуточную операцию даже опасною. Мы не видимъ никакого принудительнаго показанія и никакой особенной выгоды приступать къ соединенію разрыва на 5—10 день послѣродоваго состоянія. Гранулирующая рана защищена какъ отъ кровотеченія, такъ и зараженія; между тѣмъ какъ при продолжающемся истеченіи послѣродоваго очищенія, оперативные приемы въ состояніи привлечь и зараженіе».

§ 58. Методы, которые были предлагаемы для первичнаго соединенія свѣжаго разрыва промежности, чрезвычайно разнообразны и многочисленны. Изъ нихъ первое мѣсто заслуживаетъ шнуровальный шовъ (Schnäurnah), который въ повѣйшее время почти исключительно употребляется всѣми. Только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ разрывъ не проникъ далѣе кожи или, если даже разорвана уздечка, и вслѣдствіе этого образовалась широкая, зияющая рана, можно довольствоваться употребленіемъ серръ-финъ (serres-fines); хотя и для такихъ случаевъ, предложенныя Видалемъ (изъ Касиса) чрезъ чуръ тонкіе, маленькіе щипчики (serre-fines) оказываются, большею частью, недостаточными. Мы для этой цѣли заказывали serres-fines, вдвое длиннѣе и болѣе крѣпкіе и всегда получали удовлетворительные результаты, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда простой разрывъ кожи доходилъ до sphincter ani. Однакоже, во избѣжаніе прокалыванія кожи, вслѣдствіе значительной упругости и давленія этихъ щипчиковъ, мы принуждены были мѣнять ихъ мѣсто наложенія чрезъ каждыя 24 часа. Грензерь, Ногевигъ и Мартинъ совѣтовали примѣненіе этихъ инструментиковъ даже при разрывахъ мышцъ; однако же, принимая въ соображеніе анатомическія условія разрыва промежности, мы не можемъ присоединиться къ такому поверхностному способу соединенія его.

При разрывахъ мышцъ, будутъ ли они поверхностные, или почти полные или даже полные, должно стремиться не только къ тому, чтобы удерживать края шва (garhe) сближенными, но чтобы соединеніе распространялось чрезъ всю толщину разрыва. Для достиженія послѣдняго, должно имѣть въ виду слѣдующее:

- 1, Чтобы края, не одной только кожи, но всей толщины разрыва были гладкіе и соотвѣтствовали другъ другу;
- 2, для этого должно устранить всѣ неровности, бахромки и омертвѣвшія части на всей поверхности разрыва;
- 3, чтобы шовъ захватывалъ собою всю толщину краевъ раны;
- 4, чтобы шовъ проходилъ по разрыву влагалища и
- 5, въ случаѣ полнаго разрыва и по всему разрыву прямой кишки.

Для достиженія изложеннаго оказываются недостаточными, какъ веретеннообразный шовъ, (*Zarfennaht*) такъ и, предложенный Нейгебауеромъ, шовъ съ карлсбадскими булавками, оба конца которыхъ снабжены пробурвленными пуговками изъ слоновой кости, легко придвигаемыми къ мѣсту разрыва и укрѣпляемыми здѣсь посредствомъ винтиковъ.

Полезнѣе всего оказывается шнуровальный шовъ съ проволокою, которую слѣдуетъ предпочесть шву съ шелкомъ или съ *Catgut*. Этотъ шовъ выходитъ чище, прочнѣе и его можно безопасно оставлять до тѣхъ поръ, пока совершится предполагаемое прочное заживленіе промежности. Мы употребляемъ для этого длинную, широкую, сильно изогнутую иголку и желѣзную проволоку.

§ 59. Шовъ свѣжаго, неполнаго разрыва промежности. *Perinaeogaritha*. Родильницѣ даютъ такое же положеніе, какъ и при наложеніи щипцовъ, т. е. на поперечной постели, такъ чтобы задъ лежалъ выше туловища и приходился бы у самаго края постели, лѣвую ногу ставятъ на одинъ стулъ, а правую на другой. Операторъ становится между бедрами оперируемой. Лѣвою рукою, наложенною на животъ, надъ лоннымъ соединеніемъ (*symphisis oss. pubis*), надавливаютъ матку, изъ которой такимъ образомъ выжимаются кровяные сгустки; влагалище также очищается отъ крови посредствомъ тепловатаго спринцованія; края разрыва осушаютъ помощью мягкой, влажной ветошки и, если они представляютъ неровности, бохромви, то послѣднія удаляютъ пинцетомъ или бистуреемъ.

Если разрывъ будетъ неполный, то смотря по протяженію его, накладываютъ 1—4 шва изъ толстой проволоки такъ, чтобы послѣдняя проникала чрезъ всю толщину промежности, оставляя промежутки между швами отъ 4—6 мм., между тѣмъ какъ на разрывъ влагалищной стѣнки накладываютъ 2—4 шва, употребляя для этого болѣе тонкую иголку и менѣе толстую проволоку.

Если послѣднее будетъ упущено, то можетъ случиться, что задержавшіяся позади гарне послѣродовыя очищенія (*lochia*), изливаются въ разорванное мѣсто влагалища и образуютъ здѣсь фистулу, которая впоследствии вскроется или по направленію промежности, или, что чаще случается, въ прямую кишку такъ, что получается *fistula perinaeo-vaginalis* или *recto-vaginalis*.

Швы, налагаемые на стѣнку влагалища, могутъ быть поверхностные; напротивъ, собственно швы, налагаемые на промежность, должны непременно проникать чрезъ всю толщину краевъ раны. Иголку должно втыкать на разстояніи одного см. отъ края раны, и проталкивая въ глубину, параллельно поверхности раны, ее выводить въ томъ случаѣ, когда рана будетъ обширная, чрезъ средину самой глубокой части, т. е. на полъ пути и вслѣдъ затѣмъ, иголку протыкаютъ въ противоположный край раны. Если окажется, что позади проволоки, та или другая часть раны не будетъ захвачена, то предстоитъ опасность образованія фистулезнаго хода. На сколько слѣдуетъ стягивать проволоку при закручиваніи ея, то это дѣло опытности и навыка.

Мы употребляемъ для закручиванія проволоки инструментъ Симса, предварительно стянувъ проволоки на столько, чтобы края раны соотвѣтствовали другъ другу. Не должно очень сильно стягивать проволоки. Не должно забывать, что края раны, уже до того долго подвергались давленію со стороны

дѣтской головки и сдѣлались вслѣдствіе этого менѣе жизнненными. Намъ два раза случалось видѣть, что вслѣдствіе туго наложенныхъ швовъ, образовалась гангрена промежности. Въ обоихъ случаяхъ, не смотря на то, что швы были удалены на 2 и 3 день, развилась піэмія, кончившаяся въ первомъ случаѣ смертью, а во второмъ причинила продолжительную, изнурительную болѣзнь.

Свободные концы скрученной проволоки на промежности отрѣзываются очень коротко; это способствуетъ содержанію промежности въ большей опрятности. Во влагалищѣ мы, большей частью, оставляемъ скрученные концы проволоки свободно торчащими, на 5—6 цтм. длины, для того, чтобы потомъ, при удаленіи шва, легко было захватить ихъ. Влагалищные швы удаляются обыкновенно на 4—6-ой день, а промежностные часто лишь на 8—12-й. Такъ какъ влагалищные швы часто все-таки представляютъ большія затрудненія при ихъ удаленіи, то мы въ послѣднее время, какъ шивающій матерьялъ, избрали Catgut и остались довольны результатами. Для глубокихъ швовъ самой промежности мы однако кетгутъ не рекомендуемъ, по причинѣ его незначительной прочности.

Послѣдовательное леченіе не требуетъ ничего особеннаго. Мы связываемъ оперированной колѣни широкимъ полотенцомъ, стараемся удержать ее возможно дольше въ боковомъ положеніи, заботимся о возможно частомъ и осторожномъ очищеніи, путемъ промыванія, влагалища и споласкиванія промежности и обтиранія послѣдней мягкой холстинкой и наконецъ, для устраненія накопленія каловыхъ массъ, ставимъ ежедневно Гегаровскій клистиръ, — что кажется намъ болѣе цѣлесообразнымъ, чѣмъ послѣдовательные приѣмы опіатовъ, съ цѣлью задержать испражненіе. Послѣдняя метода вызываетъ въ родильницѣ, и безъ того такъ легко лихорадящей отъ Coprostitis, болѣзнь и кромѣ того заставляеть опасаться, чтобы комы затвердѣвшаго кала, при прохожденіи чрезъ прямую кишку, вслѣдствіе ихъ значительнаго объема, а такъ-же вслѣдствіе жилия больной, не разорвали свѣжезажившей раны.

Мы такъ-же не придаемъ никакого значенія постоянному примѣненію катетеризаціи у родильницъ, послѣ операціи спиванія промежности, если онѣ только сами могутъ выдѣлять мочу. Орошеніе раны здоровой мочей вовсе не вредно; только разложившаяся моча, при катаррѣ мочевого пузыря, является опаснымъ заживленію. Но причиною катарра мочевого пузыря часто является именно катетеръ. Если-же примѣненіе катетера, по причинѣ задержанія мочи, становится необходимымъ, то слѣдуетъ соблюдать слѣдующія предосторожности: при каждомъ введеніи катетера оставлять рану непокрытой, очищать половые органы посредствомъ споласкиванія и тщательнаго обтиранія для того, чтобы не занести катетеромъ частичекъ послѣродоваго очищенія въ мочевой пузырь и не вызвать такимъ образомъ катарра его.

Подобное леченіе разрыва промежности давало намъ весьма благопріятные результаты. Изъ 23 случаевъ неполнаго разрыва промежности, болѣе или менѣе глубокопроникавшаго чрезъ мышечный слой, которые были наблюдаемы въ нашей клиникѣ за 1874 г. (I. с.), ни одинъ не остался неизлеченнымъ, ни разу не случилось, чтобы излеченіе это было только отчасти.



§ 60. Шовъ свѣжаго полного разрыва промежности. Сама операція при полномъ разрывѣ промежности не представляетъ большого затрудненія, чѣмъ при неполномъ разрывѣ: она только продолжается значительно дольше и не можетъ быть произведена безъ помощи хлороформа. Къ прежде описанному шву прибавляется однако шовъ прямой кишки и sphincter ani externus. Мы не совѣтуемъ, какъ это впрочемъ дѣлалось, накладывать шовъ прежде всего на прямую кишку, потому шовъ влагалища и подъ конецъ уже шовъ промежности. Мы придаемъ особенно важное значеніе тому, чтобы, при наложеніи шва, осмотрѣть всю глубину раны промежности, что тогда только вполне возможно, когда предназначенныя для промежности проволоки проводятся прежде всего; но возможность осмотра исчезаетъ, если прежде будутъ проведены проволоки, предназначенныя для прямой кишки и влагалища. Только послѣ того, какъ проволоки промежности проведены надлежащимъ образомъ, какъ можно глубже, накладываютъ 2—3 шва въ прямой кишкѣ, тоже по возможности глубоко, однако такимъ образомъ, чтобы стягиваніе какъ первыхъ, такъ и послѣднихъ,—очевидно совершающееся по различнымъ направленіямъ, а именно: первыхъ по направленію къ гарне, а послѣднихъ къ прямой кишкѣ,—не производило удаленія ткани и не образовалось бы такимъ образомъ, позади перекрещиванія швовъ, пустаго пространства. Только подъ самый конецъ накладываются влагалищные швы. Затѣмъ поверхность раны опять споласкивается и обтирается и тогда уже приступаютъ къ стягиванію и завязыванію проволокъ, при чемъ прежде закрѣпляются влагалищные швы, потомъ заднепроходные, а затѣмъ уже глубокіе промежностные швы. Послѣдовательное леченіе и здѣсь точно такое, какъ при неполномъ разрывѣ: ежедневно ставятъ Гегаровскій влистеръ; ни опія, ни батетера, если только нѣтъ къ тому показанія со стороны пузыря или мочениспускательнаго канала, мы не совѣтуемъ.

При такомъ способѣ леченія, намъ ни разу не приходилось оставить полный разрывъ промежности не излеченнымъ; только въ одномъ случаѣ не удалось заживить верхнюю часть разрыва чрезъ первичное натяженіе; а въ другомъ отъ прокола образовался маленькій ректоперинеальный свищъ, но и онъ отъ прижиганія посредствомъ тонкой палочки ляписа, постепенно, но совершенно закрылся.

§ 61. Относительно операціи застарѣлаго разрыва промежности покрывшагося уже кожей, принимаются въ соображеніе тѣже самыя вопросы, какъ и при свѣжемъ разрывѣ, именно: показанія, которыя даетъ форма дефекта, время операціи и способъ ея выполнения.

При полныхъ разрывахъ промежности показаніе къ операціи безусловно. Не такъ бываетъ при неполныхъ застарѣлыхъ разрывахъ: тутъ главнымъ образомъ надо руководствоваться тѣми послѣдствіями, которыя они вызвали.

Бываютъ не мало женщинъ, которыя, при глубокомъ, но неполномъ разрывѣ, вовсе не страдаютъ; при этомъ не надо забывать, что освѣженіе промежностной раны, а равно и ея сшиваніе, сами по себѣ, операціи далеко не легкія, и что они требуютъ пребыванія больныхъ въ постели въ теченіи многихъ недѣль, что, при какихъ бы то ни было обстоятельствахъ, неподвижное лежаніе

въ кровати и неизбежная при операциі потеря крови дѣйствуютъ ослабляющимъ образомъ. Надо, слѣдовательно, избѣгать операциі, даже при большихъ, но неполныхъ разрывахъ, если больная, кромѣ сознанія, что разрывъ у нея дѣйствительно существуетъ, ничего больше не чувствуетъ. Но при первомъ появленіи дѣйствительныхъ затрудненій, если они указываютъ на начинающееся опущеніе, слѣдуетъ присовѣтывать операцию. Съ другой стороны, къ совершенію операциі могутъ насъ побудить и личныя желанія больной, если, вслѣдствіе зіянія влагалища, появляются слишкомъ тягостныя бѣли, или совоупленіе не можетъ совершаться надлежащимъ образомъ.

При неполномъ разрывѣ, вопросъ о времени совершенія операциі не имѣетъ большого значенія. Пока разрывъ не причиняетъ важныхъ затрудненій, можно оставлять его долгое время безъ всякой операциі; послѣдняя можетъ быть предпринята спустя цѣлые годы, нисколько не опасаясь, что отъ подобнаго замедленія заживленіе пойдетъ хуже. Нечего также опасаться, что тѣмъ временемъ произойдутъ какія-либо серьезныя измѣненія въ окружающихъ частяхъ будущаго рубца, какъ это бываетъ при полномъ разрывѣ. Въ послѣднемъ случаѣ всякое откладываніе производства операциі на мѣсяць, даже на недѣлю, влечетъ за собою весьма серьезныя послѣдствія и уменьшаетъ шансы на благопріятный исходъ: sphincter ani, Mm. transversi perinaei расходятся все болѣе и болѣе, подвергаются жировому перерожденію, такъ что по совершеніи операциі окажется, что функція этихъ мышцъ измѣнилась или совершенно уничтожилась. Съ другой стороны, не слѣдуетъ вѣзаться за операцию слишкомъ рано. Обыкновенно показывается, что самый удобный моментъ для производства операциі наступаетъ по истеченіи шестинедѣльнаго промежутка послѣ родовъ,

Мы считаемъ цѣлесообразнымъ измѣнить показаніе относительно срока операциі слѣдующимъ образомъ: по истеченіи первой правильной менструаціи. Наступленіе и правильное теченіе этого явленія (менструаціи) убѣждаетъ насъ, что мы имѣемъ дѣло съ нормально возстановленными половыми органами, что, слѣдовательно, при возобновленіи раны у насъ не получится слишкомъ сильное кровотеченіе и что намъ нечего опасаться мѣшающаго вліянія менструаціи, могущей наступить не во время и повредить или, по меньшей мѣрѣ, замедлить ходъ заживленія. Не слѣдуетъ однако оперировать непосредственно за преобразованиемъ менструаціи; довано опытомъ, что послѣ наложенія шва, маточное кровотеченіе можетъ опять возобновиться, что тогда кровь, напирая позади суженнаго мѣста влагалищно-промежностнаго шва или скопляясь иногда въ значительномъ количествѣ во влагалищѣ, отодвигая матку вверхъ, вызываетъ иногда крайне опасную анемію, во всякомъ случаѣ весьма вредную для заживленія.

§ 62. Операциі застарѣлыхъ разрывовъ промежности, *Perinaoplastica*. Попытки сшивать разорванную промежность, даже послѣ совершеннаго зарубцованія раны, посредствомъ возобновленія раны въ области рубца и сшиванія свѣже окровавленныхъ краевъ, дѣлались въ самыя отдаленныя времена.

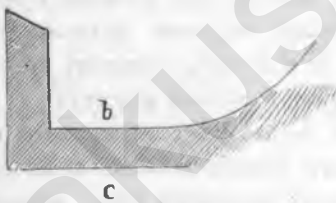
Первыя подробныя описанія удачныхъ перинеопластическихъ операциій относятся ко времени Мурзинны, Grossheim'a, Guillemeau и De la Motte. Но до

Диффенбаха успѣхи этихъ операцій были весьма ненадежны: во многихъ случаяхъ леченіе вовсе не удавалось, во многихъ оставались фистулы между влагалищемъ и прямой кишкой и промежностью, а въ другихъ промежность оказывалась не состоятельной и разрывалась при первыхъ же, послѣдовавшихъ за операціей родахъ.

Причину неудовлетворительныхъ результатовъ старинныхъ операцій слѣдуетъ искать главнымъ образомъ въ томъ обстоятельствѣ, что въ прежнее время возобновленіе раны производилось на слишкомъ незначительномъ пространствѣ, что главнымъ образомъ обращалось вниманіе на разрывъ самой промежности, упуская изъ виду, идущія вверхъ трещины, во влагалищѣ и прямой кишкѣ, и такимъ образомъ вмѣсто высокой и толстой, въ срединѣ влагалища постепенно спускающейся промежности, соответствующей нормальной, получался впереди влагалища только поперегъ перетянутый мостикъ, который при послѣдующихъ родахъ не былъ въ состояніи сопротивляться напору дѣтской головки, и позади котораго легко могли образоваться сообщенія между влагалищемъ и прямой кишкой. Только въ новѣйшее время стали направлять все свое вниманіе къ тому, чтобы возстановить промежность, но возможности близко подходящую къ нормальной, не только по своей высотѣ, но и по размѣру толщины, освѣжая въ надлежащемъ размѣрѣ и зашивая края затѣмъ не одной только промежности исключительно, но и разрывы во влагалищѣ и прямой кишкѣ.

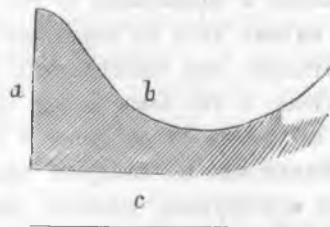
То, что достигалось по прежнимъ методамъ,—если вообще дѣло доходило до совершеннаго соединенія,—отвѣчаетъ схемѣ на рис. 13 а, а то, къ чему слѣдуетъ стремиться отвѣчаетъ схемѣ на рис. 13 б.

рис. 13 а.



а) Raphe. б) Vagina. в) Rectum.

рис. 13 б.



а) Rephe б) Vagina. в) Rectum.

Методы въ послѣднемъ направленіи, по которымъ достигается возможное совершенство, въ новѣйшее время разработаны преимущественно: Диффенбаховъ, Лангебекомъ, Симономъ, затѣмъ Негар'омъ, Фрейндомъ и Бишофомъ.

Теперь почти вездѣ слѣдуютъ методу «треугольнаго соединенія», предложенному Симономъ. Въ нашихъ операціяхъ, мы такъ-же придерживаемся существеннымъ образомъ этого метода, съ незначительнымъ уклоненіемъ относительно освѣженія раны и съ нѣкоторой модификаціей въ наложеніи шва.

Ниже мы представимъ подробное описаніе производства операцій заста-рѣлаго полнаго разрыва промежности въ томъ видѣ, какъ мы ее въ послѣдніе

годы производили по примѣру Симона; затѣмъ приведемъ описаніе другихъ, новѣйшихъ методовъ. Послѣ обстоятельнаго обсужденія операциі полного разрыва промежности, намъ незачѣмъ будетъ особенно распространяться объ операциі неполнаго разрыва, производящейся по тѣмъ же принципамъ, но гораздо проще и легче прежней.

Способъ производства операциі въ случаяхъ полного разрыва—*Procto-Peginägarhia* (Симонъ).

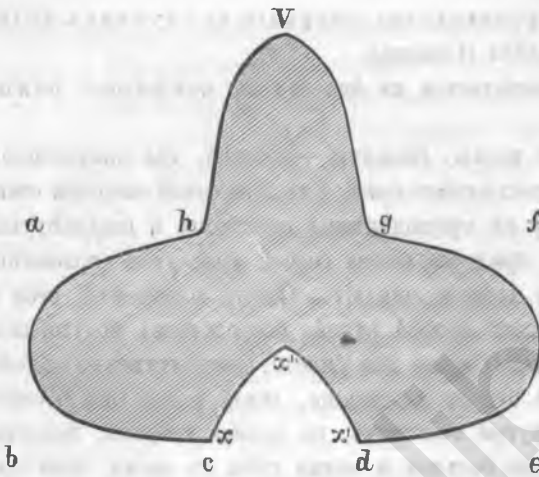
Операција распадается на два отдѣла: освѣженіе раны и наложеніе шва.

Освѣженіе раны. Больную,—которой, для совершеннаго опорожненія прямой кишки, даютъ слабительное, а въ день самой операциі ставятъ клистирь,— кладутъ на спину съ приподнятымъ крестцомъ и раздвинутыми бедрами, изъ которыхъ каждое придерживается особой прислугою (положеніе при камнестѣченіи), затѣмъ ее хлороформируютъ. Одинъ ассистентъ, стоя по лѣвой сторонѣ больной, удерживаетъ правой рукой, посредствомъ полужеркала, подобранаго по величинѣ и формѣ (Симонъ или Симсъ), соотвѣтственно особенностямъ даннаго случая, переднюю стѣнку влагалища, лѣвой рукой онъ обтираетъ порѣзы ку-сочками губки. Другой ассистентъ, по правой сторонѣ, поддерживаетъ въ раздвинутомъ состояніи большія и малыя губы все время, пока производится освѣженіе задняго края влагалища, близко къ заднему проходу, и переднихъ боковыхъ его частей; какъ только приступаютъ къ освѣженію заднихъ боковыхъ частей, въ глубинѣ влагалища, онъ, поддерживая губы лѣвой рукой, вводитъ указательный палецъ правой руки въ прямую кишку и напрягаетъ имъ заднюю стѣнку влагалища. До начала освѣженія, операторъ долженъ тщательно изслѣдовать ту область, которую онъ намѣревается освѣжить. Такъ какъ нижняя часть входа, по большей части, представляетъ значительныя неровности, угловатости и искривлена, не равномерно расположенными складками, а края раны сморщены; то является необходимость тщательно выбирать мѣста, болѣе подходящія для шва; а главное должно избѣгать всякаго искусственнаго смѣщенія тканей; всѣ эти предосторожности, по нашему мнѣнію, гораздо легче соблюдать, пользуясь пальцами опытнаго ассистента, нежели примѣненіемъ разныхъ крючковъ (Negar) или сквознаго зеркала (Simon). Освѣженіе не должно ограничиваться однимъ срѣзываніемъ рубца,—который легко познается по своему бѣловатому дѣвту и тонкости кожи—оно должно быть произведено и за предѣлами рубца, а въ застарѣлыхъ случаяхъ—еще дальше. И иногда является необходимымъ повести освѣженіе не только по большимъ губамъ вверхъ, на значительномъ пространствѣ, но и захватить часть малыхъ губъ, а по направленію внаружи даже перейти за предѣлы большихъ губъ.

Въ каждомъ случаѣ, сначала, держа ножъ вертикально, проводятъ поверхностные порѣзы по кожѣ, для обозначенія поля освѣженія, величина и очертанія котораго обусловливаются дефектомъ; въ обыкновенныхъ случаяхъ поле освѣженія отвѣчаетъ схематическому изображенію, представленному на рис. 14. Поверхности *abcd* и *defg* соотвѣтствуютъ боковымъ мѣстамъ освѣженія, переходящимъ на губы, *cbgd*—основанію промежности, по направленію къ прямой кишкѣ; *bcde* превращается въ *Varhe*; а *b* и *f e*, края которыхъ закругляются, соотвѣтствуютъ

верхнему краю промежности или задней слайкѣ;  $x$   $x'$   $x''$  обозначаютъ дефектъ въ прямой кишкѣ. Кроме того, для освѣженія задней стѣнки влагалища, по срединѣ ся сносится слизистая оболочка въ видѣ треугольнаго лоскута  $h$   $g$   $v$ , вершина котораго  $v$  обращена къ своду влагалища; это дѣлается для того, чтобы,

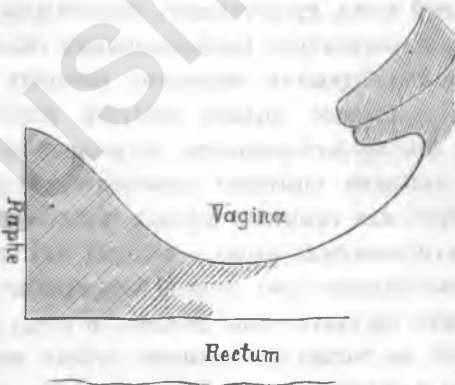
рис. 14.



Изображеніе опрощенной раны при операціи полного разрыва промежности.

по наложеніи шва и заживленіи, образовался на задней стѣнкѣ влагалища постепенный подъемъ отъ свода къ промежности, какъ это представлено на рис. 15. Изъ очертанія возобновленной раны, какъ оно нами представлено на первомъ рисункѣ, очевидно, что мы должны существеннымъ образомъ стремиться къ тому

рис. 15.



Боковой разрѣзъ зажившей промежности.

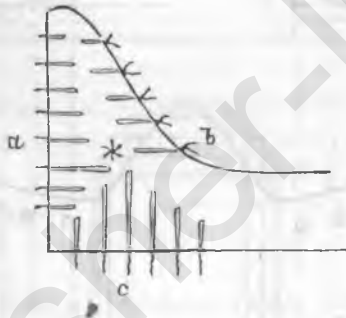
чтобы произвести большую, обширную рану, въ особенности по направленію спереди назадъ, и такимъ образомъ возстановить глубину промежности въ достаточно широкомъ размѣрѣ, слѣдовательно освѣженное и спитое мѣсто отъ  $cd$  до вершины  $v$  должно быть порядочно широко.

Не обращать надлежащаго вниманія на этотъ пунктъ, значить подвергаться опасности, что вблизи сфинктера образуется свищъ, или, даже въ случаѣ пол-

наго заживленія, при послѣдующихъ родахъ, головка застрянетъ въ этомъ слабомъ мѣстѣ, а тогда уже произойдетъ полный разрывъ. Если живо представить себѣ рану свѣжаго полного разрыва, то окажется, что самый широкій ея размѣръ идетъ по направленію отъ с и d къ v.

Освѣженіе должно обнимать все пространство, которое должно быть обнажено, даже по направленію къ прямой кишкѣ; лучше всего употребляютъ для этого ножъ. На границахъ раны ножъ держать вертикально; отпрепарованіе слизистой оболочки производится длинными, параллельными ея поверхности, порѣзами. Кровотеченіе при этомъ бываетъ, но большей части, незначительное, покрайней мѣрѣ въ застарѣлыхъ случаяхъ; надо только осторожно обойти вены, лежащія въ задней стѣнкѣ влагалища, которыя часто имѣютъ довольно значительный просвѣтъ. Обыкновенно кровотеченіе останавливается довольно скоро прижатіемъ пальцами (большой палецъ во влагалище, указательный въ прямую кишку) или же надавливаніемъ губкой, смоченной въ ледяной водѣ. Маленькіе артеріальныя вѣточки серучиваются, а которыя по больше перевязываются.

рис. 16.



Швы глубоко наложенные по тремъ направленіямъ.

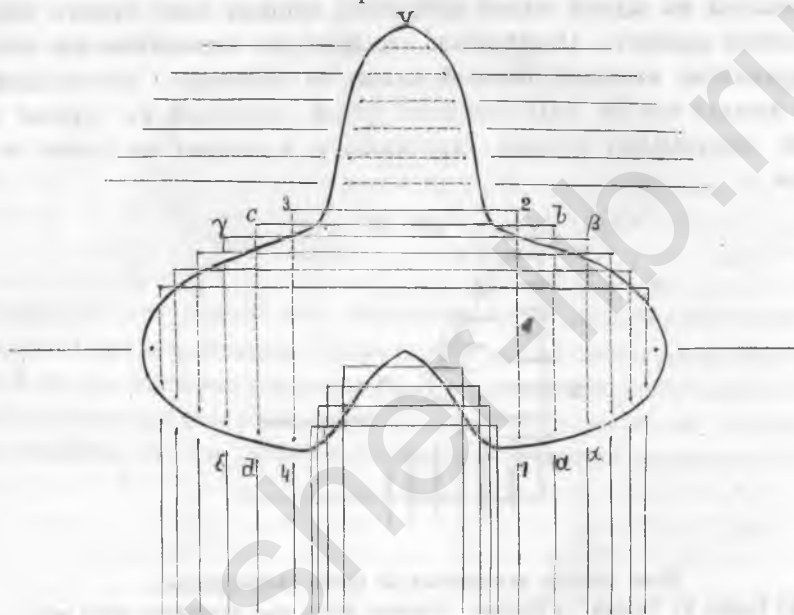
a) Raphe b) Vagina. c) Rectum. Опасное мѣсто при наложеніи этого шва.

Передъ наложеніемъ шва производится вторичное обследованіе всей окровавленной поверхности для того, чтобы исправить возможные упущенія, какъ напр. удалить всякія лоскутки, торчащіе концы и т. п.

При наложеніи шва представляются слѣдующія два существенныя условія: 1) наложеніе шва производится по тремъ направленіямъ: вѣсторону влагалища, Raphe и прямой кишки; 2) швы проводятся глубоко только по первому направленію, по остальнымъ же двумъ, — поверхностно. Необходимость наложенія швовъ по тремъ направленіямъ, ясна какъ день. Только при весьма тщательномъ соединеніи всей раны, взяющей по упомянутымъ тремъ направленіямъ, можно рассчитывать на совершенное ея излеченіе. Если оставить влагалищную часть раны не сшитой, тогда позади Raphe неизрѣнно образуется свищевой каналъ, который, по обыкновенію, откроется въ прямую кишку (рѣже на промежности); если же оставить рану прямой кишки безъ отдѣльнаго, самостоятельнаго шва, то вслѣдствіе засоренія каломъ и нагноенія, появится свищевой ходъ въ самомъ опасномъ мѣстѣ — возлѣ sphincter ani.

Цѣлесообразно однако провести глубокіе швы только по одному направленію, и въ случаѣ, если разрывъ въ прямой кишкѣ простирается сравнительно высоко, то начать именно съ этой точки (Simon, Hegar, Kaltenbach). Но если разрывъ прямой кишки не выходитъ за предѣлы sphincter ani externus,—что чаще всего встрѣчается,—тогда начинаютъ съ шва (raphe) промежности. Очевидно, что если швы будутъ слишкомъ глубоко проведены по всѣмъ тремъ направленіямъ, или даже только по двумъ, то въ какомъ нибудь мѣстѣ, плотно возлѣ задней стѣнки прямой кишки, петли будутъ почти соприкасаться средней своей частью. При затягиваніи такихъ швовъ, если даже не стягивать проволоки слиш-

рис. 17.



Наложение швовъ.

комъ туго, на этомъ мѣстѣ, впереди прямой кишки, произойдетъ стягиваніе тканей по различнымъ направленіямъ: проволоки влагалища тянутъ ткань вверхъ, проволоки промежности—кнаружи, а проволоки прямой кишки—по направленію внизу. Вслѣдствіе этого, въ упомянутомъ мѣстѣ, средняя часть котораго будетъ захвачена петлями, непременно образуется пустое пространство, которое наполнится сывороткой (serum), что поведетъ къ образованію глубокаго абсцесса, и вмѣсто заживленія получится влагалищно-заднепроходный свищъ.

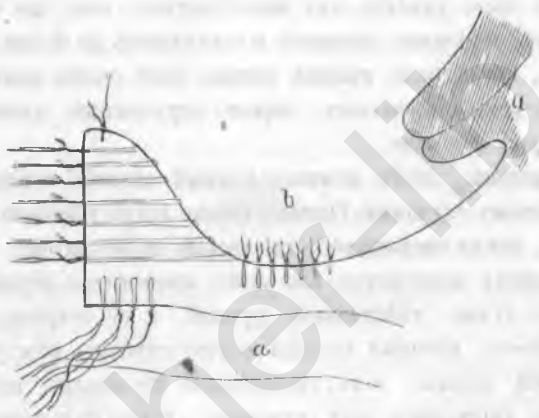
Сказанное нами наглядно представлено на нижеслѣдующемъ схематическомъ рисункѣ, изображающемъ проведеніе швовъ на одинаковой глубинѣ, по всѣмъ тремъ направленіямъ.

Звѣздочка (\*) среди швовъ указываетъ мѣсто, гдѣ образуется пустое пространство вслѣдствіе растяженія тканей по всѣмъ тремъ направленіямъ. Всего лучше намъ удавалось заживленіе, когда мы проводили собственно промежностныя проволоки такимъ образомъ, какъ изображено на схемѣ рис. 17 и 18; мы должны однако признаться, что во всѣхъ случаяхъ, произведенныхъ нами опе-

рацій, дефектъ прямой кишки не переходилъ слишкомъ значительно за предѣлы sphincter ani.

Сперва мы проводимъ проволоку чрезъ треугольникъ задней стѣнки влагалища, потомъ чрезъ прямую кишку, а затѣмъ уже накладываемъ промежностные швы. Последніе мы накладываемъ слѣдующимъ образомъ: вкалываемъ иглу непосредственно возлѣ сфинктера, съ лѣвой стороны, на 4—5 millim отъ края раны, проводимъ ее подъ дномъ раны, въ прямомъ направленіи, къ соответствующему лѣвому краю влагалищной раны, плотно у самого края слизистой оболочки влагалища, отъ точки 1 къ точкѣ 2. Дошедши до этого мѣста, мы выводимъ иглу на поверхность, тутъ же запускаемъ ее опять и проводимъ ее подъ дномъ раны отъ точки 2 къ точкѣ 3; здѣсь мы опять высовываемъ иглу на поверхность съ тѣмъ, чтобы тутъ-же снова

рис. 18.



Видъ шва сбоку. а) Rectum. б) Vagina. в) Raphe и Uterus.

опустить въ глубь, и проведя ее подъ дномъ раны, по направленію пунтира къ точкѣ 4, выводимъ ее наружу опять-таки на 4—5 millim. отъ края раны; второй и слѣдующіе швы накладываются аналогично первому; при послѣднихъ однако, какъ только игла показалась у б, сейчасъ-же проводится къ с; подобнымъ же образомъ поступаютъ и при  $\beta$  и  $\gamma$  etc., причемъ мѣста выходения и вкалыванія иглы лежатъ въ слизистой оболочкѣ влагалища на 1—3 millim. отъ края раны.

Для наложенія швовъ, подобно вышеописаннымъ, мы употребляемъ длинныя, умѣренно изогнутыя и достаточно широкія иглы, которыми легко дѣйствовать, какъ при помощи иглодержателя, такъ и безъ него. Для швовъ влагалища и прямой кишки болѣе пригодны сильно изогнутыя и болѣе короткія иглы, которыми управляютъ при помощи иглодержателя. Какъ швейный матеріалъ, по большей части, рекомендуется проволока; мы употребляемъ хорошо прокаленную англійскую желѣзную проволоку. Однако, въ послѣднее время, мы стали употреблять для влагалищныхъ швовъ еттутъ, такъ какъ, вслѣдствіе глубокаго положенія проволочныхъ швовъ во влагалищѣ, они весьма трудно удаляются, а часто даже не безъ опасности для самаго промежностнаго шва. При окончательномъ закрытіи раны, проволоки закручиваются при по-



мощи Симсоновскаго проволоко-смыкателя. Не слѣдуетъ приступать къ смыканію проволоки прежде, чѣмъ всѣ швы не будутъ проведены, въ противномъ случаѣ, мы лишаемся возможности обзрѣвать все оперируемое поле и тѣмъ подвергаемся опасности проведенія швовъ слишкомъ поверхностно или въ ненадлежащемъ направленіи.

Несоблюденіе того или друго условія можетъ компроментировать всю операцію.

Не должно также закрывать рану прежде, чѣмъ не будетъ совершенно остановлено кровотеченіе; при чемъ обращаютъ тщательное вниманіе, не прилипло ли къ проволокамъ сгустка крови или фибрина. До стягиванія каждого шва слѣдуетъ хорошенько осушить поверхность. По закрытіи всей раны, концы проволоки на промежности и въ прямой кишкѣ можно отрѣзать довольно коротко; но отъ проволоки во влагалищѣ оставляютъ концы длиною въ 6—8 цтм. чтобы легче было удалять ихъ впослѣдствіи; если же влагалище зашито кетгуттомъ, то его отрѣзаютъ покороче и оставляютъ до полного всасыванія его.

Въ случаѣ, когда рана прямой кишки тоже очень длинная, то и тутъ можно оставлять концы проволоки, хорошо скрученные, длиною въ 6—8 цтм. выводя ихъ наружу per anus.

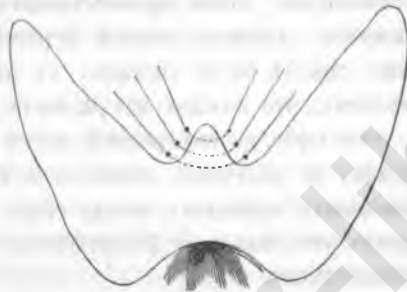
Такимъ образомъ, этотъ немногосложный способъ совершенно удовлетворяетъ обыкновеннымъ случаямъ. Однако только тогда возможно достигнуть хорошаго результата, когда оперируютъ тщательно и не спѣша. Если же операція освѣженія выполнена неаккуратно или ножъ проводится неравномѣрно во всѣхъ слояхъ (для чего лучше дѣйствовать ручею, а не остріемъ скальпеля); если боковыя поверхности, которыя должны соответствовать между собою, не получили надлежащей формы; если кровотеченіе не вполне пріостановлено или рана не очищена тщательно; если, наконецъ, дурно наложенные швы не будутъ тотчасъ замѣнены другими, правильными, — тогда нельзя надѣяться на успѣшные результаты. Для такой отчетливой операціи нужно употребить, по крайней мѣрѣ, 2—3 часа времени.

Послѣдовательное леченіе не нуждается собственно въ особенномъ уходѣ и стараніи. Ежедневная катетеризація не только не нужна, но и вредна въ томъ отношеніи, что легко можетъ вызвать катарръ мочевого пузыря. Впрочемъ, рану слѣдуетъ ежедневно обмывать салициловою водою. Для поддержанія правильныхъ испраженій, ставится ежедневно Гегаровскій влиستيرъ. При этомъ, кромѣ соответствующей оперативному поврежденію и спокойному лежанію въ постели діеты, больная должна соблюдать горизонтальное или лучше боковое положеніе во все время существованія швовъ. Что касается времени удаленія швовъ, то на промежности ихъ удаляютъ черезъ 6—8 дней по наложеніи, изъ sphincter ani или прямой кишки, — когда они начинаютъ втѣсываться въ ткань; а изъ влагалища — только послѣ полного образованія крѣпкаго рубца на carne т. е. не раньше 10—14 дней по наложеніи швовъ; если же швы состоятъ изъ кетгута, то они совсѣмъ не удаляются.

Послѣдствія, видѣнные нами при вышеописанной операціи, были хороши, такъ, что эта операція, при томъ ужасномъ страданіи, противъ котораго она

направлена, можетъ считаться одной изъ самыхъ благодарныхъ. Однако быть случай, гдѣ послѣ операціи образовался свищевой ходъ между прямой кишкой и влагалищемъ, причѣмъ не помогли ни прижиганія, ни послѣдовательная операція. Въ другомъ случаѣ промежность получила снѣжомъ тонкою и разорвалась при послѣдовавшихъ послѣ этого первыхъ родахъ, но на этотъ разъ послѣдовало совершенное излеченіе. Въ обоихъ случаяхъ швы наложены были несообразно въ трехъ направленіяхъ, на одинаковой глубинѣ, послѣ чего весьма легко объясняется появленіе въ первомъ изъ нихъ свищеваго хода. Съ тѣхъ поръ мы наглядывали швы по другому, вышеуказанному нами способу и всегда достигали полнаго излеченія.

рис. 19.



Наложеніе шва по Симонъ—Гегару.

§ 63. Описанный нами только что оперативный способъ основывается существенно на правилахъ такъ называемаго треугольнаго метода соединенія, впервые предложеннаго Диффенбахомъ, усовершенствованнаго въ особенности Симономъ, позднѣе же Гегаромъ. Заслуга Симона преимущественно состоитъ въ томъ, что онъ первый указалъ на необходимость обширнаго освѣженія и той части, которая вдается во влагалище.

рис. 20.



Границы освѣженія по Симону и Гегару.

Касательно шва, Симонъ и Гегар обращаютъ особенное вниманіе на необходимость точнаго и крѣпкаго соединенія тѣхъ мѣстъ въ ранѣ промежности, которыя граничатъ съ обоими прилегающими пространствами.—прямой кишкой и влагалищемъ. На этомъ основаніи, на указанныхъ только что мѣстахъ накладываются самыя глубокіе швы, освѣживъ предварительно края раны, какъ со стороны прямой кишки, такъ и со стороны влагалища, далеко за предѣлы рубца.

Рис. 19 представляетъ картину раны промежности, подлежащей сшива-

нію, по описанію Hegar'a. Изъ этого рисунка легко видно, что, въ вышеописанномъ нами методѣ оперированія, мы отступили отъ способа Симона и Hegar'a только въ 2-хъ пунктахъ.

1) Освѣженіе дѣлается у насъ глубже, чѣмъ требуютъ Симонъ и Hegar, въ особенности, касательно обѣихъ боковыхъ половинъ промежности, а также относительно подлежащаго удаленію треугольника на задней стѣнѣ влагалища.

2) Шовъ иначе накладывается.

Симонъ и Hegar накладываютъ глубокіе швы со стороны кишки, а также со стороны влагалища; между тѣмъ какъ на гарне они соединяютъ болѣе поверхностно (см. рис. 20). Мы же, по вышеизложеннымъ уже причинамъ, придаемъ большіе значенія глубокимъ, обхватывающимъ всю рану швамъ, которые преимущественно назначены, чтобы препятствовать образованію свищей позади швовъ или образованію слишкомъ тонкой перегородки между vagina и rectum, что въ нѣкоторомъ смыслѣ болѣе согласно съ наложеніемъ швовъ по Диффенбаху. Разница въ томъ, что каждая изъ нашихъ проволочныхъ петель обнимаетъ всю область, отъ гарне до внутренней части влагалища, а часть, находящаяся позади спайки, не получаетъ никакого особеннаго шва, не бѣлье 1—2 поверхностно наложенныхъ ирволокъ, между тѣмъ какъ Симонъ и Hegar укрѣпляли послѣднюю, какъ это дѣлалъ и Диффенбахъ, особеннымъ, обширнымъ, хотя только поверхностнымъ швомъ.

#### § 64. Другіе оперативные методы:

Сложный способъ соединенія промежности по Лангенбеку, состоящій существенно въ образованіи лоскута, покрывающаго нижнюю часть vaginae до промежности,—рѣдко выполняется во первыхъ, потому что онъ труднѣе и отнимаетъ больше времени и во вторыхъ, потому, что онъ до сихъ поръ не далъ такихъ хорошихъ результатовъ, какъ способъ Симона.

Способы же, предложенные въ новѣйшее время Бишофомъ и Фрейндомъ, слишкомъ новы еще для того, чтобы возможно было составить о нихъ мнѣніе, основанное на опытахъ.

Мы передаемъ здѣсь описаніе соединенія промежности по способу Лангенбека, слово въ слово по Бифелю (l. c.) и, ради болѣе легкаго пониманія трудно описываемой операціи, мы сперва ограничимся болѣе простымъ случаемъ дефекта промежности, достигающаго только до anus.

Въ этомъ случаѣ «rectum осталось неповрежденнымъ; половая щель удлинена и достигаетъ до anus. Задняя стѣнка vaginae втянута въ разрывную рану, сросшись съ нею посредствомъ рубцовъ. Ключеобразное рубцовое возвышеніе, обозначающее собою нижній, свободный край задней стѣнки влагалища, ограничиваетъ это безобразіе къзади, со стороны заднепроходнаго отверстія, а весь *trigonum ischio-rubicum* занимаетъ спереди высшій уровень».

«Первый актъ операціи, начинается отдѣленіемъ влагалищнаго лоскута, вросшаго въ мѣсто разрыва. Для этой цѣли ведутъ подковообразный, эллиптической, обращенный назадъ разрѣзъ, въ окружности разрыва, по всему его протяженію. Исходная точка этого разрѣза соответствуетъ тому мѣсту, гдѣ

представляемъ себѣ заднюю спайку. Онь совпадаетъ съ линіей перехода, ненормально къзади вытянутаго, влагалища въ наружную кожу, обходить къзади упомянутое рубцовое возвышеніе и отдѣляетъ такимъ образомъ послѣднее отъ отверстія гесті. При этомъ помощникъ владываетъ указательный палець въ rectum и приподнимаетъ переднюю стѣнку послѣдняго. Въ тоже время операторъ схватываетъ пинцетомъ края надрѣзанной задней стѣнки vaginae, сросшейся съ разрывомъ и отдѣляетъ ихъ помощью ножа и ножницъ отъ мѣста сращенія съ боковыми частями и со стороны rectum. Такимъ образомъ получается свободный влагалищный лоскутъ, который былъ до того приросшимъ къ переднимъ начальнымъ точкамъ подковообразнаго разрѣза, при чемъ образуется рана, боковыя поверхности которой соотвѣтствуютъ первоначальной глубинѣ разрыва. Полученный такимъ образомъ влагалищный лоскутъ вытягиваютъ впереди, во влагалище, послѣ чего остается зияющая рана съ двумя сообщающимися боковыми поверхностями.»

«Второй актъ операціи состоитъ въ соединеніи краевъ раны посредствомъ шва, направленаго спереди назадъ, по средней линіи; при чемъ, вслѣдствіе неизбежнаго притяженія сосѣднихъ мягкихъ частей, восстанавливается новая промежность, во всей первоначальной длинѣ. Нужно замѣтить, что этой частью операціи не только соединяются между собою части, первоначально раздѣленныхъ и сросшихся частей влагалища, но послѣднія принимаютъ гораздо нисшее положеніе противъ прежняго. Соединеніе дѣлаютъ глубокими узловатыми швами изъ вошеннаго шелку, которые укрѣпляются нѣсколькими обвивными швами; для болѣе точнаго соединенія можно еще въ промежуткахъ наложить нѣсколько поверхностныхъ швовъ изъ тонкихъ шелковыхъ нитей. Можно предвидѣть, что металлическіе швы, совершенно вытѣснятъ изъ употребленія, всѣ другіе, бывшіе прежде въ ходу и даже двойные швы.»

«Затѣмъ берутъ отпрепарованный, растяжимый влагалищный лоскутъ и нижній свободный край его, который для этой цѣли можно еще освѣжить, пришиваютъ къ переднему краю новообразовавшейся промежности. Такимъ образомъ суживается задній объемъ влагалища и вмѣстѣ съ тѣмъ рана защищается отъ истекающихъ выдѣленій. Если же шовъ причиняетъ чрезмерное напряженіе, то операція заканчивается двумя боковыми, полулунными надрѣзами.»

«Второй случай: прямая кишка повреждена и вслѣдствіе этого происходитъ клоакоподобное безобразіе. Тогда, не только задняя стѣнка влагалища вросла въ разрывъ промежности, но и прямая кишка стянулась въ послѣдній и зарубцовалась. При этомъ соотвѣтственные части промежности принимаютъ еще высшее противъ нормальнаго положеніе, чѣмъ въ первомъ случаѣ, такъ что влагалище еще болѣе открыто и ея слизистая оболочка сильно утолщена, вслѣдствіе постоянной нечистоты. Кромѣ только что описаннаго нами тягостнаго явленія, нерѣдко присоединяются еще исхуданіе, блѣдная немочь и множество нервныхъ страданій. И здѣсь, какъ въ первомъ случаѣ, красное, мозолистое возвышеніе слизистой оболочки указываетъ границу, гдѣ влагалище оттянуто назадъ, образовавшимся рубцомъ.»

«Операція начинается при этомъ совершенно, какъ въ первомъ случаѣ. Первый актъ: изъ того мѣста, кдѣ представляютъ себѣ заднюю спайку, ведутъ

боковые разрывы, которые соединяются въ формѣ эллипса, позади упомянутого возвышенія, при чемъ старательнымъ препарованіемъ отдѣляютъ сращения гесті отъ влагалища. Полученный такимъ образомъ лоскутъ слизистой оболочки влагалища имѣетъ своимъ назначеніемъ не только возстановленіе задней поверхности входа во влагалище, но и закрытіе и поднятіе мѣста разрыва гесті, сзади. Уже упомянуто было, что этотъ лоскутъ весьма растяжимъ и когда его оттягиваютъ внизъ, то верхняя часть его задней поверхности представляетъ подкладку и мѣсто прикрѣпленія, для соединенія краевъ разрыва гесті. Эту часть операціи предпринимаютъ раньше всего, слѣдующимъ образомъ: послѣ того какъ посредствомъ боковыхъ полулунныхъ надрѣзовъ, въ передней части апус и простымъ отпрепарованіемъ, края щели гесті сдѣлались свободными, послѣдніе соединяются посредствомъ швовъ съ новообразовавшейся подкладкой по всей длинѣ, при чемъ концы нитей выводятся въ гестум. При этомъ всетаки остается еще свободнымъ передній нижній конецъ влагалищнаго лоскута для возстановленія задней окружности влагалища.

Второй актъ операціи состоитъ и здѣсь въ соединеніи открытыхъ краевъ раны по средней линіи и въ пришиваніи излишка влагалищнаго лоскута къ средней части новой промежности. Кромѣ того, посредствомъ болѣе тонкихъ нитей, связывающихъ гестумъ съ заднимъ краемъ возстановленной промежности, возстановляется также и передняя часть окружности апус. Эта операція сложнѣе первой, вслѣдствіе чего могутъ произойти болѣе сильныя кровотеченія и она требуетъ болѣе тщательнаго наложенія швовъ, а въ случаѣ нужды и употребленія лигатуръ.»—

Противъ этого метода возражаютъ, что производство операціи представляетъ значительныя затрудненія при выполненіи ея въ сравненіи съ другими способами; что поврежденія при немъ весьма значительны, и что въ особенности при отпрепарованіи влагалищнаго лоскута легко могутъ произойти сильныя кровотеченія изъ венознаго сплетенія кишечно-влагалищной стѣнки. Отсюда также можетъ развиваться гнойное зараженіе. Далѣе, при немъ часто остаются свищи и наконецъ, если даже послѣдуетъ полное излеченіе, и недержаніе кала хотя и устранено, однако, вслѣдствіе сморщиванія и сокращенія влагалищнаго лоскута, *vagina* значительно снѣетъ и такимъ образомъ остается предрасположеніе къ появленію извѣстныхъ послѣдствій разрыва промежности. (Negar—Kaltenbach, Beigel, Bischoff-Banga.)

Подобно Лангенбеку, въ нѣкоторомъ смыслѣ, оперируетъ Бишоффъ въ Базелѣ: онъ также отпрепаровываетъ большой лоскутъ отъ задней стѣнки влагалища, который начинается на краю между слизистой оболочкой и кожей входа влагалища и прилаживаетъ его къ ранѣ промежности. Но Бишоффъ освѣжаетъ самую промежность гораздо шире и выше, чѣмъ по методу Лангенбека, придавая этому форму U, при чемъ онъ не пользуется лоскутомъ при полномъ разрывѣ для прямого пополненія изъяна прямой кишки, какъ мы это выше видѣли у Лангенбека, въ описаніи Бифеля. Бишоффъ старается прежде всего, чтобы влагалище поднялось впередъ и вверхъ такъ, чтобы его нижняя часть составляла, по крайней мѣрѣ, прямой уголъ съ верхней частью и маткой.

Оперативный способъ Фрейнда разнится существенно отъ Симонъ-

Гегаровскаго способа тѣмъ, что Фрейндъ не вырѣзываетъ треугольника изъ задней стѣнки влагалища, но, оставляя *columna rugatum* неповрежденной, онъ вынимаетъ языкообразный кусокъ съ правой, съ лѣвой или съ обѣихъ сторонъ послѣдней. \*)

Причины, заставившія Фрейнда ввести сказанныя измѣненія, частью основаны на наблюденіи часто не достаточности возстановленія промежности другими существующими способами, частью же—основываясь на анатомическихъ отношеніяхъ между нормальнымъ строеніемъ *vaginae* и промежности, а также и свѣжей раны послѣдней. Фрейндъ указываетъ особенно на то обстоятельство, что при общепринятомъ у насъ методѣ перинеопластики, нижняя, задняя часть *vaginae* сильно сжата на столько, что при первыхъ послѣ операциіи родахъ она недостаточно поддается напору головки ребенка и вслѣдствіе этого разрывается. Фрейндъ видѣлъ два случая, гдѣ, послѣ удавшейся операциіи, женщины жаловались на значительное препятствіе при *coitus*, въ одномъ изъ нихъ—даже спустя два года. Кромѣ того, при этомъ же методѣ происходятъ часто полныя или неполныя свищи (*f. vagino—perinaealis* или *recto—vaginalis*, или *vagino—recto—perinaealis*), потому что натяженіе мягкихъ частей дѣлается слишкомъ сильнымъ, какъ разъ на самомъ важномъ мѣстѣ, т. е. на нижнемъ краю влагалища.

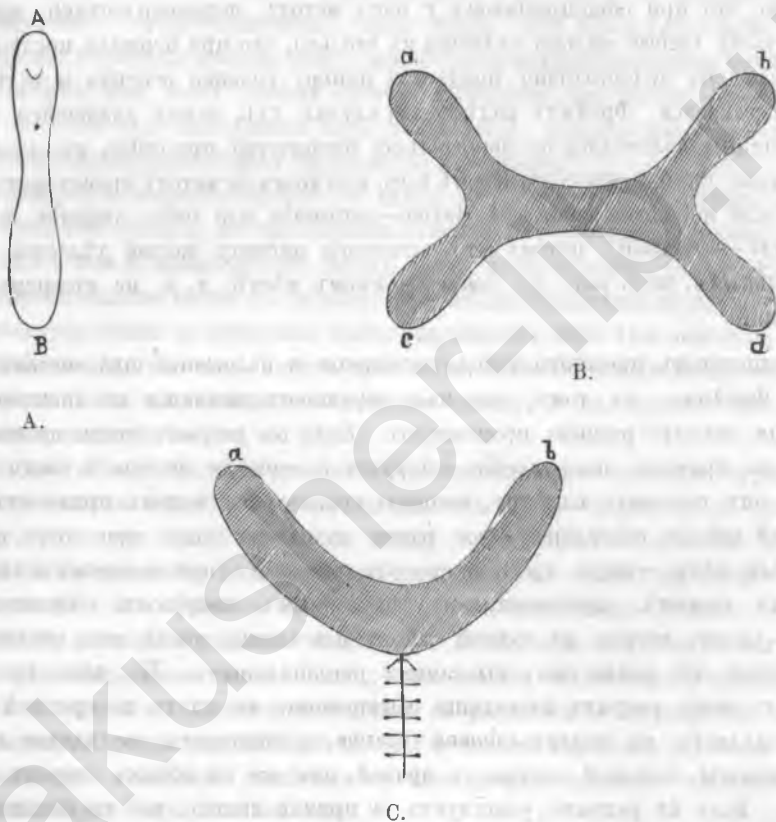
Недостатокъ прежняго метода освѣженія и наложенія шва состоитъ, по мнѣнію Фрейнда, въ томъ, что мало обращаютъ вниманія на анатомическія отношенія свѣжаго разрыва промежности. Если бы разрывъ этотъ произошелъ просто въ прямомъ направленіи, снаружи и спереди внутрь и назадъ, т. е. если бы онъ походилъ на рану, которую производятъ ножомъ прямо отъ *garhe* до задней стѣнки влагалища,—все равно захвачена была при этомъ прямая кишка или нѣтъ,—тогда прежній способъ операциіи, (при которомъ освѣжаютъ съ обѣихъ сторонъ, приблизительно треугольнымъ надрѣзомъ, обращеннымъ острымъ угломъ вверхъ, въ задней стѣнкѣ влагалища, послѣ чего соединяютъ между собою обѣ раны) былъ бы самымъ рациональнымъ. Но, какъ уже было упомянуто выше, разрывъ влагалища обыкновенно не идетъ по средней линіи и не раздѣляетъ по поламъ *columna rugatum*, а обвиваетъ послѣднюю или съ одной стороны, большей частью съ правой, или же съ обѣихъ сторонъ, виллообразно. Если въ разрывѣ участвуетъ и прямая кишка, то, въ большинствѣ случаевъ, разрывъ продолжается только до того мѣста передней стѣнки кишки, которое соотвѣтствуетъ верхушкѣ *columnae rugatum posterioris* (и въ такомъ случаѣ влагалищный разрывъ переходитъ черезъ кишечный, не проникая на-

\*) Описание способа Фрейнда можно найти въ отчетахъ съезда Естественныхъ испытателей, бывшаго въ Висбаденѣ, а также въ Arch. f. Gynaek. Bd. VI. p. 317. Но такъ какъ въ этомъ отчетѣ изложены только главнѣйшіе моменты его рѣчи и не содержится поэтому описанія мотивовъ къ его способу оперированія, другаго же описанія до сихъ поръ еще нигдѣ не появилось, то мы обратились лично къ проф. Фрейнду съ просьбою, сообщить намъ письменное описаніе его пластической операциіи промежности. Онъ былъ настолько любезенъ, что прислалъ намъ, не только подробное описаніе, но и объясняющіе рисунки, съ правомъ обнародовать ихъ здѣсь.

связь, уклоняясь въ одну или въ обѣ стороны). Только въ рѣдкихъ случаяхъ кишечный разрывъ проходитъ выше вверхъ, тогда онъ, какъ и влагалищный разрывъ, отклоняется въ сторону. Эти отношенія свѣжихъ разрывовъ легко встрѣчаются и на старыхъ разрывахъ промежности, которые значительно измѣнены контрактурами рубцовъ.

Принимая во вниманіе вышесказанное, не трудно понять, почему, въ прежнихъ способахъ операціи, поступали не целесообразно, обрававливая самую *columna rugarum posterior* и сшивая затѣмъ стѣнки влагалища.

Рис. 21.



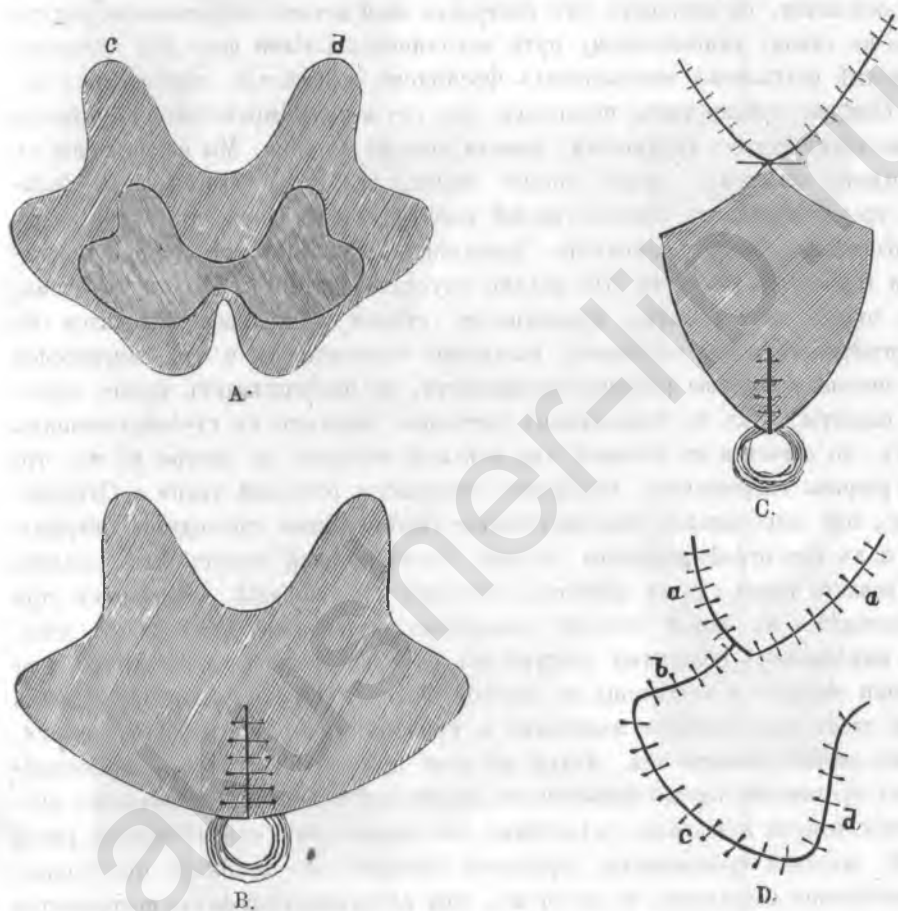
A. Разрывъ vulvae. B. Разрывъ влагалища. C. Шовъ влагалища по Симону.

Рисунокъ 21 b представляетъ свѣжій разрывъ, идущій щелеобразно вверхъ отъ c къ d. По новому способу, обрававливаютъ *columna rugarum posterior* на протяженіи между названными точками c и d, которыя соединяются между собою надъ *columna rugarum*. Отъ этого происходитъ натяженіе, препятствующее соединенію и, если послѣднее даже удастся, то та часть влагалища, которая находится позади входа его представитъ изображеніе рис. 21 c, а не рис. 21 b.

На этомъ основаніи Фрейндръ не обрававливаетъ складки слизистой оболочки (*columna rugarum posterior*) на задней стѣнкѣ влагалища, но дѣлаетъ

разрѣзы около, обходя ихъ, образуя пальцеобразные отростки с и d (на рис. 22 а.) Тѣмъ не менѣе однакоже, сама складка срѣзывается на нѣкоторомъ разстояніи въ ея нижнемъ остромъ окончаніи, потому что она стягивается очень низко, образующимся рубцомъ: это окровавливаніе слизистой оболочки должно вполне соответствовать нормальному положенію columnae, т. е. оно должно быть сдѣлано такъ, чтобы между боковыми разрѣзами, въ срединѣ, спускался бы языкообразный лоскутъ.

Рис. 22.



Оживленіе и наложеніе шва на промежность по Фрейнду.

Сравнивая это описаніе съ прилагаемымъ при семъ рисункомъ, не трудно будетъ уразумѣть смыслъ и способъ производства операціи по методу Фрейнда. На прилагаемомъ рисункѣ, проф. Фрейндъ представилъ случай сквознаго, застарѣлаго разрыва промежности. Послѣ этого не трудно будетъ представить себѣ тѣ условія, соблюденіе которыхъ необходимо въ случаяхъ сквозныхъ разрывовъ промежности.

На рис. 22 а, узкими штрихами обозначено протяженіе стараго разрыва,



а самое окровавливание—изображено болѣе широкими штрихами. Рис. 22 b представляет окровавленную поверхность послѣ того, какъ наложенные на прямую кишку швы стянуты; рис. 22 с—послѣ стягиванія швовъ влагалища (columnae); рис. 22 d — оконченный шовъ, если смотрѣть на него сбоку ( $\frac{3}{4}$  en face); aa—швы влагалища; b—шовъ входа влагалища с—шовъ кожи промежности; d—шовъ прямой кишки.

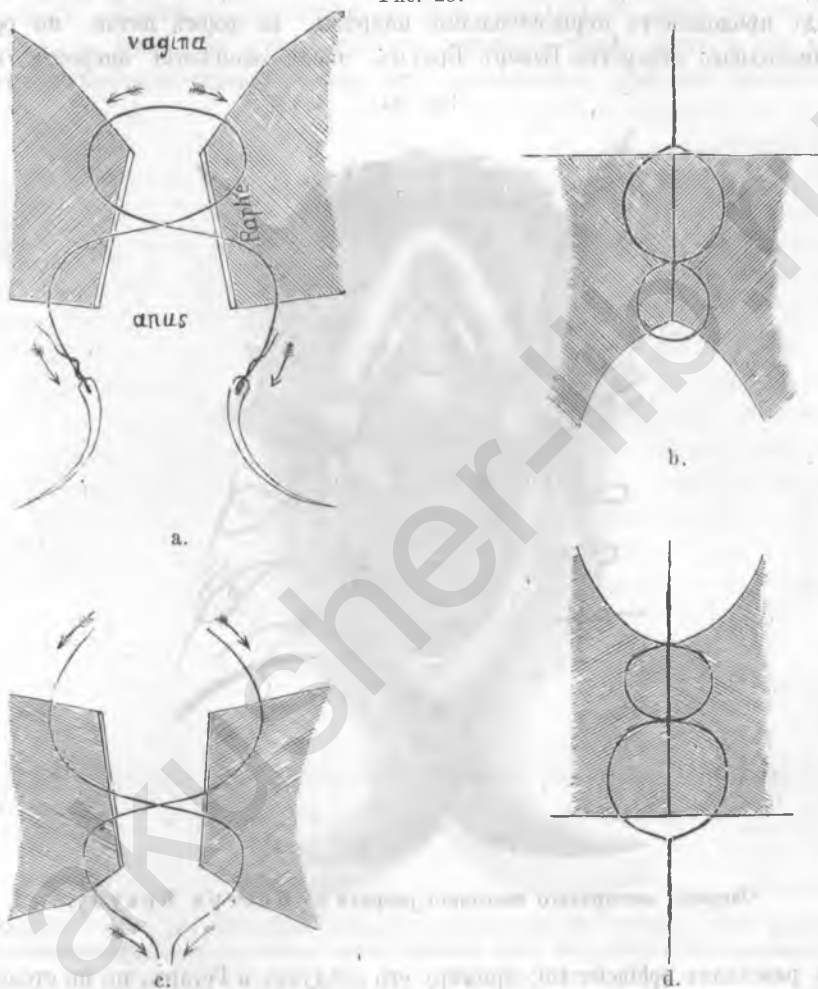
Возраженія, высказанныя Фрейндомъ противъ всѣхъ, до сихъ поръ употреблявшихся методовъ, въ такой же мѣрѣ не подлежатъ сомнѣнью, въ какой мѣрѣ основанія, на которыхъ онъ построилъ свой методъ оперированія, ведутъ прямо къ самому рациональному пути возстановленія status quo. Мы однакоже не вполне разделяемъ высказанныхъ Фрейндомъ возраженій относительно метода Симона, а напротивъ, полагаемъ, что его методъ представляетъ гораздо больше техническихъ трудностей, нежели способъ Симона. Мы не согласны съ Фрейндомъ въ томъ, будто потеря тзани, вслѣдствіе вырѣзыванія большаго треугольника изъ columna rugarum posterior, дѣйствуетъ въ такой мѣрѣ неблагоприятно на возстановленіе влагалища, способнаго въ функционированію и годной промежности. Не должно упускать изъ виду, что въ то время, когда происходитъ разрывъ промежности, стѣнки влагалища находятся въ гипертрофированномъ состояніи, вслѣдствіе беременности и что гипертрофія эта, именно вслѣдствіе разрыва промежности, не претерпѣваетъ такого обратнаго развитія, какъ въ нормальномъ состояніи, особенно въ глуболежащихъ слояхъ, но остается въ большей или меньшей степени, не смотря на то, что края разрыва сокращаются вслѣдствіе образованія рубцовой тзани. Слѣдовательно, при вырѣзываніи складки columna rugarum, намъ приходится оперировать надъ гипертрофированною тзанью, часть которой можетъ быть удалена безъ всякаго вреда. Далѣе извѣстно, особенно изъ операций, дѣлаемыхъ при выпаденіяхъ, въ какой степени растяжимо влагалище даже послѣ того, какъ вырѣзываютъ обширный лоскутъ изъ ея слизистой оболочки, напр. при операциіи выпаденія влагалища по способу Фрикке. Однако, извѣстная степень убыли тзани при операциіи неизбежна и при томъ потеря эта, по возможности, должна соответствовать той, какую мы сами производимъ въ ранѣ промежности, въ противномъ случаѣ промежность будетъ возстановлена на меньшемъ протяженіи, нежели влагалище, слѣдствіемъ чего можетъ быть то, что позади узкой новой, плотной промежности, образуется сравнительно слишкомъ просторное, мѣшкообразное влагалище, въ которомъ, при слѣдующихъ родахъ, погружается дѣтская головка, отчего еще болѣе увеличивается шансъ на образованіе разрыва.

Что же касается до техники операциіи по способу Фрейнда, то необходимо замѣтить, что оживленіе и наложеніе шва въ углахъ, съ боковъ columna rugarum, очень затруднительно, въ чемъ мы убѣдились, оперируя въ одномъ случаѣ по способу Фрейнда. Надрѣзы эти требуютъ большаго терпѣнія и труда, ибо приходится оперировать надъ довольно плотною рубцовой тзанью и въ трудно доступномъ пространствѣ. Не менѣе трудно наложеніе шва въ этомъ мѣстѣ, такъ какъ здѣсь приходится проводить иголки чрезъ очень тонкую, неуступчивую и неподвижную слизистую оболочку, содержащую очень малаго подслизистой соединительной тзани; наконецъ не мало труда

стоит тщательное соединеніе швовъ, на мѣстахъ ихъ перекрещиваній аа и в в рис. 22 d. Правда, одинъ только случай не даетъ еще права дѣлать окончательный выводъ о достоинствѣ и практическомъ значеніи метода, который, по здравому обсужденію, кажется раціональнымъ.

§ 65. Въ заключение, намъ остается еще указать на нѣкоторыя предосторожности, соблюденіе которыхъ предписываютъ нѣкоторые операторы.

Рис. 23.



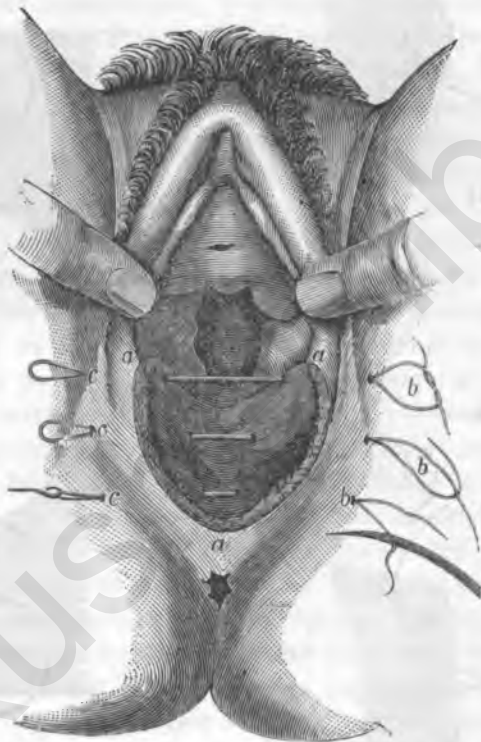
8-ми образный шовъ Гепнера.

Рис. а и в—операція помощью кривой иглы. Рис. с и d—помощью игольнаго аппарата Люэра.

Извѣстно, что при большихъ дефектахъ ткани и значительныхъ надрѣзахъ бываетъ весьма сильное растяженіе сосѣднихъ частей.—Извѣстно также, что съ самыхъ отдаленныхъ временъ, по сосѣдству шва, дѣлали продольные разрывы съ цѣлью ослабить напряженіе ткани. Диффенбахъ дѣлалъ боковые, глубокіе надрѣзы, проникавшіе до подкожной соединительной ткани сѣдалища (nates), параллельно разрыву промежности. Лангебекъ, по отчету Биффеля,

дѣлалъ два боковыхъ, полулунныхъ надрѣза. Симонъ же, въ этомъ отноше-  
ніи, говоритъ: «боковые эти надрѣзы бесполезны, ибо они проникаютъ только  
одну кожу и уничтожаютъ такимъ образомъ напряженіе только поверх-  
ностнаго слоя, послѣдній же и безъ того заживаетъ, между тѣмъ какъ на глу-  
бокіе слои, о сращеніи которыхъ должно заботиться, надрѣзы не оказываютъ  
ни какого дѣйствія». Въ болѣе застарѣлыхъ случаяхъ, гдѣ разорванный sphinc-  
ter ani externus, сокращаясь, оттягиваетъ его оборванные концы къзади,  
Фрейндъ продолжаетъ первоначальные надрѣзы, въ формѣ петли, по бокамъ  
заднепроходнаго отверстія. Бакеръ Браунъ, послѣ окончанія операціи, почти

Рис. 24.



Операція застарѣлаго неполнаго разрыва по Бекеръ Брауну.

всегда разсѣкалъ sphincter ani; примѣру его слѣдуетъ и Гегаръ, но не столько съ  
цѣлью уменьшенія напряженности шва прямой кишки, сколько для того,  
чтобы предотвратить растягиваніе во время прохожденія твердаго кала. Гегаръ  
дѣлаетъ два надрѣза или по коже или же по поверхности, у задняго  
края ani. Мы же всегда обходились безъ боковыхъ надрѣзовъ.

Что касается собственно до самаго шва, то Гешнеръ предложилъ осо-  
бенный методъ, такъ называемаго восьмиобразнаго шва.

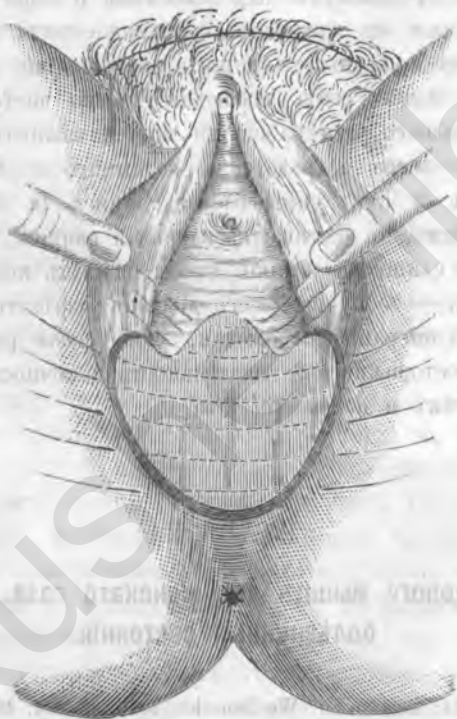
Слѣдующіе рисунки ясно передаютъ способъ наложенія этого шва:

а и b на рис. 23, операція произведена при помощи обыкновенныхъ кри-  
выхъ игловокъ; и с и d—при помощи иглодержателя Льюэра.

Гейннеръ, примѣняя свой 8-ми образный шовъ, руководствовался тою же мыслью, какою и мы преслѣдуемъ при наложеніи нашего шва — направлять дѣйствіе шва только въ одномъ какомъ нибудь направленіи, чтобы такимъ образомъ предотвратить образованіе пустаго пространства по срединѣ промежности, что обыкновенно легко случается при наложеніи и протягиваніи глубокихъ швовъ, въ противоположныя стороны, напр. въ сторону влагалища съ одной и въ сторону прямой кишки съ другой стороны.

§ 66. Правила, которыя должно соблюдать при оперированіи неполнаго разрыва промежности остаются тѣже, какъ и при полномъ разрывѣ: Освѣженіе краевъ должно быть достаточное, при чемъ должно вырѣзы

Рис. 25.



Оживленіе и шовъ при неполномъ разрывѣ промежности. (Пунктирные линіи представляютъ прохожденіе проволоки въ стѣнкѣ recto vaginalis, подъ основаніемъ окровавленной раны).

вать большей или меньшей величины кусокъ слизистой оболочки задней стѣнки влагалища; должно заботиться о томъ, чтобы срѣзанные края были ровныя, соответствовали другъ другу при ихъ соединеніи, а главное, чтобы швы проникали глубоко и захватывали всю поверхность раны. Въ остальномъ, совершенно безразлично будетъ, употребляютъ ли болѣе или менѣе кривыя иглы, съ porte—аiguille или съ прямою рукою, будетъ ли употребленъ шелкъ, катгутъ или проволока, наконецъ будетъ ли дано предпочтеніе пуговчатому шву (Knopfnah), шнуровальному (Schürnah) или же мостовидному (Balkennah). Во всякомъ случаѣ, проще всего употреблять простую проволоку, которую

проводить глубоко и стягиваютъ надъ гарне, между тѣмъ какъ предварительно былъ наложенъ болѣе поверхностный шовъ, изъ болѣе тонкой проволоки на стѣнки влагалища. Мы считаемъ необходимымъ наложеніе отдѣльнаго шва на заднюю стѣнку влагалища, въ противномъ случаѣ весьма легко могутъ образоваться свищевые ходы подъ швами промежности.

Поэтому мы не можемъ считать, столь восхваляемый Бейгелемъ, методъ Бекеръ-Брауна въ такой степени прочнымъ, какъ это утверждаетъ Бейгель.

Мы предпочитаемъ производить эту операцію не согласно рис. 24, представленному Бейгелемъ, а скорѣе соответственно рис. 25.

§ 67. Последовательныя операціи бывають необходимы, чаще всего, вслѣдствіе образующихся свищей промежности, и еще чаще со стороны прямой кишки.

Случаи, когда промежность, окровавленная и зашитая по вышнеложенному способу, вовсе не заживаетъ, принадлежать къ самымъ рѣдкимъ исключеніямъ. Самые маленькіе свищи, происшедшіе отъ укуловъ, можно смѣло предоставить самимъ себѣ, соблюдая только чистое содержаніе раны. Даже нѣсколько большаго размѣра свищи могутъ заживать при употребленіи прижиганій, лучше всего посредствомъ вальнаго желѣза, хотя мы видѣли хорошіе результаты и отъ употребленія ляписа *in substantia*. Если, при помощи этихъ средствъ, не достигаютъ закрытія свищей; или же послѣдніе съ самаго начала были слишкомъ велики, чтобы ожидать пользу отъ названныхъ только что средствъ, — то лучше всего должно разрѣзать всю промежность и снова повторить всю операцію, соблюдая, само собою разумѣется, на этотъ разъ еще большую осторожность, тщательность и точность какъ при самомъ оживленіи краевъ, такъ и наложеніи шва.

## ГЛАВА X.

### Рефлекторныя судороги мышцъ дна женскаго таза. *Vaginismus* и т. п. болѣзненные состоянія.

**Литература.** Arndt: Berl. Klin. Wochenschr. 1870. p. 314. Beigel: 2. Aufl. d. Simischen Gebärmutterchirurgie. Erlangen 1870. p. 270. Beigel: Die Krankh. d. weibl. Geschlechts. Stuttgart 1875. p. 686. Caffé: De L'atresie vulvo-vaginal. Union med. Nro. 64. 1866. Charrier: Du Vaginisme. Gaz. d. hôpit. 1868. Nro. 50. 66. 145. Churchill: On the diseases of women. Dublin 1864. p. 121. Debout: Bull. thérap. 1861. vol. 61. Nro. 3. 4. 7. Demarquay et Saint-Vel: Du vaginisme. Gaz. hebd. de méd. et de chirurg. 1874. Nro. 44 J. Ewart: On the treatment of vaginismus. Indian annals of med. sur. July 1873. Nro. 141. Ferber: Zu den Neurosen der Scheide. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1871. Nro 15. H. Hildebrandt: Ueber Krampf des levator ani beim coitus. Arch. f. Gynäk. III. p. 221. Hegar und Kaltenbach: Die operative Gynäkologie. Erlangen. 1874. p. 421. Martin: Ueber den sogenannten Vaginismus. Berlin. Klin. Wochenschr. 1871. Nro 14. Murray: A case of Vaginismus. Lancet H. 1866. Nov. Neffel: L'union méd. 1869. Nro. 19 und Brit. anal. for med.-chir. Review. Oct. 1873. Norstroem: Operation for vaginismus. Hygiea. 1871. Putegnati: Observations de vaginisme. Journ. de méd. de Brux. Oct. 1866. Raciborski:

Du vaginisme. Journ. d. connaissances méd.-chirurg. 10. 1870. Reviolot: Le constructeur du vagin. Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit. Gaz. des hôpit. Nro. 100. Août 1874. v. Scanzoni: Ueber Vaginismus. Wien. Med. Wochenschr. 1867. Nro. 15—18. v. Scanzoni: Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sexualorgane. Wien. 1875. p. 704 ff. Scharlau: Beiträge z. Geburtsh. und Gynäk. Berlin. Bd. 1. p. 62. C. Schröder: Krankh. d. weib. Geschlechtsorgane. Leipzig. 1874. p. 487 ff. Simpson: Med. Times. 2. April 1859 und Monatschr. f. Geburtsk. IV p. 69. Simpson: Vaginodynie. Edinb. med. Journ. VII. p. 593. Dec. 1861.—Schmidt's Jahrb. Bd. 114. Nro. 4. 1862. M. Sims: Clinical notes on uterine surgery. London 1866. Stoltz: De l'hyperesthésie et de la contracture spasmodique du sphincter vaginal avec ou sans fissure. Gaz. méd. de Strassbourg 1872. Nro. 17 und 20. Sutugin: Petersb. Med. Zeitschr. 1872. p. 469. Tilt: Ueber Vaginismus. The Lancet 1874. 1. Aug.

§ 68. У некоторых женщин, под влиянием известных причин появляются тонические судороги в группах мышц, образующих дно женского таза, вследствие чего каналы, пронизывающие дно таза (влагалище, моченспускательный канал и прямая кишка), стягиваются и суживаются больше или меньше сильно и на больше или меньше продолжительное время.

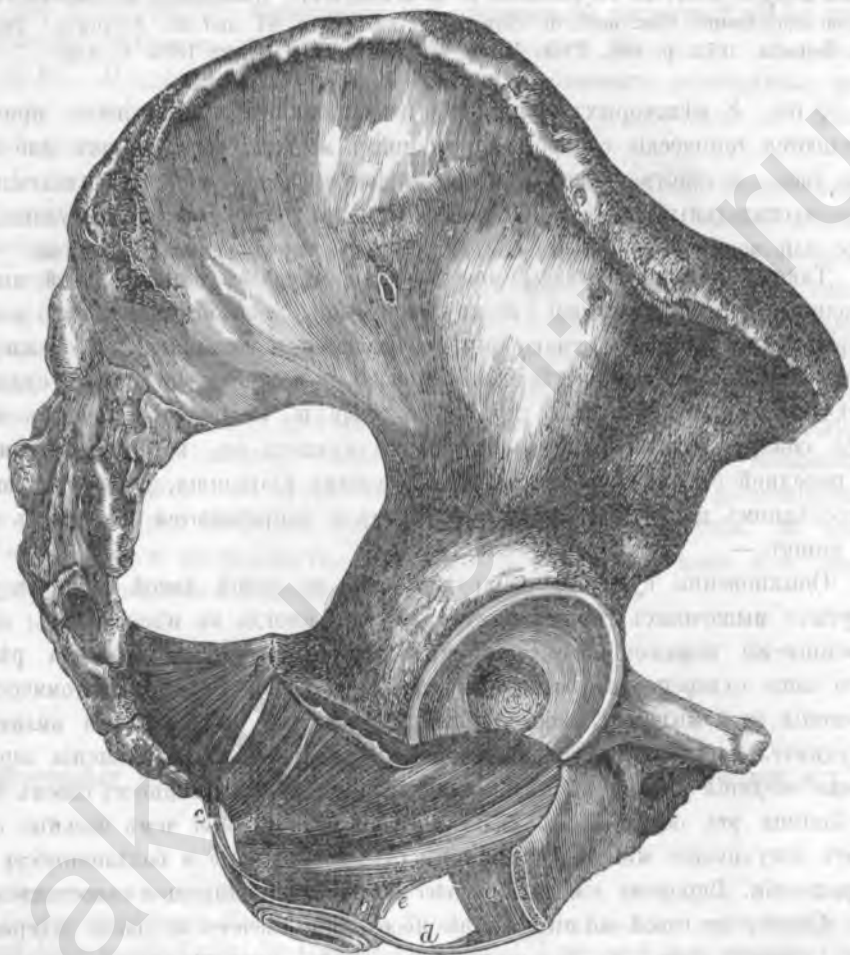
Таким образом спазмы могут появляться: в запирающей мышце влагалища, (*m. constrictor cunni*), в круговой мышце моченспускательного канала в *sphincter ani externus*; однако они наблюдаются и в мышцах промежности: в *m. transversus perinaei superficialis* и *profundus*; наконец подобны судороги встречаются и в лежащей глубоко в тазу *m. levator ani*, причем всего яснее обнаруживаются в тех широких пучках ее, которые, начинаясь от передней створки таза, по обим сторонам влагалища, переkreщиваются с последним почти под прямым углом и направляются назад к прямой кишке.—

Обыкновенно судороги обнаруживаются в одной какой либо из упомянутых мышечных групп в отдельности; иногда в нескольких; одновременно-же поражение всех групп вместе, встречается весьма редко. Всего чаще судороги встречаются в *constrictor cunni*. В виду анатомического положения этой мышцы, необходимыми следствиями ее поражения являются: затруднительность или совершенная невозможность *coitus*, применения зеркала и даже введения пальца с целью исследования. В дальнейшем своем течении болезнь эта осложняется спазмами *sphincter ani*, при чем больные ощущают всучивание живота, напряженность, затруднение и болезненность при испражнении. Впрочем спазмы *sphincter ani* могут возникать и самостоятельно.

Спазмы круговой мышцы *Urethae* необходимо влечет за собою задержание мочи, против чего, в большинстве случаев единственным средством является катетеризация; при этом употребляют толстый катетер, который вводится осторожно, с возможною постепенностью. Спазмы *mm. transversi perinaei* познаются по одеревенелой твердости и неподатливости промежности. Так как при этом промежность теряет всякую эластичность, то вход во влагалище становится весьма затруднительным. Спазмы вышеозначенных пучков *levator ani* может повести за собою сужение влагалища в его верхних частях. При этом всякое вводимое тело может встречать непреодолимое препятствие в верхней трети влагалища, что случается нередко при попытке ввести зеркало, и на оборот, тело, находившееся в свод влагалища, как

напр. зеркало, припухшій *glans penis*, во время соитія, можетъ быть сильно задержано. — Намъ представлялись случаи наблюдать и одновременный столбнякъ (*tetanus*) всѣхъ перечисленныхъ нами мышечныхъ группъ: *constrictor cunni*, *sphincter ani*, круговой *Urethrae* и мышцъ промежности. Такъ, одна молодая женщина, съ наследственными истериками, лечилась, у насъ

Рис. 26.



*Levator ani* по Лущкѣ.

отъ упорной, годами продолжавшейся *ischuriae*, вслѣдствіе оставшагося у ней послѣ тифа пораженія почекъ; единственнымъ средствомъ противъ ся болѣзни обазалась постоянная и аккуратная катетеризація. Влагаллице у этой больной, допускавшее до тифа примѣненіе маточныхъ пессарій противъ *ante-flexio*, до такой степени стлузилось, что можно было ввести только маточный зондъ. Мышцы промежности были тверды какъ дерево, *sphincter ani externus* до того туго сократился, что поставленіе клистира встрѣчало величайшія затрудненія. Точно такія же затрудненія встрѣчались при введеніи катетера

въ мочеиспускательный каналъ; суженіе влагалища простиралось на 6 см. вверхъ, т. е. ровно настолько, насколько простирается дѣйствіе *m. levator ani*.

Считаемъ не лишнимъ напомнить, что высказанное нами положеніе, о способности *m. levator ani* сжимать влагалище въ его верхней части, оспаривается однимъ изъ авторовъ, оказавшихъ большія услуги въ отношеніи разъясненія сущности рефлекторныхъ судорогъ дна женскаго таза, г. Бейгелемъ, который пытается, на основаніи, представленныхъ Лущвою, анатомическихъ отношеній этой мышцы, приписать намъ ошибочное опредѣленіе ея отправления. Въ своемъ Учебникѣ стр. 697, Бейгель приводитъ изображеніе *m. levator ani* по Лущкѣ и заканчиваетъ описаніе слѣдующимъ замѣчаніемъ: «Относительно связи съ влагалищемъ, надо замѣтить, что пучки *levator ani*, начинающіеся отъ лобковой кости и отчасти отъ *Ligamentum pubo-vesicale laterale*, а равно и отъ восходящей вѣтви сѣдалищной кости, проходятъ мимо влагалища, однако соединяются съ нимъ посредствомъ короткой, туго натянутой полосы клетчатки такимъ образомъ, что достаточно тщательнаго препарирования, произведеннаго со стороны тазовой полости, для того, чтобы убѣдиться, что ни одинъ пучекъ не оканчивается въ самой стѣнкѣ влагалища. Пучки *levator ani*, проходящіе мимо влагалища, пересѣкаютъ его ось почти подъ прямымъ угломъ, а потому о приподниманіи этого канала (мѣшка) этою мышцею и рѣчи не можетъ быть». Однако описаніе Лущки какъ разъ и подтверждаетъ намъ то, что мы, относительно хода и отправления этой мышцы, открываемъ такъ легко на практикѣ, особенно у беременныхъ женщинъ, при внимательномъ изслѣдованіи, даже рукой. Вводя два пальца во влагалище беременной, мы находимъ, по правой и лѣвой сторонѣ влагалищнаго канала, по толстому мышечному пучку, шириною въ два пальца (по Лущкѣ таковой-же размѣръ), большой плотности и напряженной эластичности, которые, пересѣкаясь съ каналомъ почти подъ прямымъ угломъ, идутъ по направленію отъ передней стѣнки таза къ задней и, насколько ручное изслѣдованіе показываетъ, постепенно истончаясь, теряются впереди и возлѣ прямой кишки. Анатомическій препаратъ показываетъ намъ, что эти сильнѣйшіе пучки упомянутой мышцы начинаются близко возлѣ *symphysis oss. pubis*, именно на 1,5 см. отъ средней линіи лоннаго сочлененія и на 3,5 см. подъ *ramus horizontalis oss. pubis*, слѣдовательно на  $\frac{1}{2}$  см. надъ нижнимъ краемъ лонной вырѣзки и, пересѣкая боковыя стѣнки влагалищнаго канала, соединяются частью впереди, частью сзади прямой кишки, частью же направляются къ нижнему концу копчика.

Такимъ образомъ ихъ направленіе совпадаетъ съ прямымъ діаметромъ выходнаго отверстія таза, и при вертикальномъ положеніи тѣла, почти параллельны горизонту, съ легкимъ наклоненіемъ сзади и сверху впередъ и внизъ, такъ какъ нижній конецъ копчика приходится на 16—18 мм. выше нижняго края *symphysis ossium pubis*. По нашему мнѣнію эти плотные пучки, своимъ сокращеніемъ, сжимаютъ влагалищный каналъ двоякимъ образомъ: во первыхъ тѣмъ, что вмѣстѣ съ прямой кишкой приближаютъ заднюю стѣнку влагалища къ лонному сращенію; во вторыхъ тѣмъ, что при сокращеніи настолько расширяются въ поперечномъ діаметрѣ, насколько уварачиваются въ продольномъ. Но по мѣрѣ того, какъ подобное мышечное брюшко утолщается, сдвин-



вается влагалище съ права въ лѣво. Все это наглядно представляется на схемѣ рис. 27. Изъ всего этого очевидно, что намъ и въ голову не приходило утверждать, что *levator ani* можетъ дѣйствовать какъ совершенная круговая мышца, подобно сфинктеру и, слѣдовательно, стягивать влагалище въ циркулярномъ направленіи, какъ дѣйствуетъ *constrictor cunni*, и еще, пожалуй, до такой степени ссузить, чтобы не возможно было ввести зондъ. Но въ виду анатомическаго положенія этой мышцы и на основаніи опытности и случаевъ изъ практической жизни, я утверждаю, что, вслѣдствіе сокращенія упомянутыхъ пучковъ, просвѣтъ влагалища можетъ до того ссузиться, что объемистыя тѣла (зеркало, напряженный членъ) могутъ наталкиваться на энергическое сопротивленіе; что на высотѣ *coitus*, когда членъ достигаетъ крайней степени набуханія и находится при этомъ въ пассивно растянутой области влагалищнаго свода, выше области тазоваго дна, способнаго къ сокращенію, спазмы упомянутой мышцы могутъ задержать *glans penis* въ сводѣ влагалища. Очевидно, въ точно такомъ-же смыслѣ понимаетъ дѣйствіе этой мышцы и весьма тщательный наблюдатель, Sims, хотя вмѣсто *levator ani* онъ указываетъ на другую, предполагаемую имъ мышцу, которую обозначаетъ именемъ *constrictor cunni superior*, какъ это ясно высказано имъ въ одномъ мѣстѣ его «*Gebärmutterschirurgie*» (стр. 282 перваго изданія Бейгелевскаго перевода).

«Я тамъ говорилъ о мышцѣ, названной мною *constrictor vaginae superior*, назначеніе которой, по моему мнѣнію, состоитъ въ томъ, чтобы, въ извѣстный моментъ, прижать головку *penis* къ *os tincae*. Я хотя и не дѣлалъ анатомическихъ сѣченій, чтобы доказать существованіе этой мышцы, тѣмъ не менѣе, я убѣжденъ, что такая мышца существуетъ и что современемъ это подтвердится анатомическимъ ножомъ; я наблюдалъ сотни фактовъ, ясно свидѣтельствующихъ, что такая мышца существуетъ \*).

При изслѣдованіяхъ матки помощью зеркала, когда больная лежитъ на лѣвомъ боку, можно видѣть какъ задняя стѣнка влагалища сжимается и морщится какъ разъ противъ упомянутаго маточнаго зѣва, (*os tincae*) почти соприкасаясь съ *sevx* матки; это сокращеніе можно себѣ объяснить только существованіемъ круговыхъ мышечныхъ волоконъ въ верхней части влагалища. Особенно легко удастся видѣть это у трусливыхъ и чувствительныхъ больныхъ, впадающихъ при изслѣдованіи въ сильное нервное возбужденіе».

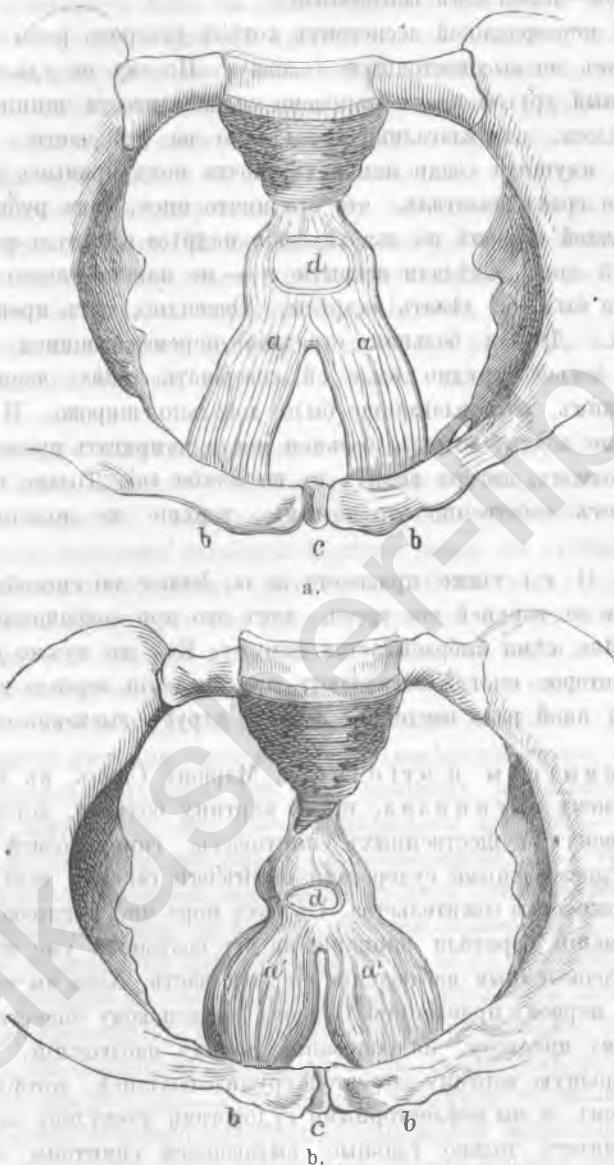
Кто хорошо знакомъ съ анатоміей мягкихъ частей женскаго таза, долженъ вполнѣ согласиться, что упомянутое описаніе М. Симса, основанное на точномъ наблюденіи, относится исключительно къ *m. levator ani*, волокна котораго перекрещиваютъ и влагалище.

Но и помимо того, что анатомическое изученіе *levator ani* при жизни и на трупѣ доказываетъ возможность суженія верхней трети влагалища черезъ вліяніе этого мускула, происхожденіе паталогическихъ суженій уже давно описано и доказано не только нами (1. с.), но и многими другими авторами.

\*) Чтобы просвѣтиться въ значеніи этой мышцы, стоило Симсу хоть разъ заглянуть въ сочиненіе Лущки „*Die Musculatur am Boden des weiblichen Beckens*“. *Denkschriften der Kaiserl. Akademie der Wissenschaft. Math. naturwissensch. Klasse Bd. 10. Wien 1862.* или его же „*Handb. der Anatomie*“.

Мы слышали, что въ 1861 году Симпсономъ \*\*) открытъ былъ пучекъ, идущій поперегъ влагалищной стѣнки, обыкновенно съ одной стороны, болѣе или менѣе глубоко подъ слизистую оболочку, на 1 дюймъ выше входа вла-

Рис. 27.



a. *M. levator ani* въ спокойномъ состояннiи. б. также мыщца въ состояннiи сокращенiя. в. Передняя стѣнка живота. с. *Symphysis oss. pubis*.

галища. Больныя; относящiяся сюда, жаловались на невозможность coitus. Причину боли и невозможности полового совокупленiя, Симпсонъ ищетъ или въ судорогахъ отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ, исходящихъ изъ ш.

\*\*) Сравни Referat in d. Monatsschrift. Geburtsk. Bd. 20. p. 322.

levatoris ani или же въ сокращеніяхъ отдѣльныхъ полосъ fasciae pelvis (?). Также весьма ясно изложены Revillot'омъ въ 1874 г. (I. с.) два случая, описанные имъ въ его сочиненіи «Les constricteurs du vagin. Le vaginisme superieur et le vaginisme proprement dit». Мы ихъ передадимъ словами реферата, напечатаннаго въ «Virchow—Hirsch'schen Jahresbericht».

«У одной первородящей ассистентъ хотѣлъ ускорить роды помощью наложенія щипцовъ на высокостоящую головку. Но ему не удалось наложить ихъ. Призванный другой врачъ напрасно силился ввести щипцы въ теченіи  $\frac{3}{4}$  часа: оказалось, что влагалище раздѣлено на двѣ части, посредствомъ двухъ холмовъ, идущихъ сзади напередъ, почти подъ прямымъ угломъ къ оси влагалища. Но врачъ полагалъ, что это ничто иное, какъ рубцы и поэтому сдѣлалъ на каждой сторонѣ по два глубокіе надрѣза и вынулъ ребенка. Мать умерла черезъ 3 дня. Сдѣлали вскрытіе и — не нашли ничего такого, ради чего необходимо было бы дѣлать надрѣзы. Очевидно, тутъ произошло сокращеніе мускула. Другая больная страдала перемежающимся вагинизмомъ. По временамъ весьма трудно было ей совершать coitus: членъ ей казался слишкомъ великимъ, хотя влагалище было довольно широко. И здѣсь оказались упомянутые холмы, которые больная могла напрягать произвольно. Причину этихъ холмовъ, авторъ видитъ въ m. levator ani. Только нижніе пучки его заслуживаютъ собственно это названіе, верхніе же должны называться «constrictor».

Сванцони (I. с.) также признаетъ за m. levator ani способность служить влагалище въ верхней его трети, такъ что при сокращеніи этого мускула, послѣ coitus, сѣмя выбрасывается наружу. Ему же нужно приписать то затрудненіе, которое иногда встрѣчаютъ при введеніи зеркала во влагалище, а также почему иной разъ введенное зеркало вдругъ выскакиваетъ вонъ.

§ 69. Симптомы и этиологія. Маріонъ Симсъ, въ 1861 г., описалъ, подъ именемъ вагинизма, такую картину болѣзни, которая характеризуется, въ своихъ существенныхъ симптомахъ, гиперестезіей дѣвственной плевы и послѣдовательными судорогами constrictoris cunni и, вслѣдствіе этого, полную невозможностью сожителства. Съ тѣхъ поръ многіе гинекологи Англии, Франціи и Германіи обратили вниманіе на эту болѣзнь и уже въ литературѣ появились многочисленныя наблюденія по этой части. Хотя мы теперь, черезъ 15 лѣтъ послѣ первой, присланной Симсомъ лондонскому обществу акушеровъ работы по этому предмету, на основаніи новыхъ наблюденій, можемъ дать гораздо болѣе полную картину объ этой группѣ болѣзней, которую Симсъ называлъ вагинизмомъ, а мы рефлекторными судорогами мускуловъ женскаго таза; хотя онъ описываетъ только главныя, выдающіеся симптомы этой группы, тѣмъ не менѣе заслуга Симса весьма велика въ томъ отношеніи, что онъ первый далъ намъ такую ясную, рѣзкую картину объ этой болѣзни, которая не только весьма болѣзненна, но часто подкапываетъ основы семейнаго счастья, препятствуя супружескимъ наслажденіямъ.

Симсъ указываетъ намъ, какъ на существенный симптомъ вагинизма, на необыкновенную чувствительность и невыносимую боль въ дѣвственной плевѣ,

при малѣйшемъ прикосновеніи къ ней. Болѣзненность эта такъ велика, по его описанію, что самыя образованныя, въ другихъ случаяхъ одаренныя значительною энергіей, дамы приходятъ въ крайнее возбужденіе при дотрогиваніи къ вуменъ пуговой зонда (даже иногда изъ страху передъ болью). Онѣ жалуются, что чувствуютъ какъ бы уколъ вижжала при этихъ прикосновеніяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ крайней чувствительности достаточно было прикосновенія мягкой волосяной кисточкою, чтобы вызвать невыносимую боль, а объ обыкновенномъ, хотя весьма осторожномъ изслѣдованіи пальцемъ—и говорить нечего. Еще тѣмъ менѣе возможно было думать о сожигательствѣ. Болящія мѣста, по мнѣнію Симса, находятся на наружной поверхности вуменіс; внутренняя же оказалась совершенно нечувствительной, въ чемъ возможно было убѣдиться при введеніи изогнутаго зонда. На наружной же поверхности, самыя чувствительныя мѣста находятся: у самаго мочеиспускательнаго канала, у выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ желѣзъ и на срединѣ края вуменіс. Если же удавалось ввести кончикъ пальца въ отверстіе вуменіс, хотя бы при величайшей боли, то палецъ охватывался краемъ вуменіс, какъ бы крѣпкой резинкой или «проволочной петлей».

Обыкновеннымъ послѣдствіемъ этой чрезмерной чувствительности вуменіс, по описанію Симса, бываютъ тоническія судороги входа влагалища, т. е. спазматическое суженіе, обусловленное мускуломъ *constrictor sinu*, которое нельзя побѣдить никакимъ усиленіемъ. Нерѣдко также, эти судороги сопровождаются тоническимъ сокращеніемъ *sphincteris ani externi*, такъ, что одна изъ больныхъ жаловалась Симсу, что она будто чувствуетъ присутствіе шарообразнаго нароста въ заднемъ проходѣ и требовала, чтобы его удалили ножомъ.

Определенныхъ причинъ чрезвычайной чувствительности вуменіс не указано Симсомъ. Онъ находилъ послѣднюю довольно жесткою и увеличенною въ объемѣ, но кромѣ этого не было ни какихъ измѣненій ткани, за исключеніемъ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаевъ, гдѣ была замѣчена воспалительная краснота вуменіс и его окрестности. Мы поэтому вынуждены допустить—что также вытекаетъ изъ другой части его работы, въ особенности, изъ его терапій—что Симсъ приписывалъ происхожденіе этого страданія какой-то самобытной, индивидуальной раздражительности вуменіс, которая скрывается до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не подвергается внѣшнему инсульту; но съ того момента, какъ начались первыя попытки къ сожигательству, раздражительность начинаетъ обнаруживаться и прогрессируетъ до вышеописанныхъ симптомовъ. За это воззрѣніе стоитъ также, въ обширномъ смыслѣ, Бейгель, ревностный почитатель и переводчикъ Симса; онъ въ двухъ случаяхъ могъ убѣдиться въ справедливости этого воззрѣнія, противъ котораго Скапцони неоднократно возражалъ.

Первое наблюденіе Бейгеля относилось къ одной незамужней дамѣ, 32-хъ лѣтъ, которая до того времени была всегда здорова и въ особенности никогда не жаловалась на ненормальности въ половой сферѣ. Она заболѣла въ одну ночь, сильной болью въ лѣвой половинѣ лица. На слѣдующій день, она почувствовала такую же боль въ *vulva*, боль эта повторялась каждый разъ, когда платье коснется этого мѣста. Бейгель нашелъ у нея всѣ симптомы вагинизма, описанные Симсомъ. Нервные средства, данныя внутрь, остались

безъ послѣдствія. Мѣстная анестезія, хотя устранила личную боль, но увеличила за то болѣзненность *hymenis*. Одно только подкожное впрыскиваніе морфія уничтожило вагинизмъ совершенно и навсегда.—

Второй случай Бейгеля касается одной молодой, замужней женщины, 19 лѣтъ, у которой, послѣ первой попытки сожителства, прерваны были надолго всякія супружескія сношенія, вслѣдствіе чрезвычайной боли входа влагалища. Эта дама еще въ дѣтствѣ страдала *chorea majore* (Виттова пляска) и принуждена была даже оставаться въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ въ комнатѣ. Между тѣмъ, не смотря на казавшуюся безуспѣшную попытку *coitus*, она забеременела; но она не доносила и на четвертомъ мѣсяцѣ произошелъ выкидышъ. Не смотря на это, нормальное сожителство все еще невозможно было, всѣ попытки къ достиженію этого были напрасны и Бейгель, къ которому она обратилась за совѣтомъ, нашелъ у нея всѣ, рѣзко выраженные симптомы вагинизма.

Кромѣ Симса и Бейгеля и другіе авторы, признавали это страданіе чисто нервнымъ, безъ всякихъ видимыхъ матеріальныхъ измѣненій входа влагалища. Еще Симпсонъ, въ 1859 г., описалъ обстоятельно болѣзненное 'состояніе *vulvae*, при которомъ *coitus* былъ почти невозможенъ. Причину этого явленія онъ видитъ въ гиперестезіи *nervi pudendi*, противъ котораго, подобно Барнсу, онъ рекомендуетъ перерѣзку самаго нерва.

Большинство же авторовъ, напротивъ, видятъ причину заболѣванія, обуславливающаго болѣзненность *hymenis* и происходящія отсюда рефлекторныя судороги, не въ невралгіи, а въ анатомическомъ измѣненіи самыхъ тканей *hymenis* или ближайшей обрестности его; измѣненіе это можетъ быть различнаго рода. Нѣкоторые авторы находили сказанную причину въ трещинѣ входа влагалища. Защитниками послѣдняго возрѣнія можно назвать Demarquay, Ewart, и Stoltz, (I. c.). Demarquay полагаетъ, что и трещина задняго прохода въ состояніи вызвать вагинизмъ. Martin нашелъ, что средняя, передняя часть *hymenis* служитъ мѣстопробываніемъ наибольшей болѣзненности и чувствительности, поэтому причину, ведущую къ вагинизму, онъ полагаетъ въ трипервомъ зараженіи; однако мнѣніе Martin'a не подтверждено другими авторами. I. Ewart видитъ мѣста наибольшей чувствительности, дотрогиваніе до которыхъ сопровождается рефлекторными судорогами, въ отдѣльныхъ *sagunculae myrtiformes*.— Oldham считаетъ причиной воспаленіе фолликулъ влагалища, Braxton Hicks ищетъ причину въ сосочкахъ, а Tylor Smith и Spencer Wells—въ воспаленіи влагалища.— Debout и Michon нашли, что частый поводъ къ вагинизму заключается въ воспаленіи слизистой оболочки влагалища, въ навозныхъ сыпяхъ (*Herpes, Eczema*) *vulvae* и въ воспаленіи слизистыхъ фолликулъ, а также—въ трещинѣ входа влагалища. Они, правда, не отрицаютъ возможности первоначальной гиперестезіи, какъ причину. Однако, мы вездѣ встрѣчаемъ указанія, у этихъ авторовъ, на мѣстные заболѣванія наружныхъ половыхъ органовъ, какъ на причину болѣзни. Нѣкоторые авторы пошли даже еще дальше, указывая на болѣзни матки и яичниковъ, (напр. хроническое воспаленіе матки и язвы наружнаго зѣва), какъ на причины судорогъ входа влагалища (West, Veit и Norström I. c.), само собою разумѣется не для всѣхъ случаевъ. Сканцони придаетъ весьма важное значеніе

въ этиологіи тѣмъ воспалительнымъ раздраженіямъ *hymenis* и его ближайшей окрестности, которыя вызываются вслѣдствіе неопытности и неловкости молодыхъ мужей, принимающихъ невѣрное направленіе при *coitus*, безуспѣшно повторяемомъ ими многократно. Онъ видитъ въ этомъ воспалительномъ раздраженіи и въ тѣсно связанной съ нимъ болѣзненности входа, первый существенный этиологическій моментъ развитія вагинизма, такъ что и при терапіи онъ обращаетъ преимущественно вниманіе на это обстоятельство. Онъ полагаетъ что даже тамъ, гдѣ, при изслѣдованіи, воспалительное раздраженіе не оказывается, оно прежде существовало, но вслѣдствіе долгаго отсутствія попытки къ сожителству со стороны мужа, изъ боязни ли возбудить боль или для избѣжанія мучительныхъ и бесполезныхъ возбужденій, воспаление мало по малу прошло. Сканцони совсѣмъ отвергаетъ возможность первоначальной гиперестезіи *hymenis*, какъ причину вагинизма. Во многихъ случаяхъ онъ даже находилъ *hymen* разорваннымъ, такъ что оставались только *capunculae myrtiformes*, которыя оказались красными, опухшими и болѣзненными.

Къ возрѣнію Сканцони на этиологію вагинизма примыкаетъ также Tilt, который допускаетъ однако, кромѣ воспалительнаго, существованіе еще гиперестетическаго вагинизма. Для большей части случаевъ вагинизма, Шредеръ вполне соглашается съ мнѣніемъ Сканцони о способѣ ихъ происхожденія. Мы передаемъ здѣсь самыя слова Шредера касательно этиологіи вагинизма, потому что въ нихъ весьма ясно обрисована большая часть этиологическихъ моментовъ:

«Болѣзнь эта,» говоритъ Шредеръ, «причиняется травмой при нецѣлесообразныхъ, часто повторяющихся попыткахъ къ совоуцеленію. Она поэтому чаще всего случается у молодыхъ женщинъ, недавно вышедшихъ замужъ. При этомъ нѣтъ надобности допускать присутствіе мужскаго безсилія; оно даже болѣею частью не бываетъ. Точно также нельзя считать необходимыми моментами болѣзни рѣзкую тѣсноту влагалища или чрезмѣрную тугость *hymenis*, хотя послѣднія бываютъ иногда. Наболѣе всего располагаетъ къ вагинизму узкое отверстіе влагалища,»

Если мужъ еще совершенно неопытенъ въ дѣлѣ любви, то легко можетъ случиться, что онъ производитъ попытку совоуцеленія не цѣлесообразно. Онъ такъ невѣрно направляетъ *penis*, что послѣдній попадаетъ или въ переднюю или въ заднюю спайку. Весьма многое зависитъ также отъ положенія *vulvae*, которая представляетъ иногда значительныя индивидуальныя особенности. Бываютъ случаи, при которыхъ *vulva* лежитъ отчасти на лонномъ сращеніи, такъ что нижній край срамной щели находится подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала. Въ такихъ случаяхъ *penis* направляется слишкомъ далеко назадъ и вмѣсто того, чтобы попасть во входъ влагалища, онъ сверлитъ ладьеобразную впадину. Такимъ образомъ, при часто повторяющихся попыткахъ совоуцеленія, возрастаетъ и чувствительность этихъ частей вмѣстѣ съ эскоріаціями. Въ такомъ случаѣ съ одной стороны женщина, по причинѣ боли, боится совоуцеленія и старается избѣгать его, такъ что мужъ тѣмъ труднѣе достигаетъ цѣли, съ другой стороны, попытки часто повторяются при постоянно возрастающемъ возбужденіи съ цѣлью вызвать беременность, отъ которой ожидаютъ полного излеченія.

Таки́мъ образомъ травма все усиливается и вмѣстѣ съ нею увеличиваются краснота и экскоріаціи въ ладьеобразной впадинѣ или въ области мочеиспускательнаго канала, а чувствительность возрастаетъ до того, что женщина вскрикиваетъ при малѣйшемъ дотрогиваніи. Ко всему этому теперь присоединяются еще рефлекторныя судороги и такимъ образомъ является полная картина вагинизма».

Между тѣмъ какъ въ этой цитатѣ изъ Шредера, психическій моментъ возбужденія и опасенія боли считается только содѣйствующей подъ конецъ причиной, другіе авторы, напротивъ, ставятъ общее заболѣваніе нервной системы на первомъ планѣ, какъ существенную причину болѣзни.

Такимъ образомъ West замѣтилъ, что вагинизмъ никогда не является у совершенно здоровыхъ субъектовъ, а всегда выступаетъ въ сообществѣ другихъ нервныхъ и истерическихъ симптомовъ. Точно также, по мнѣнію Veit'a, вагинизмъ чаще всего находится въ связи съ общей истерикой, хотя и нельзя отрицать, что и мѣстное заболѣваніе половыхъ органовъ участвуетъ въ немъ и даже можетъ само по себѣ обусловить его. Штольцъ считаетъ также существенно содѣйствующимъ моментомъ для судорогъ нервность субъектовъ изнѣженныхъ, разстроившихъ свою нервную систему злоупотребленіемъ половыхъ органовъ. Легко видѣть, что и Рацборскій придерживается этого же взгляда на вагинизмъ, рекомендуя противъ послѣдняго внутреннее употребленіе бромистаго калия, какъ весьма цѣлесообразное средство.

Одинъ изъ случаевъ Фербера показываетъ ясно, что и онъ придерживается этой точки зрѣнія. Ферберъ (I. c.) лечилъ одну даму, которая жаловалась, что она ночью почувствовала судорожное сжатіе во влагалищѣ и вслѣдствіе этого не могла спать всю ночь. Арндтъ (I. c.) описываетъ вагинизмъ, какъ нерѣдкій симптомъ предрасположенія къ нервнымъ болѣзнямъ, который можетъ повести къ общему душевному разстройству.

Въ одномъ изъ такихъ случаевъ, рассказываетъ Арндтъ, произошли беременность и нормальные роды, послѣ чего больная совершенно излечилась отъ вагинизма и отъ душевнаго разстройства, такъ что она сдѣлалась здоровѣе, чѣмъ когда-либо. Въ заключеніе, мы уномянемъ также о наблюденіи Нефтсля, по которому вагинизмъ, какъ симптомъ свинцоваго отравленія, въ одномъ случаѣ былъ связанъ съ параличемъ разгибателей, въ другомъ случаѣ съ *colica saturnina* (колики отъ отравленія свинцомъ).

Мы привели здѣсь различныя взгляды авторовъ на этиологію вагинизма съ такой подробностью для того только, чтобы наглядно показать насколько это множество, надежныхъ сами по себѣ, наблюденій разнятся между собою касательно вывода причинъ вагинизма и насколько было бы ошибочнымъ придерживаться въ этиологіи этого тяжелаго страданія одного какого либо мнѣнія того или другаго автора. Поэтому если желаемъ свести этиологическіе моменты болѣзни къ общимъ, главнымъ чертамъ ея, то мы должны сказать, что обыкновенно, въ большинствѣ случаевъ, два условія содѣйствуютъ происхожденію вагинизма: во первыхъ, болѣе или менѣе ясно доказываемое анатомическое измѣненіе обуславливаетъ собою чувствительность и болѣзненность входа влагалища или ближайшей его обрестности, а въ исключительныхъ случаяхъ и—

вышележащихъ частей: влагалища, матки и яичниковъ; во вторыхъ, первоначально существующія или какъ это чаще бываетъ постепенно повторяемыя и возобновляемыя раздраженія, поддерживаемыя неудовлетворенной половой страстью, обуславливаютъ общую чувствительность и нервную раздражительность индивидуума. Первая, болѣзненность, можетъ произойти и анатомически выразиться различно (въ видѣ трещины, воспаленія *carunculae myrtiformes*, *carunculae mочениспускательнаго канала*, эвезмы или эритемы *vulvae etc.*). Последняя же можетъ быть унаслѣдованной или приобретенной, отъ внѣшнихъ или внутреннихъ причинъ или же наконецъ, образовавшейся вслѣдствіе частаго повторенія вредныхъ и безуспѣшныхъ попытокъ къ совокупленію. То одна, то другая причина выступаетъ на первый планъ, какъ главный этиологическій моментъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ образуется у совершенно здоровыхъ нервной системой особъ чисто мѣстная гиперестезія *hymenis* у входа влагалища. Еще рѣже случается спазмъ *vulvae*, при совершенно нормальномъ входѣ, вслѣдствіе общаго заболѣванія нервной системы.

Какимъ образомъ дѣйствуютъ причины вагинизма, можно видѣть на весьма легкихъ случаяхъ суженія входа влагалища. Мы замѣчали, во время нашихъ клиническихъ занятій, при акушерскихъ изслѣдованіяхъ, что тѣ особы, которыхъ мы дотрогивались для постановки діагноза, не находя у нихъ вагинизма, подверглись тотчасъ послѣднему, какъ только студенты вторично начали изслѣдовать ихъ. Точно также случалось видѣть при изслѣдованіи женщинъ зеркаломъ, которыя подвергались до того неосторожному осмотру врачей, появленіе вагинизма въ моментъ введенія зеркала въ первый разъ, но потомъ съ успокоеніемъ ихъ проходитъ и вагинизмъ.

Эти случаи ясно доказываютъ, что вагинизмъ вызывается не только тогда, когда болѣзненное мѣсто, находящееся по близости судорожно сокращающихся мускуловъ, получаетъ новыя раздраженія, но также можетъ образоваться у весьма раздражительныхъ особъ изъ одного только опасенія боли, хотя половые органы не воспалены и безболѣзненны. Поэтому, совершенно справедливо провести параллель между вагинизмомъ и судорогами *m. orbicularis palpebrarum* (круговая мышца вѣкъ), которая подвергается столбняку, если при золотушномъ кератитѣ образуются язвы на роговицѣ и вызываютъ свѣтобоязнь. Но и совершенно здоровый глазъ закрывается произвольно, когда ему угрожаетъ извнѣ дѣйствительно видимая или только воображаемая опасность поврежденія.

Принимая во вниманіе всѣ извѣстные намъ до сихъ поръ случаи, можемъ допустить, что и тоническія судороги другихъ мускульныхъ группъ полости таза происходятъ по причинамъ аналогичнымъ съ судорогами *m. constrictoris cunni*, или съ вагинизмомъ. При болѣзненности *coitus* или при повторяющихся часто другихъ внѣшнихъ раздраженіяхъ половыхъ органовъ, какъ напр. инструментами (катетеромъ, зеркаломъ) могутъ произойти, вмѣстѣ съ судорогами *constrictoris cunni*, тоническія сокращенія *sphincteris ani*, мускуловъ промежности и мочениспускательнаго канала. Но эти отдѣльные мускулы могутъ и сами по себѣ спазматически сокращаться, что мы часто наблюдали надъ



sphincter ani, какъ явленіе, сопровождающее наклоненіе чувствительной матки назадъ.

Что и судорожное сокращеніе *m. levatoris ani* само по себѣ, безъ одновременнаго сокращенія *constrictoris cunni*, происходитъ по аналогичнымъ причинамъ, можно принятъ даже аргюи, однако это нуждается еще въ доказательствахъ; хотя тѣ немногія случаи этой рѣдкой формы, которые удалось намъ видѣть, кажется, говорятъ въ пользу этого. Мы приводимъ здѣсь эти случаи, какъ они нами уже описанны были въ другомъ мѣстѣ (*Arch. Bd. III p. 228 и 229*): «Первый изъ этихъ случаевъ касался одной дамы, которая родила уже два раза, прежде чѣмъ появился сиазмъ. Она страдала умѣреннымъ наклоненіе впередъ, хронически затвердѣвшей матки и имѣла весьма чувствительный, глубоко стоявшій правый яичникъ. Когда хотѣли ей поставить пиявки на *portio vaginalis*, и акушерка вводила зеркало, причиняя при томъ сильную боль, послѣднее наткнулось на какое-то непреодолимое препятствіе, которое акушерка вздумала ослабить давленіемъ, но при этомъ появились общія конвульсіи, вслѣдствіе чего мы были призваны. Оказалось, при нашемъ изслѣдованіи пальцемъ, что это столбнякъ *m. levatoris ani*, безъ одновременныхъ судорогъ *constrictoris cunni* и узнали потомъ, что съ больной уже случилось подобное при одномъ неудавшемся *coitus*. Эта дама страдала еще въ дѣтствѣ тяжкими нервными болѣзнями и происходила изъ семейства, члены котораго исподволь подвергались этимъ болѣзнями. Послѣ того, какъ матка приняла снова должное направленіе и яичникъ потерялъ свою чувствительность и ненормальное положеніе, дама не подвергалась болѣе вагинизму и годъ тому назадъ, т. е. черезъ 2 года послѣ ся окончательнаго выздоровленія, она разрѣшилась нормальными родами. Оба другіе случая касаются молодыхъ неплодныхъ женщинъ.

Обѣ страдали обширными, весьма болѣзненными и чувствительными къ дотрогиванію пальцемъ язвами на *portio vaginalis*, образованіе которыхъ оказалось, по распросу больныхъ, за нѣсколько лѣтъ передъ этимъ. У одной изъ нихъ *coitus* невозможенъ былъ съ самаго начала по причинѣ вагинизма. У другой, онъ сначала удавался, но это продолжалось недолго, пока не наступилъ, наконецъ, полный вагинизмъ. Мы сначала не приписывали особеннаго значенія присутствію язвъ на зѣвѣ, думали, методическимъ примѣненіемъ все болѣе широкихъ зеркалъ, побѣдить раздражительность *levatoris*. Но мы рѣшительно ошиблись и только тогда получили явный успѣхъ въ леченіи, когда извлеченіемъ крови и энергическими прижиганіями *portio vaginalis*, мы привели матку въ нормальное состояніе. Съ того времени, одна изъ нихъ сдѣлалась уже 2 раза матерью.» Изъ приведенныхъ только что случаевъ, кажется, можно вывести то, что вагинизмъ находящійся въ глубинѣ влагалища, въ *m. levator ani*, происходитъ по тѣмъ причинамъ, которыя обусловливаютъ болѣзненность близко къ *levator* лежащихъ частей полового канала, яичниковъ и матки, между тѣмъ какъ болѣзни поверхностныхъ частей половыхъ органовъ вызываютъ судороги близко ихъ лежащаго *constrictoris cunni*. Однако изъ этихъ немногихъ и изъ позднѣе описанныхъ другими авторами случаевъ можно только предугадывать, а не опредѣленно высказаться.

Но мы вынуждены также допустить, что судороги *levatoris ani* могутъ

произойти единственно, какъ слѣдствіе чрезмѣрной нервозности, какъ это видно въ одномъ изъ описанныхъ нами случаевъ (Arch. III. p. 222), при которомъ *glans penis* ущемленъ былъ въ глубинѣ *vulvae* во время *coitus* (*penis captivus*).

§ 70. Распознаваніе вагинизма, само по себѣ, весьма легко, по свойственнымъ этому страданію характернымъ симптомамъ. Но далеко не такъ легко распознаваніе причины, обусловившей его, особенно въ тѣхъ частыхъ случаяхъ, гдѣ мѣстное и общее раздраженія нервовъ вызваны повторными безуспѣшными попытками совоушленія. Еще не трудно отереть трещину входа, воспалительную опухлость *sagunculae* *myrtiformes*, Барголиновыхъ желѣвъ, слизистой оболочки влагалища и пр., но трудно найти причину, при отсутствіи этихъ патологическихъ состояній, почему супругъ не можетъ достигать цѣли. Поэтому нужно обращать вниманіе на состояніе таза: слишкомъ сильное или слишкомъ слабое наклоненіе послѣдняго могутъ повести неопытнаго супруга въ отклоненію *membrі virilis* или далеко въ мочеиспускательному каналу или же въ ладьевидной впадинѣ. Слѣдуетъ также испытать анатомическое положеніе частей свода: нерѣдко отверстіе маточнаго ружава придвинуто слишкомъ высоко въ лонному сращенію, такъ что нижній край послѣдняго лежитъ вверху надъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала (Шредеръ).

Не представляетъ ли также промежность причину затрудненій при совоушленіи (Churchill). Не слѣдуетъ также упускать изъ виду, что слишкомъ тѣсное влагалище или слишкомъ объемистый *membrum virile* или же, какъ это часто бываетъ у слабыхъ людей и у пьяницъ, слишкомъ ранній максимумъ набуханія *glandis penis* передъ его *imissione*, могутъ быть причиной затрудненія при совоушленіи.

§ 71. Терапія рефлекторныхъ судорогъ легко вытекаетъ изъ описанныхъ уже нами этиологическихъ моментовъ: когда страданіе произошло болѣе вслѣдствіе мѣстныхъ раздраженій, то и леченіе преимущественно должно быть мѣстнымъ. Если же страданіе развилось на почвѣ общей раздражительности нервовъ, при небольшомъ мѣстномъ раздраженіи, то слѣдуетъ дѣйствовать въ обоихъ направленіяхъ. Однако, часто практической совѣтъ, данный неопытному и робкому супругу, гораздо болѣе полезенъ, чѣмъ самая обдуманная терапія, назначаемая больнои женой.

Мѣстное леченіе состоитъ, въ большинствѣ случаевъ, въ устраненіи мѣстныхъ пораженій и слѣдующемъ за тѣмъ методическомъ расширеніи входа влагалища.

Воспалительное пораженіе наружныхъ половыхъ органовъ при вагинизмѣ подлежитъ леченію по общимъ принципамъ. Часто достаточно для этого одной тепловатой примочки изъ свинцовой воды, въ теченіи нѣсколькихъ дней, при спокойномъ лежаніи на спинѣ, въ особенности противъ воспалительныхъ отечныхъ набуханій малыхъ губъ, отверстія мочеиспускательнаго канала и задней спайки. При эритематозныхъ и экзематозныхъ воспаленіяхъ кожи входа влагалища, сопровождающихся часто сильными катарры матки, мы употребляли и съ большой пользой *aquam phagedaenicam nigram* для примочекъ. Въ очень упорныхъ случаяхъ продолжительной чувствительности весьма полезны энергиче-

скія прижиганія всего входа *argento nitrico in substantia*, послѣ чего прикладываютъ холодныя компрессы, а вслѣдъ за тѣмъ теплыя припарки. Болѣзненные карункулы мочеиспускательнаго канала, если еще не выросли въ объемистыя новообразованія, которыя должны быть удалены хирургическимъ путемъ, приводятся лучше всего къ съезживанію и уничтоженію болѣзненности ежедневнымъ смазываніемъ *Tinctura Iodi*. Точно также, воспаленныя, болѣзненныя, обусловливающія вагинизмъ *carunculae myrtiformes* лечатся примочками изъ свинцовой воды, въ болѣе упорныхъ случаяхъ—прижиганіями *argento nitrico in subst.* Но случается, что эти пораженія весьма упорны и не поддаются этому леченію,—даже самымъ энергическимъ повторнымъ прижиганіямъ, при чемъ остается чувствительность, и вмѣстѣ съ нею и вагинизмъ.

Для такихъ, впрочемъ весьма рѣдкихъ, случаевъ рекомендуемъ, предложенное какъ главное средство, часто выполнявшееся полное уничтоженіе *hymenis*. Послѣднее рекомендуется также и при нетронутомъ, но болѣзненномъ *hymen*, когда болѣзненность его не поддается никакому леченію даже и прижиганію *argent. nitrico*. Но если и полная экстирпація *hymenis* не привела къ цѣли—а такіе случаи бывають вѣроятно вслѣдствіе распространенія воспаленія нервовъ съ *hymenis* на *p. pudendus*—тогда остается ожидать полного излеченія только отъ рекомендованной Симпсономъ и Бернсомъ, перерѣзки *p. pudendi*. Если предполагають что рефлекторныя судороги завясятъ отъ пораженія матки или яичниковъ, то леченіе прежде всего должно быть направлено противъ этого страданія.

Противъ упадка силъ рекомендуются: желѣзныя ванны, восходящія холодныя души, а при воспаленіи матки—общія соляныя ванны и полуванны и восходящія горячія души.—Если одновременно съ этимъ требуется терапевтическое дѣйствіе противъ общей нервной раздражительности, то большую пользу приносятъ долгое время употребляемыя теплыя ванны и полуванны изъ травъ и изъ солода. Рекомендуются также воды Шлангенбадъ, Ландекъ, Рагаць, внутреннее употребленіе бромистаго каля и мѣстное употребленіе *Belladonnae* (*suppositoria*).

Вслѣдъ за устраненіемъ воспалительныхъ явленій и болѣзненности, переходятъ къ методическому расширенію влагалища помощью постепеннаго перехода къ болѣе толстымъ зеркаламъ. Любое косоое зеркало изъ твердой резины или Фергюсоновское можетъ пригодиться для этой цѣли. Нѣтъ надобности въ особенно устроенныхъ Симсомъ для методическаго леченія вагинизма зеркалахъ, снабженныхъ особеннымъ желобкомъ для мочеиспускательнаго канала.

Какъ часто нужно повторять расширенія и черезъ сколько времени слѣдуетъ перейти къ болѣе объемистымъ зеркаламъ—это зависитъ отъ индивидуальныхъ условій для каждаго, даннаго случая. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ совершенно достаточно этихъ постепенныхъ расширеній послѣ того, какъ уже устранены мѣстныя воспалительныя и болѣзненныя явленія. Этотъ способъ леченія, хотя отнимаетъ много времени и требуетъ терпѣнія, однако почти всегда ведетъ къ цѣли, избавляя такимъ образомъ отъ необходимости операціи—экстирпаціи *hymenis* или невротоміи. Не слѣдуетъ забывать,

по окончаніи леченія вагинизма, давать мужу надлежащее практическое наставленіе, какъ поступать при слѣдующемъ совокупленіи. Не менѣе важно и внушеніе женщины: увѣренности въ томъ, что по окончаніи леченія, coitus будетъ совершенно безболѣзненнымъ и не встрѣтитъ никакого прешаствія. Только при этомъ убѣжденіи, она можетъ подвергнуться coitus безъ страха, иначе легко можетъ произойти возвратъ. Что же касается форсированнаго расширенія, рекомендованнаго Charrigier'омъ, Сутугинымъ, которое состоитъ въ насильственномъ введеніи, при глубокомъ наркозѣ, обонихъ указательныхъ пальцевъ во входъ влагалища, расширяемаго при этомъ иногда до разрыва мускуловъ, какъ это исполнилъ въ новѣйшее время Negat, то мы не пытаемъ довѣрять къ продолжительности его успѣха.

Также не рекомендуемъ, по многимъ причинамъ, способа американскихъ врачей, состоящаго въ томъ, что женщину, подверженную вагинизму, хлороформируютъ для того, чтобы мужъ могъ совершить coitus, отъ котораго ожидаютъ беременность и вмѣстѣ съ нею излеченіе.

## ГЛАВА XI.

### Pruritus vulvae.

**Литература.** Beigel: Die Krankheiten des weibl. Geschlechts. II. p. 731 ff. G. Braun: Die Amputation der Clitoris und Nymphen, ein Beitrag zur Behandlung des aVginismus. Wiener med. Wochenschr. 1865. Nro. 73. 74. Dawson: Americ. Journ. of Obstetr. Vol. II. p. 113. Edis: Intolerable pruritus of the vulva. Brit. med. Journ. 1868. Jan. Edis: Cases of pruritus. Ibid. 1873. Sept. 20. Friedreich: Virchow's Arch. Bd. XXX. p. 476. Graily Hewitt: Diagnose, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Deutsch herausgegeben von H. Beigel. Erlangen 1863. p. 537. Haussmann: Die Parasiten der weibl. Geschlechtsorgane. Berlin 1870. p. 34. Kiwisch: Klin. Vortr. Prag 1857. Bd. II. p. 488 ff. Lisfranc: Clin. chirurg. II. p. 150. Martin: Boston gynaecological Journ. Vol. X. p. 79. Carl Mayer: Verhandl. d. Gesell. f. Geburtshilfe. Berlin 1852. Heft VI. p. 137. Louis Mayer: Monatschr. f. Geburtsk. Juli 1862. Küchenmeister: Pruritus clitoridis. Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde. 1873. Nov. 7.

§ 72. Подъ именемъ Pruritus vulvae подразумѣваютъ зудъ въ наружныхъ половыхъ органахъ, простирающійся иногда и по всему влагалищу, похожій во многихъ случаяхъ на чувство ползанія мурашекъ; въ другихъ случаяхъ Pruritus сравнивается съ зудомъ крапивной сыпи (Urticaria). Весьма часто сравниваютъ его съ тѣмъ сильнымъ вызывающимъ расчесываніе зудомъ задняго прохода, которому подвергаются геморoidalные субъекты. Мѣстомъ этого страданія чаще всего бываетъ оверстность клитора, хотя послѣдній можетъ и не участвовать въ заболѣваніи; но преимущественно подвергаются ему непосредственно надъ клиторомъ лежація части: mons Veneris и начало большихъ губъ; однако бываютъ также случаи, гдѣ Pruritus ограничивается исключительно самымъ клиторомъ (Кюхенмейстеръ). Но можетъ также случиться — а это существенно зависитъ отъ причинъ заболѣванія, — что зудъ

распространяется даже на большомъ протяженіи преддверія (vestibuli) и даже проникаетъ во влагалище. Непосредственнымъ слѣдствіемъ этого зуда бываетъ склонность больныхъ расчесывать эти мѣста, иногда до того сильная, что больныя не могутъ воздержаться отъ нея. Стыдливыя женщины вначалѣ хотя и воздерживаются отъ чесанія, — что стоитъ имъ крайняго напряженія силы воли, нерѣдко оставляющаго послѣ себя соотвѣтственное расслабленіе нервовъ, — но рано или поздно зудъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и возбужденіе усиливаются до того, что больныя не въ состояніи преодолевать стремленіе къ тренію и чесанію и лишь только остаются однѣ, онѣ терзаютъ эти мѣста чѣмъ ни пошло: голѣй рукой, нижнимъ бѣльемъ или шерстянымъ нижнимъ платьемъ и перестаютъ только тогда, когда чувство зуда притупляется или подвѣянїемъ сильной боли вслѣдствіе воспаленной расчесыванїемъ кожи, или отъ наступающаго, послѣ конченной мастурбаціи, утомленія и расслабленія нервовъ.

Само собою разумѣется, что эти обстоятельства рано или поздно производятъ у больныхъ сильную степень нервозности, степень которой выше у индивидуумовъ старшаго возраста, нежели у молодыхъ. Послѣднія подлежатъ большей опасности потому именно, что онѣ обыкновенно предаются полнѣйшей мастурбаціи и до того поглащаются своимъ страданїемъ, что начинаютъ избѣгать общества ради того, чтобы интенсивнымъ и долгимъ терзанїемъ кожи прїобрѣсть себѣ хоть временное успокоеніе; неминуемымъ слѣдствіемъ чего бываетъ нерѣдко меланхолія, а потомъ и сумашествіе. И такъ, въ худшихъ случаяхъ страданіе представляется весьма серьезнымъ, а больныя — достойными сожалѣнія, тѣмъ болѣе, что онанизмъ, который нерѣдко окончателно губитъ больныхъ, едва ли можетъ быть разсматриваемъ какъ нравственная порча. Хотя онанизмъ, какъ многіе утверждаютъ, можетъ въ свою очередь служить причиной *pruritus* и дѣйствительно часто случается, что молодыя дѣвушки трутъ себя сначала для удовольствія, пока не появляются наконецъ ссадины, которыя, заживая, причиняютъ зудъ, вызывающій новое треніе (Карль-Майеръ). Однако обыкновенно бываетъ на оборотъ: сначала является *pruritus*, который вызываетъ треніе и чесаніе, при этомъ больныя познаютъ чувство сладострастія и подвергаются опасности онанизма. Нужно замѣтить, что нѣтъ ничего общаго между *pruritus*, ведущій часто къ онанизму и нимфоманїей. Послѣдняя можетъ быть слѣдствіемъ дурнаго воспитанія или выраженїемъ безпредѣльной нравственной порчи, но чаще всего она служитъ симптомомъ извѣстныхъ душевныхъ расстройствъ, даже у такихъ женщинъ, которыя прежде отличались стыдливостью. Нимфоманія поэтому существенно отличается отъ *Pruritus* тѣмъ, что первая есть болѣзнь психическаго состоянія, зависящая отъ центральнаго страданія и состоятъ въ стремленіи къ естественному половому наслажденію, между тѣмъ какъ одержимыя *Pruritus*, обыкновенно не довольствуются естественнымъ половымъ наслажденїемъ: имъ нужно болѣе интенсивное и болѣе продолжительное раздраженіе.

Женщины, одержимыя *Pruritus*, не только становятся равнодушными къ нормальному половому совокупленію, но даже современемъ оно становится имъ противнымъ. Продолжительность и частота приступовъ зуда бываютъ весьма

различны; раздраженіе нивогда не бываетъ постояннымъ, оно является обыкновенно при извѣстныхъ поводахъ, повторяющихся конечно довольно часто. Такимъ образомъ однѣ больныя жалуются, что зудъ является у нихъ когда ложатся спать, какъ только онѣ согрѣются въ постели, другія же страдаютъ болѣе всего, когда онѣ долго сидятъ на мягкомъ креслѣ, инныя напротивъ - когда онѣ долго ходятъ, вслѣдствіе чего трущіяся наружныя половыя органы раздражаются. Вообще кажется, что всякій усиленный приливъ крови къ половымъ органамъ въ состояніи вызвать припадокъ. Отсюда ясно, почему подобныя больныя должны себѣ отказывать въ спиритуозныхъ напиткахъ и почему у нѣкоторыхъ больныхъ являются новыя припадки во время удержанія мочи или при недостаточномъ регулированіи стула. Послѣ этого понятно также, почему самыя частыя и интенсивныя припадки являются за нѣкоторое время до менструаціи и упорно продолжаются, пока послѣдняя въ полномъ ходу, что конечно объясняется усиленнымъ приливомъ крови. Этимъ же вѣроятно объясняется и то обстоятельство, что нѣкоторыя женщины подвергаются этому страданію только во время беременности и особенно характерно для нашего объясненія то, что подобный Pruritus появляется только или въ началѣ беременности, совпадая съ началомъ активной гипереміи въ половомъ аппаратѣ, или къ концу ея, соответствующему пассивной гипереміи; въ промежуткѣ же между обоими періодами Pruritus не наблюдается.

§ 73. Трудно опредѣлить съ точностью тѣ патологическія явленія, которыя происходятъ въ половыхъ органахъ при pruritus. Уже изъ самаго свойства заболѣванія и изъ тѣхъ послѣдствій, которыми оно сопровождается, ясно, что женщины стѣсняются отереть своевременно врачу о своемъ страданіи; оно только тогда становится извѣстнымъ, когда болѣзнь уже достигла высшихъ степеней развитія и когда, вслѣдствіе тренія и расчесыванія, въ кожѣ наружныхъ половыхъ органовъ произошли значительныя измѣненія. Эти обстоятельства служатъ причиной, почему рѣдко удается опредѣлить, что было до появленія pruritus и даже, можетъ быть, служило причиной его и, что составляетъ слѣдствіе расчесыванія.

Обыкновенно, въ застарѣлыхъ случаяхъ, находятъ малыя губы утолщенными, темнѣе окрашенными, сухими, покрытыми маленькими, плоскими и круглыми экскориаціями, которыя мѣстами гладки и блестящи, мѣстами же покрыты маленькими синеватыми струпиками. На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ чесаніе производилось недолго, обыкновенно находятъ свѣже воспаленное, отечное набуханіе малыхъ губъ и красныя, блестящія, плоскія мѣста лишенныя эпителия, расположенныя на подобіе островковъ, выдѣляющихъ водянистый секретъ. Большія губы, послѣ свѣжаго расчесыванія обнаруживаютъ тѣже явленія. Кромѣ того, если болѣзнь долго продолжалась, кожа большихъ губъ и *mons Veneris* оказывается сухой, жесткой, покрытой часто фурункулезными язвами, она теряетъ свою нормальную упругость и нерѣдко обнаруживаетъ значительное утолщеніе. — Сказанныя патологическія измѣненія не составляютъ однако неизбѣжныхъ спутниковъ Pruritus, ихъ нужно скорѣе разсматривать какъ слѣдствія расчесыванія, вызываемаго этой болѣзью. Также невозможно опредѣлить, составляютъ-ли другія измѣненія, отрываеаемыя нами при этомъ въ половыхъ органахъ,

вторичныя явленія или же онѣ относятся къ первичнымъ обусловливающимъ собою зудъ. Къ послѣдняго рода измѣненіямъ относятся: экзематозныя и лишайныя сыпи, *intertrigo*, у жирныхъ субъектовъ, на кожѣ между бедрами и большими губами, а также часто рецидивирующія фолликулярныя и фурункулезныя язвы на *mons Veneris* и на большихъ губахъ.—

§ 74. *Этіологія*. *Pruritus vulvae* случается довольно часто, во всякомъ случаѣ гораздо чаще, чѣмъ врачи узнаютъ объ этомъ страданіи. *Pruritus* наблюдается во всѣхъ возрастахъ, чаще однако въ старшемъ возрастѣ, у женщинъ находящихся въ переходномъ періодѣ (*Periodus climactericus*) или даже перешагнувшихъ за него. Его нерѣдко наблюдаютъ у женщинъ всѣхъ возрастовъ, даже у дѣтей. Молодыя дѣвушки, страдающія *Pruritus*, бываютъ большей частью слабо тѣлосложенія.

Что касается первоначальныхъ, обусловливающихъ болѣзнь причинъ, то мы уже обладаемъ большимъ числомъ наблюденій и основательныхъ фактовъ, большая часть которыхъ можетъ намъ указать сущность и особенность этого страданія. Мы знаемъ, напр., что сахарное мочеизнуреніе у женщинъ сопровождается, почти безъ исключенія, зудомъ половыхъ органовъ, и мы не ошибемся, когда согласимся съ объясненіемъ Фридрейха, по мнѣнію котораго зудъ этотъ является вслѣдствіе образованія грибковъ въ омывающей половые органы мочѣ, содержащей сахаръ. Извѣстно также, что болѣзнь почекъ и мочевого пузыря у женщинъ вызываетъ тягостное чувство зуда, возбуждающее къ расчесыванію наружныхъ половыхъ органовъ, подобно тому, какъ присутствіе камней въ мочевомъ пузырьѣ у мужчинъ, вызываетъ зудъ на *glans penis*. У молодыхъ дѣтей *Pruritus* бываетъ, если не по причинѣ нечистоты наружныхъ половыхъ органовъ или катарра *seguicis*, вслѣдствіе золотухи (что весьма нерѣдко встрѣчается у дѣтей), то по причинѣ круглыхъ глисть—*oxyuris vermicularis*—во входѣ влагалища, которыя запалзываютъ сами туда изъ *anus* или же, по мнѣнію Гаусманна (l. c.), ихъ переносятъ случайно во влагалище расчесываніемъ зудящей заднепроходной области или при вытираніи ея послѣ стула. Извѣстно также съ давнихъ поръ, что ракъ матки сопровождается часто самымъ тягостнымъ *Pruritus*, который многими авторами приписывается острому, ѣдкому секрету, выделяемому самымъ ракомъ. *Graily Hewit* допускаетъ даже, что секреты доброкачественныхъ катарровъ, въ особенности у старыхъ женщинъ, обладаютъ свойствомъ возбудить *Pruritus*. Нельзя не согласиться съ нимъ, особенно въ виду того, что у старыхъ женщинъ зудъ составляетъ явленіе, сопутствующее обыкновенно катаррамъ шейки, сопряженнымъ съ язвою зѣва или подробно описанному нами (l. c.) *vaginitis exulcerans adhaesiva*; при обѣихъ этихъ болѣзняхъ выделяется особенный ѣдкій, липкій, сѣровато-желтый секретъ.

Далѣе извѣстно, что нѣкоторые навозныя сыпи наружныхъ половыхъ органовъ обусловливаютъ *pruritus*. Сюда относятся: *Intertrigo* тучныхъ субъектовъ, *Herpes*, *Eczema*, фолликулярныя и фурункулезныя язвы. Большая часть этихъ болѣзней, весьма болѣзненныхъ при своемъ появленіи, сопровождаются при заживленіи, въ особенности при образованіи струпеивъ, весьма тягостнымъ зудомъ и тогда, если больныя не могутъ воздержаться отъ расчесыванія, вслѣдствіе повторныхъ механическихъ раздраженій, ризвивается хроническое стра-

даніе кожи. Однако, кажется, не подлежит никакому сомнѣнію, что на женскихъ половыхъ органахъ можетъ встрѣчаться и настоящее *prurigo*, съ образованіемъ узелковъ. Въ заключеніе, упомянемъ о томъ, что расширеніе сосудовъ кожи *vulvae* представляетъ частую причину появленія *Pruritus*. Такимъ образомъ извѣстно, что варикозныя расширенія венъ на большихъ губахъ, составляющія обыкновенное слѣдствіе беременности, обусловливаютъ въ началѣ или въ концѣ послѣдней сильный зудъ, бывающій чаще всего, если расширенія продолжаются по окончаніи послѣродоваго періода.

Однако мы наблюдали нѣсколько такихъ случаевъ *Pruritus*, даже въ начальныхъ стадіяхъ его,—одинъ разъ у молодой женщины, прочіе же у женщинъ, перешагнувшихъ за 40-й годъ,—гдѣ нельзя было замѣтить значительнаго расширенія венъ и даже съ перваго взгляда половые органы казались нормальными. Только при болѣе подробномъ осмотрѣ, оказалось, что кожа большихъ губъ, какъ съ наружной, такъ и съ внутренней стороны, до *mons Veneris* усыяна большимъ числомъ маленькихъ, лежащихъ ближе къ поверхности, ярко красныхъ, тоненькихъ сосудовъ.

Мы признали эти многочисленныя расширенія капиллярныхъ сосудовъ кожи за причину *Pruritus* на томъ основаніи: что во первыхъ, нигдѣ въ этихъ случаяхъ не удалось намъ открыть, при самомъ подробномъ осмотрѣ, другой какой либо ненормальности, во вторыхъ—потому, что мы считаемъ эти безчисленныя маленькія расширенія сосудовъ способными возбудить *Pruritus*, подобно тому какъ и большія расширенія венъ, и считаемъ эти случаи аналогичными тому зуду, который наблюдается въ заднемъ проходѣ страдающихъ гемороемъ, у женщинъ, какъ у мужчинъ.

Конечно, эти немногія наблюденія, сдѣланныя нами случайно въ этомъ направленіи, не могутъ еще служить доказательствомъ тому, что многочисленныя расширенія кожныхъ сосудовъ бываютъ непремѣнной причиной *Pruritus pudendorum*: можно возразить, что это случайное совпаденіе. Но еслибы удалось фактически доказать причинную зависимость этихъ явленій, то вмѣстѣ съ этимъ, выяснились-бы многіе другіе моменты, касательно этиологии этой болѣзни. Такъ напр. выяснилась бы причина почему—по многочисленнымъ наблюденіямъ большинства авторовъ, писавшихъ о *Pruritus*—оныхоли яичниковъ, наклоненія матки, въ особенности *retroflexio uteri*, гипертрофія или хроническое воспаленіе матки часто имѣютъ своимъ послѣдствіемъ *Pruritus*. Мы же свели бы все это къ нарушенію кровообращенія, вслѣдствіе сдавленія сосудовъ, причиненнаго этими болѣзнями.

Этимъ путемъ возможно было бы также объяснить тѣ частыя наблюденія, по которымъ нѣкоторыя женщины, страдающія обычными запорами вслѣдствіе обильной пищи, при недостаточномъ движеніи, подвергаются часто въ высокой степени *Pruritus*. Есть однако цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ при самомъ тщательномъ изслѣдованіи и осмотрѣ больныхъ частей не оказывается абсолютно никакихъ мѣстныхъ измѣненій тканей. Такіе случаи названы идиопатическими или чисто нервнаго происхожденія. Г. Бейгель идетъ еще далѣе, говоря, что только такіе случаи, чисто нервнаго заболѣванія, могутъ быть названы самостоятельной болѣзнію; всѣ же мѣстныя измѣненія тканей или мѣстныя болѣзненныя состоянія должны быть разсматриваемы только какъ симптомы различныхъ болѣзненныхъ



состояній. Вѣдь, говоря о патологій кожи, напр. при есзема головы, мы обозначаемъ зудъ кожи, какъ симптомъ болѣзни, а не какъ самостоятельную болѣзнь. Конечно, нельзя не оправдать требованія Бейгеля, если допускать существованіе идиопатическаго Pruritus, но существуетъ-ли послѣдній на самомъ дѣлѣ—вопросъ нерѣшенный.

Во всякомъ случаѣ существованіе такого Pruritus центральнаго, перваго происхожденія, какъ этого требуетъ Бейгель для нѣкоторыхъ случаевъ, сомнительно и выходитъ единственно изъ того обстоятельства, что до сихъ поръ не удалось отереть мѣстнаго матеріальнаго измѣненія, которое могло-бы служить причиной зуда. Однако нужно полагать, что послѣдняя существуетъ, хотя и не возможно доказать ее помощью современныхъ, нуждающихся въ усовершенствованіи діагностическихъ средствъ. Мы даже убѣждены, что рано или поздно удастся найти для каждаго Pruritus его матеріальную, мѣстную причину. Не то чтобы мы вообще не вѣрили въ возможность идиопатическаго Pruritus будь онъ центральнаго или периферическаго происхожденія, а только хотимъ сказать, что считаемъ каждый Pruritus симптомомъ мѣстнаго, периферическаго, матеріальнаго страданія, симптомомъ такого важнаго значенія въ его явленіяхъ какъ въ его послѣдствіяхъ, рѣзко выступающимъ самъ по себѣ и какъ явленіе болѣзни, что описаніе его заслуживаетъ особую главу въ учебникѣ.

§ 75. Изъ предъидущаго возрѣнія вытекаетъ само собою—и мы не можемъ не обратить особеннаго вниманія на это,—что при діагнозѣ Pruritus, никогда не слѣдуетъ довольствоваться разсказомъ больной о существованіи зуда на тѣхъ или другихъ мѣстахъ наружныхъ половыхъ органовъ, а нужно самому тщательно изслѣдовать наружные половые органы, осматривать слизистую оболочку влага лица и матки помощью зеркала, а также нужно изслѣдовать выдѣленія подъ микроскопомъ. Необходимо также, для распознаванія основнаго страданія, обратить особенное вниманіе на общіе болѣзненные процессы (Diabetes, ревматическій діатезъ и пр.) и на мѣстныя заболѣванія (почечъ, кишечнаго канала, аппарата кровообращенія и внутреннихъ половыхъ органовъ).

§ 76. Изъ всего вышесказаннаго о значеніи Pruritus явствуетъ также, на сколько и прогнозъ этого страданія зависитъ отъ причины послѣдняго. Понятно, что если возможно уничтожить самую причину, то въ большинствѣ случаевъ возможно будетъ устранить и симптомъ. Поэтому наиболѣе сомнительными въ прогностическомъ отношеніи представляются тѣ случаи, гдѣ нельзя отыскать самую причину, такъ называемые идиопатическіе случаи Pruritus. Съ другой стороны, прогнозъ зависитъ также отъ тѣхъ послѣдствій, которыми страданіе сопровождается. Тѣ случаи, при которыхъ треніе и чесаніе произвели уже гиперплазію въ различныхъ мѣстахъ наружныхъ половыхъ органовъ, нуждаются по большей части въ продолжительномъ леченіи. Особенно дурно предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя предались уже частому онанизму и, стало быть, невозможно сказать удастся-ли, по устраненіи Pruritus, отлучить больныхъ отъ дурной привычки и хватить-ли у послѣднихъ достаточной энергій для цѣлесообразнаго послѣдовательнаго леченія.

§ 77. При леченіи Pruritus также нельзя рассчитывать на хорошій успѣхъ, если не изслѣдована тщательно этиологія. Мы охотно допускаемъ, что рекомендованное Бейгелемъ на первомъ планѣ средство — подкожное впрыскиваніе морфія — тотчасъ успокоитъ больную на дѣлую ночь. Но продолжительнаго дѣйствія нельзя ожидать отъ этого леченія. Скорѣе всего на слѣдующій вечеръ, а можетъ быть даже на слѣдующій день, наступитъ новый припадокъ. Поэтому наша задача состоитъ въ томъ, чтобы помочь по возможности коренному злу.

Въ этомъ отношеніи можно послѣдовать совѣту Graily Hewitt'a, который говоритъ: «что касается леченія, то нужно прежде всего удалить все, что найдено въ связи съ Pruritus, все равно, есть ли это причина или слѣдствіе послѣдняго». Поэтому слѣдуетъ рекомендовать, особенно у женщинъ старшаго возраста, регулированіе пищеваренія, но избѣгать по возможности употребленія проносныхъ средствъ; лучше всего употреблять клистиры изъ холодной воды. Слѣдуетъ также помнить, какія нарушенія свойственны роскошной жизни при недостаточномъ движеніи и не должно упускать изъ виду, что Pruritus часто бываетъ въ связи съ мочетворными органами. Нужно соблюдать діету: употреблять болѣе растительную пищу, избѣгать возбуждающихъ напитков, спать въ прохладной комнатѣ и тщательное обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища. Холодныя ванны, по нашему опыту, бесполезны. Совѣтуемъ также, чтобы днемъ на ходу помазать больныя мѣста ung. Plumbi съ ung. Belladonnae. aa.

Во многихъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ у пожилыхъ особъ, помогали слѣдующія терапевтическія средства: примочка изъ aqua phagedaenica nigra на наружные половые органы и между губами—въ теченіи всей ночи и около часа послѣ обѣденнаго покоя, — для устраненія воспаленнаго состоянія входа влагалища и его окрестности. Днемъ же употреблять мазь изъ ung. Belladonnae и ung. Plumbi aa. Особамъ помоложе, у которыхъ вмѣстѣ съ зудомъ есть наклонность къ мастурбации, мы давали нѣсколько разъ въ день и къ ночи смѣсь изъ Kali brom. 2,0, Lupulin. 2,0, Calomel 0,3, Ol. olivatum 30,0—для прикладыванія къ зудящимъ мѣстамъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, несмотря на эти мѣстныя средства, больныя страдали бессонницей частью отъ зуда, частью отъ общаго возбужденія, мы давали T-ae Cannalis Indicae по 10—20 капель на пріемъ и кажется, послѣднее имѣетъ рѣшительное преимущество передъ Belladonna, Opium, Morphium или Chloral. Много существуетъ такихъ, чисто симптоматическихъ лекарствъ, которыя прославляются и правдивуются различными авторами. Такъ напр. Вестъ рекомендуетъ смѣсь изъ Acid. hydrocyan. 7, Aq. Goulardi 90 или рыбій жиръ для наружнаго, а хининъ, белладонну для внутренняго употребленія. Rigby рекомендуетъ рыбій жиръ вмѣстѣ съ ung. praecipitat. rubr.; Бейгель совѣтуетъ прикладывать пузырь со льдомъ къ крестцовой области, подкожное впрыскиваніе морфія и горячія припарки къ наружнымъ половымъ органамъ. Бейгель видитъ также пользу въ помазываніи зудящихъ мѣстъ іодіевою настоею и хвалитъ, кромѣ того, лечебное дѣйствіе Ричардсоновскаго пульверизатора эиромъ. Однакожь, всѣ исчисленныя нами средства не дѣйствительны для устарѣлыхъ случаевъ или для весьма упорныхъ, у молодыхъ особъ. Тогда прибѣгаемъ къ болѣе сильнымъ средствамъ, между которыми самыя

цѣлесообразныя, по нашему личному опыту, прижиганіе *Argento nigricio in substantia* и употребленіе тампона изъ квасцовъ. Последнее на сколько намъ извѣстно, рекомендовано было въ первый разъ Сканцони. Онъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: беретъ *Pulv. Aluminis, Sacch. albi aa*, посыпаетъ тампонъ изъ ваты, вводитъ во влагалище и оставляетъ его 6—12 часовъ. Послѣ того прополаскиваютъ влагалище растворомъ квасцовъ и черезъ нѣсколько часовъ повторяется таже тампонація. Эта операція продолжается въ теченіи восьми дней. Въ очень упорныхъ случаяхъ, Сканцони беретъ одинъ толко *Pulv. Alum.* (безъ прибавленія сахара) для тампонаціи. Мы уже выбрали лучше мазь изъ квасцовъ, какъ менѣе раздражающую и легче вводимую: *Aluminis 8,0, Adipis suilli 40,0*. Что же касается прижиганія зудящихъ мѣстъ, то для этой цѣли берутъ толстый карандашъ ляписа и прижигаютъ энергически всю верхнюю часть входа влагалища до образованія объемистыхъ струпуевъ, обтираютъ слегка ватой и, въ случаѣ сильной боли, прикладываютъ ледяные компрессы. Далѣе въ нѣкоторыхъ случаяхъ, Сканцони употреблялъ мазь изъ хлороформа: *chlorof. 1,5, ol. amygdalagum 30,0*. Также весьма достойны вниманія, рекомендованныя Шредеромъ ванны изъ поташа и употребленіе раствора карболовой кислоты отъ 1:60 до 1:10. О послѣднемъ средствѣ, котораго мы къ сожалѣнію до сихъ поръ не имѣли случая примѣнить, Шредеръ выражается слѣдующимъ образомъ: «Если мы еще не въ состояніи утверждать, чтобы при употребленіи этого средства не было рецидивовъ,—такъ какъ мы недавно начали примѣнять его, въ какихъ нибудь 6 случаяхъ,—однако его лечебное дѣйствіе такъ рѣзко бросается въ глаза, что всякій, кто испыталъ его, не возвратится больше къ другимъ рекомендуемымъ средствамъ». Въ заключеніе скажемъ о предлагаемомъ нѣкоторыми авторами (Г. Брауномъ въ Вѣнѣ, Куперомъ въ Санъ-Франциско) удаленіи клитора въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *Pruritus*, ограничивающійся однимъ клиторомъ, сопровождается мастурбаціей, не устранимою ничѣмъ другимъ. Густавъ Браунъ видѣлъ благоприятный исходъ въ двухъ случаяхъ *Clitoridectomiae*. Одинъ изъ этихъ случаевъ относился къ двадцатипятилѣтней дѣвицѣ, тринадцать лѣтъ страдавшей мастурбаціей, съ позднѣйшими половыми излишествами. У нея были подъ конецъ судороги, распространявшіяся на мускулатуру глазъ, рта и спины. Клиторъ при дотрогиваніи распухалъ до 3 см. въ длину и толщиной въ перо вороньяго крыла; малыя губы выдавались на 3 см.; дотрогиваніе до этихъ частей вызывало спазмъ *vulvae*. Всѣ средства какъ-то: прижиганіе ляписомъ, употребленіе луцулина и пр. остались тщетными. Исходъ операціи въ этомъ случаѣ, какъ и въ другомъ, аналогичномъ съ нимъ и описанномъ Брауномъ былъ продолжительно хорошъ. Другіе авторы, напр. *Richef*, видѣли менѣе благоприятные исходы. Вообще легко себѣ представить, что бываютъ случаи, гдѣ можно примѣнить операцію: мы однако не встрѣчали такихъ случаевъ. Что же касается самаго выполненія *Clitoridectomiae*, то поступаютъ слѣдующимъ образомъ: захватываютъ клиторъ крючкообразными щипцами и напрягаютъ его, послѣ чего полулунными, боковыми надрѣзами отдѣляютъ ножки клитора. При этомъ нечего опасаться сильнаго кровотеченія. Наконецъ рану зашиваютъ, оставляютъ въ покоѣ и на всякій случай прикладываютъ холодные компрессы. Густавъ Браунъ удалялъ клиторъ помощью гальвановаустической петли.

## ГЛАВА XII.

## Coccygodynia.

**Литература.** Amann: Zur Behandlung der Coccygodynie. Bairisch. ärztl. Intelligenzbl. 1870. Nro. 30. Bergham: Schmidt's Jahrb. 1875. p. 167. Bryant: Med. Tim. and Gaz. 1866. p. 363. Dangerville: De coccygis luxatione. Paris 1770. Hyrtl: Handbuch der topographischen Anat. Wien 1871. Bd. II. p. 12. Kidd: A case of coccygodynia cured by operation. Dublin quart. Journ. Nov. 1867. J. C. Nott: N. O. med. Journ. May 1844. Plum: Titfalde af Coccygodynii helbredet ved operation. Hospitalstid 1870. 13. Aarg. p. 33. von Scanzoni: Würzburger med. Zeitschr. II. p. 4 u. Lehrb. d. Frauenkrankh. Wien 1867. p. 325 ff. J. Simpson: Med. Tim. and Gaz. 1859. 2 Juli. West: Lehrbuch der Frauenkrankh. Uebers. v. Langenbeck. Göttingen 1870. p. 815.

§ 78. Подъ названіемъ Coccygodynia разумѣютъ боль, мѣстопребываніемъ которой всегда служитъ копчиковая кость, иногда же распространяющаяся также на нижній конецъ крестцовой кости. Боль эта то тупая, весьма тягостна для больныхъ, иногда же она по жестокости своей превосходитъ всякую другую боль; она обыкновенно продолжается недолго, часто перемежается и при покойномъ положеніи, особенно на боку, исчезаетъ.

Боль эта усиливается, достигая высшей степени, при продолжительномъ давленіи на копчиковую кость, напр. въ сидячемъ, неловкомъ положеніи; но когда туловище тяжестью своею упирается на одинъ изъ сѣдалищныхъ бугровъ, боль постепенно утихаетъ и наконецъ совершенно преобразуется. Обыкновенно больныя жалуются на эту боль въ то время, когда онѣ садятся или встаютъ; нѣкоторые пациенты не въ состояніи также и ходить и боль усиливается съ каждымъ шагомъ. Очевидно, послѣднее зависитъ отъ напряженія, во время ходьбы, мышцъ, прикрѣпляющихся къ копчиковой кости, таковы напр. *m. coccygeus*, *levator ani*, *sphincter ani* и часть *m. gluteus maximus*.

Понятно поэтому, почему боль эта проявляется и усиливается во время испражнений, особенно когда они не жидкія, а также и то, что нѣкоторыя женщины очень страдаютъ при половыхъ отправленияхъ. Сканцони наблюдалъ одинъ случай, гдѣ вслѣдствіе этой причины, супружеское сожитіе было прервано болѣе, чѣмъ на годъ.

Боль эта наступаетъ иногда внезапно, во время мѣсячныхъ приливовъ.

Во время мѣстнаго изслѣдованія пациентки жалуются на боль особенно тогда, когда, давя на верхушку копчиковой кости, производятъ такимъ образомъ треніе послѣдняго позвонка крестцовой кости о первый позвонокъ копчиковой: точно также боль вызывается при каждой попыткѣ отклонить копчиковую кость впередъ или назадъ. Иногда задняя поверхность кости обнаруживаетъ большую чувствительность, нежели передняя.

§ 79. Достоверно то, что Coccygodynia встрѣчается только у замужнихъ, одинъ или нѣсколько разъ рожавшихъ. Съ другой стороны, извѣстны также случаи, въ которыхъ этою болѣзнью страдали молодыя дѣвушки и даже 4—5 лѣтнія дѣти (Гершельманнъ). У мужчинъ вслѣдствіе извѣстныхъ вред-

ныхъ вліяній, могутъ обнаруживаться симптомы, совершенно сходныя съ коэцигодиіею у женщинъ. Чаше всего наблюдали коэцигодиіею въ послѣродовомъ періодѣ или вскорѣ послѣ него, а именно, судя по отчетамъ нѣкоторыхъ авторовъ, послѣ родовъ, оконченныхъ щипцами.

Исходя изъ этихъ фактовъ, добытыхъ опытомъ, съ одной стороны, и принимая въ соображеніе съ другой стороны, что задній, прямой размѣръ выхода таза, граничащаго копчиковою костью, — (отъ нижняго края лоннаго сращения т. е. *ligamentum arcuatum inferius* до верхушки копчиковой кости) даже при нормальномъ тазѣ и умеренной величинѣ дѣтской головки, обыкновенно оказывается слишкомъ малымъ, чтобы пропустить врѣзавшуюся своимъ стрѣловиднымъ швомъ голову и что прохожденіе это очевидно становится возможнымъ только тогда, когда копчиковая кость отклоняется взади, или даже болѣе или менѣе вывихнется; далѣе не слѣдуетъ упускать изъ виду и то, что тѣснота эта нерѣдко еще болѣе увеличивается, вслѣдствіе болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго неправильнаго положенія копчиковой кости и соединенія ея съ крестцовой, будетъ ли это по причинѣ существующаго ненормально малаго угла, образуемаго этими двумя костями, либо ненормально малаго наклоненія *os. sacri* впередъ, или ненормально натянутыхъ связокъ *os. coccygis* и *os. sacri*, при чемъ во время родовъ, легко могутъ происходить чрезмѣрное растяженіе этихъ связокъ, очень сильное треніе суставныхъ поверхностей, *subluxationes*, *luxationes* и даже переломы; эти явленія даже часто неизбѣжно происходятъ. — Принимая все это въ соображеніе, легко понять, что самую существенную и самую частою причиною *coccygodyniae* служатъ механическіе инсульты, а ближайшею причиною, вызывающею боль — воспалительныя состоянія суставныхъ поверхностей, надкостницы, растяженіе и прижатіе нервовъ, отчасти вслѣдствіе ненормальнаго положенія костей и связокъ, частью же вслѣдствіе послѣдовавшаго выпота.

Однако, болѣе легкіе инсульты, которымъ подвергается копчиковая кость во время акта родовъ, сравнительно чаще причиняютъ коэцигодиіею, нежели болѣе сильныя инсульты; это объясняется тѣмъ, что первые совпадаютъ съ первыми днями послѣродоваго періода, когда родильницы, потерпѣвшія довольно отъ мышечной боли — какъ слѣдствіе родовъ, — не обращаютъ особеннаго вниманія на боль, въ описанномъ нами мѣстѣ, или же она недостаточно оцѣнивается и упускается изъ виду при леченіи, вслѣдствіе чего болѣзнь принимаетъ хроническій характеръ; между тѣмъ какъ болѣе тяжкія поврежденія, каковы: вывихи и переломы, уже съ самаго начала обращаютъ на себя вниманіе и не ускользаютъ отъ вниманія врача и, при соблюденіи извѣстной осторожности, скоро излечиваются, не оставляя послѣ себя хроническаго раздраженія и *coccygodyniae*.

Мы еще недавно имѣли случай наблюдать полный вывихъ взади копчиковой кости, происшедшій послѣ вложенія щипцовъ на низко стоявшую головку. Въ первый же день послѣ родовъ предпринято было вправленіе, предписано продолжительное боковое положеніе, заботились о ежедневныхъ, жидкихъ испражненіяхъ при помощи клистировъ, — все это продолжали дѣлать до тѣхъ поръ, пока давленіе на копчиковую кость не вызывало болѣе никакой

боли. Излеченіе въ этомъ случаѣ было полное и не сопровождалось коецигоди-  
ніей. Въ другихъ двухъ случаяхъ тяжкаго поврежденія также не послѣдовало  
коецигодиіи, но тутъ въ послѣродовомъ періодѣ образовался абсцессъ на коп-  
чиковоіи кости, окончившійся совершеннымъ отпаденіемъ этой косточки, вы-  
шедшей чрезъ влагалище. Подобный случай описанъ и Дангревиллемъ.

Но такъ какъ существенною причиною *sossugodyniae* служить состояніе раздра-  
женія копчиковоіи кости, вызванное чисто механическими инсультами; то оче-  
видно, что не однѣ поврежденія копчиковоіи кости во время родовъ, исключи-  
тельно могутъ вызвать эту болѣзнь, но что она можетъ быть слѣдствіемъ вся-  
каго механическаго поврежденія, и при всякихъ другихъ обстоятельствахъ.

Сканцони, основываясь на собственномъ опытѣ, признаетъ причиною  
этого болѣзненнаго состоянія верховую тѣду. Какъ часто разнообразныя внѣш-  
нія вліянія сопровождаются патологическими измѣненіями копчиковоіи кости,  
явствуетъ изъ точныхъ изслѣдованій Гиртля, изслѣдовавшій 182 таза, изъ  
которыхъ въ 32-хъ онъ нашелъ вывихи копчиковоіи кости съ послѣдовательнымъ  
сращеніемъ (*synostosis*).

Что и другія поврежденія *os. sossugis*, кромѣ механическихъ, въ состояніи  
вызвать *sossugodyniam*, доказываетъ случай Вейта, наблюдавшаго эту болѣзнь  
вслѣдствіе простуды.

Нерѣдки и такіе случаи, гдѣ *sossugodynia* появляется одновременно съ  
болѣзнями матки и яичниковъ и, судя потому, что вслѣдъ за излеченіемъ  
этихъ болѣзненныхъ состояній въ полости таза, исчезала и *sossugodynia*, можно  
съ достовѣрностію допустить, что оба болѣзненные процесса находились въ  
причинной связи между собою. Но мы не согласны въ этомъ отношеніи съ  
Вейтомъ, который допускаетъ, что *sossugodynia* въ этихъ случаяхъ есть только  
«симпатическая» боль, обусловливаемая больною маткою или яичникомъ невраль-  
гія, нѣчто похожее на *neuralgiam plexus lumbalis* и *sacralis* сопровождающія не-  
рѣдко страданія матки. Этому противорѣчитъ то обстоятельство, что непосред-  
ственное давленіе на копчиковую кость усиливаетъ боль. Скорѣе всего можно  
убѣдиться, что въ такихъ случаяхъ, обѣ болѣзни—болѣзнь дѣтородныхъ орга-  
новъ и *sossugodynia*—возникли одновременно во время родовъ, въ послѣродо-  
вомъ періодѣ и т. д. и имѣли одинаковыя механическія причины. Не подле-  
житъ сомнѣнію, и извѣстны случаи, гдѣ нельзя указать ни на механическую  
причину, ни на страданіе матки или ея придатковъ. Такіе случаи принимали  
за страданія чисто нервнаго характера.

§ 80. Съ перваго раза казалось бы, что распознаваніе *sossugodyniae* не  
представляетъ никакого затрудненія и что болѣзнь эта, встрѣчаясь довольно часто,  
уже давно должна быть извѣстна врачамъ. Первый, лечившій экзквизитный  
случай этого болѣзненнаго состоянія и описавшій его подъ названіемъ невралгіи  
копчиковоіи кости, излечивъ ее экстирпаціей самой косточки, былъ I. C. Nott,  
въ Нью-Йоркѣ, въ 1844 году. Вскорѣ затѣмъ быстро появлялись одинъ за дру-  
гимъ многія другія работы объ этомъ предметѣ.

Но самое подробное и точное описаніе этой болѣзни далъ намъ Симпсонъ,  
въ 1859 г., назвавшій ее впервые настоящимъ именемъ—*sossugodynia*. Вскорѣ

затѣмъ появилось еще болѣе обширное описаніе Сканцони, который въ теченіе 4-хъ лѣтъ успѣлъ собрать 24 наблюденія о томъ же предметѣ.

Нѣтъ сомнѣнія, что болѣзнь эта встрѣчалась многимиъ врачамъ и до Симпсона, но они, вѣроятно, смѣшивали ее съ частыми жалобами на боли въ спинѣ, поясницѣ, крестцѣ, которыми женскія болѣзни вообще такъ часто сопровождаются, не придавая особеннаго значенія именно этой специальной болѣзни копчиковой кости, не потрудившись даже, мѣстнымъ изслѣдованіемъ рукою, убѣдиться въ исходной точкѣ боли.

Даже въ настоящее время, когда болѣзнь эта всею стала извѣстною, невозможно убѣдиться въ ея существованіи безъ мѣстнаго, точнаго изслѣдованія. Женщины часто описываютъ намъ боль, мѣстопребываніемъ которой указываютъ на «нижнюю часть спиннаго хребта»; боль эта усиливается при давленіи и слѣдовательно соответствуетъ, по своему главному, субъективному симптому и положенію кочидгодины. Не смотря на это, мы, при изслѣдованіи, не находимъ никакой чувствительности копчиковой кости, но находимъ, въ одномъ случаѣ *anteflexio*, увеличенной въ объемъ матки съ изъязвленіями на шейкѣ ея, а въ другомъ—*retroflexio, descensus ovarii* и т. д. Только въ такомъ случаѣ, когда давленіемъ на *os. Sossugis*, мы вызываемъ въ ней боль, мы имѣемъ право говорить о *sossugodynia*.

§ 81. Предсказаніе при этой болѣзни бываетъ весьма разнообразно. Въ болѣе легкихъ случаяхъ, когда боль тупая или же, когда послѣдняя является только вслѣдствіе извѣстныхъ, легко устранимыхъ, вредныхъ вліяній, больныя хотя и терпятъ и даже страдаютъ но болѣзнь въ такихъ случаяхъ не сопровождается продолжительными вредными послѣдствіями и не вліяетъ на общее состояніе организма женщинъ. Напротивъ того, когда боль очень сильна и когда малѣйшее напряженіе мышцъ, привѣрпяющихся къ копчиковой кости, вызываетъ эту нестерпимую боль, болѣзнь раньше или позже влечетъ за собою всеобщую болѣзненную раздражительность и расстройство процессовъ пищеваренія и питанія.

Не всегда однако удается совершенно излечить эту болѣзнь. Изъ 24 случаевъ, Сканцони только въ 10 видѣлъ полное исцѣленіе, которое, какъ видно изъ исторій болѣзни, во многихъ случаяхъ наступило не раньше 10 мѣсяцевъ. Въ 9 случаяхъ изъ 24-хъ, больныя получили только облегченіе; въ двухъ—болѣзнь осталась неизлеченною; въ трехъ—Сканцони не могъ добыть никакихъ свѣдѣній объ исходѣ болѣзни. Кромѣ того, Сканцони приводитъ и такіе случаи, гдѣ уже совершенно надѣялись на полное исцѣленіе и гдѣ, спустя въ 6—8 мѣсяцевъ, вслѣдствіе незначущихъ причинъ болѣзнь возвращалась съ прежнею жестовостью. Тѣмъ не менѣе однако же, въ крайнему способу леченія—къ экстирпаціи копчиковой кости,—Сканцони ни разу не рѣшился прибѣгнуть.

Не трудно понять, почему именно болѣзнь этой косточки, подвергающейся постоянно травмѣ при каждомъ шагѣ, каждый разъ, когда больная хочетъ сѣсть или встать, даже при прохожденіи болѣе или менѣе твердаго бала,—можетъ обнаруживаться въ такой силѣ и упорной формѣ.

§ 82. Задача терапін въ этой болѣзни, состоитъ прежде всего въ оты

скивании этиологических моментов и въ удаленіи всѣхъ вредныхъ вліяній, обусловливающихъ давленіе и растяженіе os. Sossygis. Поэтому, первымъ дѣломъ, разумѣется въ свѣжихъ случаяхъ, стараться сдѣлать вправленіе копчиковой кости, если окажется вывихъ ея, и затѣмъ устранять всякое давленіе на большую часть, давая пациенту боковое положеніе.

Далѣе, всего болѣе пользы въ этихъ случаяхъ приносятъ мѣстное противовоспалительное леченіе, абсолютный покой и поддержаніе свободнаго, жидкаго стула.

Хорошо приставлять нѣсколько пъявокъ по обѣ стороны копчиковой кости, затѣмъ долго прикладывать ледъ; а когда подживуть раночки отъ пъявокъ—соляные компрессы и наконецъ смазываніе іодіною настойкою: вотъ тѣ средства, которыя, хотя и не всегда ведутъ къ полному исцѣленію, все же приносятъ скорое и значительное облегченіе, уменьшая жестокую боль. Но весьма важно для успѣшнаго леченія, въ свѣжихъ случаяхъ, чтобы больныя оставались въ покойномъ, боковомъ положеніи до тѣхъ поръ, пока давленіе на копчиковую кость не будетъ вызывать ни малѣйшей боли.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ, леченіе въ самомъ началѣ остается тоже, затѣмъ слѣдуетъ перейти къ солянымъ ваннамъ; при венозныхъ застояхъ въ тазовой области—прописываютъ слабительныя соли или минеральныя воды. Симптоматическое средство, быстро облегчающее боль, намъ представляетъ подкожное впрыскиваніе морфія, белладонны. Скандони наблюдалъ даже окончательное исцѣленіе отъ морфія. Вейгель совѣтуетъ, для быстрого уменьшенія боли—употреблять болѣе сильное раздраженіе посредствомъ гальванокаутера.

Далѣе, при леченіи застарѣлыхъ случаевъ, не должно упускать изъ виду, нерѣдко сопутствующія болѣзни тазовыхъ органовъ. Когда причиною будетъ простуда, Вейтъ совѣтуетъ Vinum Sem. colchici и паровыя ванны. У обоихъ дѣтей, у которыхъ Гершельманнъ наблюдалъ *ossygodyniam*, исцѣленіе наступало послѣ употребленія Tinet. aconiti, чрезъ 2 часа по 3 капли, продолжая день и ночь.

Бергамъ рассказываетъ, что въ одномъ случаѣ болѣзнь прошла отъ растираній—массажа. Тридцатилѣтняя барышня страдала въ продолженіи 2 лѣтъ болью въ крестцѣ и копчиковой области, но только въ то время, когда она сидѣла; копчиковая кость, при давленіи на нее пальцемъ, была чрезвычайно чувствительна; нельзя было открыть причины боли. Послѣ 8 сеансовъ массажа—послѣдовало полное и окончательное исцѣленіе.

Но всѣ эти способы леченія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, ставятъ насъ въ тупикъ и для таковыхъ то случаевъ и было предложено, сперва Симпсономъ, впослѣдствіи Брианомъ, Киддомъ, Атономъ и Плумомъ,—оперативное леченіе. Симпсонъ дѣлалъ обыкновенно только подкожное пересѣченіе мышцъ, прикрѣпляющихся къ копчиковой кости: для этого онъ вкалывалъ тентомъ вблизи верхушки *ossygis*, затѣмъ проталкивалъ его плоския, по длинѣ задней поверхности косточки и затѣмъ перерѣзалъ концы мышцъ съ той и съ другой стороны тоже самое онъ дѣлалъ и на верхушкѣ косточки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточно было перерѣзать на той или другой сторонѣ точки прикрѣпленія *m. gluteus maximus* или же только прикрѣпленіе *m. levator* и *sphincter ani*. Сама



операция производится очень легко и не болезненна; перерезанные под кожей мягкия части скоро заживаютъ, а главное то, что болѣзнь обыкновенно устраняется вполне и навсегда; но бываютъ исключенія. Такъ, уже Симпсонъ говорить, что въ одномъ случаѣ, несмотря на вышеописанную операцию, болѣзнь не уступила и онъ принужденъ былъ продолжить разрѣзъ на 2 дюйма по продольной оси копчиковой кости, обнаживъ ее и, убѣдившись, что составляющіе ее позвонки срослись между собою, совершенно удалили часть восточки между 2 и 3 позвонкомъ.

До Симпсона, операцию эту дѣлалъ и описалъ Ноттъ: онъ обнажилъ копчиковую кость и, вывихнувъ, удалил ее ножомъ; большая часть восточки оказалась каріозною и полою, на подобіе раковины; операциа продолжалась очень долго и сопровождалась очень сильною болью; не смотря на это, рана скоро закрылась и болѣзнь окончилась полнымъ излеченіемъ. Аммонъ описалъ, въ 1870 году, случай *sosygodyniae*, который онъ очень долго, но тщетно лечилъ противовоспалительными средствами и гальванизмомъ, тогда онъ предпринялъ подкожное пересѣченіе мышцъ, но и тутъ онъ достигъ только временнаго облегченія, поэтому онъ рѣшился на экстирпацію восточки, которая и увѣнчалась полнымъ успѣхомъ. Въ томъ же году, Плумъ описалъ другой случай, въ которомъ, вслѣдствіе вывиха копчиковой кости впередъ, леченіе не могло быть достигнуто до тѣхъ поръ, пока не была удалена вся восточка: леченіе это продолжалось правда долго, но вполне увѣнчалось успѣхомъ.

К О Н Е Ц Ъ .

О П Е Ч А Т К И .

	напечатано.		читать.
Стран.	9	стр. 5 сверху	Шильде
"	10	" 17 "	кляторъ
"	10	" 8 снизу	essium
"	13	" 3 сверху	оостояніе
"	31	" 5 "	циркуляцій
"	31	" 11 снизу	кондимовы
"	55	" 14 сверху	Haematoma
"	63	" 5 снизу	большой
"	70	§ 57	§ 51
"	73	" 18 сверху	форму 1
"	75	§ 4	§ 54
"	104	" 16 снизу	дня

# РУКОВОДСТВО КЪ ЖЕНСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ

СОСТАВЛЕННОЕ

Доцентомъ Др. Бандль изъ Вѣны, Проф. Др. Бильротъ изъ Вѣны, Проф. Др. Брейски изъ Праги, Доцентомъ Др. Хробанъ изъ Вѣны, Проф. Др. Гуссесоровъ изъ Страсбурга, Проф. Др. Гильдебрандтъ изъ Кенигсберга, Проф. Др. Майергофъ изъ Вѣны, Проф. Др. Ольсгаузенъ изъ Галле, Проф. Др. Б. Шультце изъ Вѣны, Проф. Др. Виннелъ изъ Дрездена.

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

Д-ра **Т. БИЛЬРОТА.**

Ординарн. профессора хирургіи въ Вѣнѣ.

СЪ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ВЪ ТЕКСТѢ ПОЛИТИПАЖАМИ.

ДЕВЯТЫЙ ОТДѢЛЪ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Б. Г. Янпольскаго, Демидовъ переулокъ, д. № 5.

1878.

# БОЛѢЗНИ

## ЖЕНСКАГО МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА И ПУЗЫРЯ.

ПРОФ. Д-РА Ф. ВИНКЕЛЯ.

ДИРЕКТОРА КОРОЛЕВСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНИЯ ВЪ ДРЕЗДЕНѢ.

СЪ 59-Ю ПОЛИТИПАЖАМИ ВЪ ТЕКСТѢ.

---

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Д-РА БОРИСА ЯНПОЛЬСКАГО.

Ординатора при Обуховской Городской Больницѣ, при лечебницѣ Императорскаго Человѣколюбиваго Общества и Городскаго Акушера, завѣдующаго Городскимъ родильнымъ пріютомъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе **Б. Г. Янпольскаго.**

1878.



Дозволено Цензурою, С.-Петербургъ 31 Іюля 1878 г.

# О Г Л А В Л Е Н І Е.

	Стр.
Гл. I. Историческій обзор §. 1 . . . . .	3
Гл. II. Краткія предварительныя анатомо-физиологическія замѣчанія о женскомъ мочепускач. каналѣ и мочевомъ пузырьѣ §§. 2—6 . . . . .	5
Гл. III. Изслѣдованіе женскаго мочепускач. канала и мочевого пузыря §§. 7—16 . . . . .	11
Гл. IV. Статистическія изслѣдованія отдѣльныхъ заболѣваній мочепускач. канала и пузыря у женщинъ §§. 17—20 . . . . .	23

## ОТДѢЛЪ I.

### Аномаліи и заболѣванія женскаго мочепускач. канала §§. 21—50.

Гл. I. Аномаліи развитія мочепускач. канала §§. 21—28 . . . . .	28
Анатомія §§. 21—24 . . . . .	28
Симптомы §. 25 . . . . .	31
Діагнозъ §. 26 . . . . .	32
Леченіе §. 27 . . . . .	33
Удвоеніе моч. канала . . . . .	34
Гл. II. Неправильности формы и положенія женскаго мочепускач. канала §§. 29—35. . . . .	35
Ненормальное расширеніе §§. 29—31 . . . . .	35
1) равномерное расширеніе §. 30. . . . .	37
2) мѣстное „ „ §. 31. . . . .	38
Суженія мочепускач. канала §. 32. . . . .	39
Смѣщенія „ „ въ цѣломъ и по частямъ §. 33 . . . . .	42
Выпаденіе слизистой оболочки мочепускач. канала §. 34 . . . . .	42
Смѣщеніе всего „ „ §. 35 . . . . .	45
Гл. III. Разстройство питанія женскаго мочепускач. канала §§. 36—41 . . . . .	45
Литература . . . . .	—
Причины §. 37 . . . . .	46
Признаки §. 38 . . . . .	47
Діагнозъ §. 39 . . . . .	49
Частота §. 40 . . . . .	—
Леченіе §. 41 . . . . .	53
Гл. IV. Новообразованія женскаго мочепускач. канала §§. 42—48 . . . . .	54
Литература . . . . .	56
Анатомія §. 42 . . . . .	—
Признаки §. 43 . . . . .	59

Діагноз	§. 44	61
Етіологія	§. 45	62
Исходы и предсказаніе	§. 46	63
Лечение	§. 47	64
Гл. V. Невралгія женскаго мочеиспускат. канала	§. 46	66
Гл. VI. Посторонній тѣла въ женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ	§. 49	67

## ОТДѢЛЪ II.

### Пороки и заболѣванія женскаго мочевого пузыря. §§. 50—167.

Гл. I. Пороки развитія мочевого пузыря §§. 50—59	69
Литература	—
1) Расщепленіе мочевого пузыря	—
Анатомія §. 50	—
Етіологія §. 51	71
Признаки §. 52	75
Діагноз §. 53	76
Предсказаніе §. 54	77
Лечение §. 55	—
2) Задержки въ развитіи мочевого пузыря, двойной пузырь, перегородки пузыря §§. 56—59	82
Гл. II. Неправильности положенія и формы женскаго мочевого пузыря §§. 60—72	84
Литература	84
Общіе взгляды	—
I. Cystocele vaginalis §. 61	86
Причины §. 62	—
Анатомія §. 63	87
Признаки §. 64	88
Діагноз §. 65	90
Предсказаніе §. 66	—
Лечение §. 67	91
II. Выворотъ (Ectopia и Inversio) нерасщепленнаго пузыря §§. 68—72	92
Ectopia vesicae §. 68	93
Inversio §. 69—72	94
Гл. III. Поврежденія женскаго мочевого пузыря §§. 73—123	97
I. Мочевые свищи (фистулы) у женщинъ §§. 73—110.	—
Литература	—
Исторія мочевыхъ фистулъ § 73	102
Разныя виды фистулъ §. 74	105
Причины и происхожденіе фистулъ §§. 75—78	106
Анатомическія отношенія мочевыхъ фистулъ у женщинъ §§. 79—84	113
Признаки §. 85	118
Діагноз §. 86	122
Предсказаніе §. 87	124
Лечение §. 88	127
Способствованіе излеченію силами природы §. 89	—
Прижатіе. §§. 90—96	129
Кровавыя операціи §. 96—110	133
Казуистика	153
II. Сообщенія пузыря съ другими брюшными органами §§. 111—116	159
Литература	—



## ГЛАВА I.

### Историческій обзоръ.

§ 1. Пробѣгая страницы исторіи съ цѣлью узнать, какъ развивались наши свѣдѣнія о болѣзняхъ мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала у женщинъ, мы встрѣчаемся съ фактомъ, который, въ сожалѣнію, повторяется въ очень многихъ отрасляхъ человѣческаго знанія: оказывается, что уже сотни и тысячи лѣтъ тому назадъ врачамъ было извѣстно множество способовъ изслѣдованія и леченія, забытыхъ съ теченіемъ времени, такъ что ихъ пришлось впоследствии открывать заново. Всего болѣе пострадали въ этомъ отношеніи акушерство и гинекологія, а вмѣстѣ съ ними и ученіе о разстройствахъ мочевого аппарата, достигшее въ древнія времена довольно высокой степени развитія. Такъ напримѣръ уже Книдская школа обладала довольно точными свѣдѣніями о болѣзняхъ мочевого пузыря; она описала острое воспаленіе мочевого пузыря, хроническій катарръ и сопровождающее его аммоніакальное разложеніе мочи; ей было извѣстно также, что у дѣвушекъ камни мочевого пузыря встрѣчаются рѣже, по причинѣ короткости и ширины мочеиспускательнаго канала. Эта школа считала, правда, поврежденія пузыря безусловно смертельными, но съ другой стороны, она предпринимала экстирпацію почекъ—операцию, которая, какъ извѣстно, только въ новѣйшее время введена опять г. Симономъ (въ Гейдельбергѣ) въ число выполнимыхъ хирургическихъ операцій. Древнимъ индійцамъ (около 1000 лѣтъ до Р. Х.) очень хорошо извѣстна была каменная болѣзнь; и для извлеченія камня у женщинъ они дѣлали разрѣзъ черезъ уретру или черезъ рукавъ. Эразистратъ (304 до Р. Х.) первый сталъ употреблять катетеръ, а Соронъ (100—150 по Р. Х.) уже рекомендовалъ опорожненіе пузыря при помощи этого инструмента, какъ средство, регулирующее родовыя боли. Талмудисты пытались уничтожать камни мочевого пузыря вприскиваніемъ въ него растворяющихъ веществъ, а Цельзь (25—50



по Р. Х.) упоминаетъ о частотѣ ишуринъ у женщинъ и о самопроизвольномъ выхожденіи камня. Далѣе Азій (502—575 по Р. Х.) описалъ язвенныя пораженія внутренней поверхности мочевого пузыря, а Павелъ Эгинскій (670) лечилъ самыя разнообразныя заболѣванія этого органа впрыскиваніемъ въ него черезъ катетеръ жидкихъ лекарственныхъ средствъ. — Изъ этого видно, что и мѣстная терапія этихъ болѣзней вошла въ употребленіе очень рано. И при всемъ томъ, замѣчательно, что многія, весьма легко распознаваемые болѣзни этихъ органовъ, какъ напр. опухоли мочеиспускательнаго канала и пузыре-влагалищныя свищи, — оставались совершенно неизвѣстными въ древности и до конца среднихъ вѣковъ. Причины этого факта найти нетрудно: изслѣдованіе заболѣваній уретры и мочевого пузыря у женщинъ находилось, очевидно, подъ влияніемъ тѣхъ же неблагоприятныхъ условій, отъ которыхъ страдало и родовспомогательное искусство. У индійцевъ мужчины много занимались акушерскою практикой, но у грековъ и еще болѣе у арабовъ она считалась занятіемъ недостойнымъ мужчины. Гиппократъ заставлялъ молодаго врача давать клятву, что онъ не станетъ рѣзать больного, одержимаго каменной болѣзью, а предоставитъ это дѣло хирургамъ, потому что операція эта не считалась почетною. Это презрѣніе къ нѣкоторымъ хирургическимъ операціямъ продолжало существовать и въ теченіи среднихъ вѣковъ и повело къ тому, что съ упомянутыми органами приходилось имѣть дѣло только необразованнымъ «вырѣзывателямъ камней» и даже повивальнымъ бабкамъ, т. е. лицамъ, весьма мало способнымъ содѣйствовать развитію врачебныхъ свѣдѣній о разстройствѣхъ этихъ органовъ. «Даже врачи 16 столѣтія, не стыдившіеся ежедневно заниматься уроскопией, гнушались всякою акушерскою и хирургическою дѣятельности» (Baas Grundriss der Geschichte der Medicin, p. 367). Другую причину слѣдуетъ искать въ продолжительномъ влияніи арабской медицины (600—1600 по Р. Х.) на медицинскія ученія Европы; влияніе это было тѣмъ болѣе неблагоприятно, что самая мысль о вскрытіи труповъ Арабами считалась грѣховною, а занятіе акушерствомъ и гинекологіей было совершенно невозможно для мужчинъ, потому что его запрещала религія. Такъ какъ имъ тѣмъ не менѣе приходилось имѣть дѣло съ этого рода болѣзнями, то они поручали изслѣдованія и выполненія своихъ предписаній повивальнымъ бабкамъ. Такъ напримѣръ Абуль-Каземъ, по свидѣтельству Курта Шпренгеля (Versuch etc. II. 364), первый училъ производству операціи камнесѣченія у женщинъ; онъ требовалъ, чтобы бабка непременно присутствовала при этомъ, потому что хирургъ ни въ какомъ случаѣ не долженъ осмѣливаться оскорблять стыдливость женскаго пола. Когда въ 17 столѣтіи занятіе мужчинъ акушерскою практикой снова вошло въ моду сперва въ Парижѣ, а оттуда распространилось повсемѣстно, даже и тогда еще всѣми возможными способами старались затруднить изслѣдованіе женскихъ дѣтородныхъ органовъ зрѣніемъ: «Чтобы акушеръ изслѣдованіемъ роженицы не вызвалъ у нея краски стыда, обязывали одѣяло вокругъ шеи того и другой». Какъ долго удерживаются подобныя предразсудки, въ этомъ автору еще недавно привелось убѣдиться на опытѣ: при изслѣдованіи молодой дѣвушки отъ него потребовали, чтобы онъ ввелъ маточное зеркало черезъ маленькое отверстіе въ простынѣ, которою была покрыта больная.

Несмотря на всё подобныя препятствія, уже въ концѣ среднихъ вѣковъ были сдѣланы нѣкоторые успѣхи въ изученіи занимающихъ насъ болѣзней. Беневени (ум. 1502), во Флоренціи, расширилъ женскій мочеиспускательный каналъ, чтобы извлечь камень. Ремлеръ Дадунъ, изъ Мехельна, констатировалъ на трущѣ оплотнѣніе почекъ, расширение мочеточниковъ и гипертрофію мочевого пузыря. Салій Диверзусъ описалъ воспаленіе мочеточниковъ, какъ причину задержанія мочи. Петръ Франко (1561) изобрѣлъ особый дилататоръ для расширенія женской уретры и проводникъ (Горжереть со щипцами, которые раскрывались въ пузырь, для извлечения изъ него камня).

Нѣкоторые авторы 17 столѣтія доказали на трупоисчненіяхъ присутствіе опущенія мочевого пузыря при выпаденіи матки и выпаденіе его изъ рукава (*cystocele vaginalis*, въ *Sepulchret observ.* 5). Феликсъ Платеръ и Людовикъ Меркатусъ (1605) первые распознали пузыре влагалищныя фистулы, а Иоаннъ Фатіо вылечилъ нѣсколько случаевъ ихъ наложеніемъ шва. Андреасъ изъ Лагуны (1499—1560) написалъ сочиненіе: *methodus cognoscendi, extirpandique excrescens in vesicae collo sagunculae*, Римъ 1551, и другое, о суженіяхъ мочеиспускательнаго канала и леченіи ихъ посредствомъ введенія бужей. Наконецъ Франциско Діацъ (Мадридъ 1588) написалъ превосходное сочиненіе о болѣзняхъ мочевого пузыря и почекъ. И такъ мы видимъ, что катетеры, мѣдные и серебряные (Абульказисъ), литотрипторы (инструменты, появившіеся вскорѣ послѣ Цельза), расширители мочеиспускательнаго канала и щипцы для извлечения постороннихъ тѣлъ (1500 и 1561), бумажные бужи и металлическіе зонды (Геліодоръ)—все это было въ употребленіи съ давнихъ поръ; казалось бы, новому времени оставалось сдѣлать уже немного; почему же методы изслѣдованія, изобрѣтенныя и усовершенствованныя лишь въ послѣдніе годы, какъ на примѣръ способъ постепеннаго расширенія посредствомъ зеркала, г. Симона, и Рутенберговскій способъ освѣщенія внутренней поверхности мочевого пузыря,—не явились на свѣтъ раньше, когда путь для нихъ, повидимому, былъ подготовленъ уже нѣсколько столѣтій тому назадъ? Виноваты въ этомъ, безъ сомнѣнія, прежде всего указанныя выше причины, въ особенности отсутствіе преподаванія гинекологіи до 18 столѣтія и долѣе; виноваты также современные гинекологи тѣмъ, что въ своихъ сочиненіяхъ, большею частью оставляли мочевой пузырь въ сторонѣ, не причисляя его къ половой сферѣ женщины, и обращали вниманіе развѣ только на карункулы мочеиспускательнаго канала, на смѣщенія пузыря вмѣстѣ со стѣнкой маточнаго рукава, и на пузырно-влагалищныя фистулы; а между тѣмъ въ учебникахъ внутренней медицины почти вовсе не упоминаютъ о многочисленныхъ специфическихъ заболѣваніяхъ уретры и мочевого пузыря у женщинъ. Мы имѣемъ только одну, относящуюся сюда монографію, написанную гинекологомъ; это изданная Сканцони въ 1854 году болѣзни женскихъ грудей и мочевыхъ органовъ; въ введеніи авторъ справедливо жалуется на пренебреженіе со стороны гинекологовъ патологіею женскихъ мочевыхъ органовъ. Въ 1859 г. вышло 2-е изданіе этого сочиненія Сканцони, и съ тѣхъ поръ новаго изданія не было, поэтому оно во многихъ отношеніяхъ оказывается неполнымъ; тѣмъ не менѣ намъ неразъ придется пользоваться этою, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ превосходною работою.

Несмотря на всю пользу и важность изученія исторіи, несмотря на то, что оно предохраняетъ отъ ошибокъ — выдавать за новое то, что давно уже извѣстно, — есть завѣдомо авторы, стремящіеся, во чтобы то ни стало, отыскать начало всякаго медицинскаго познанія у Гиппократа и Аретея, и обладающіе удивительнымъ умѣньемъ освѣщать и растолковывать темныя и сомнительныя мѣста въ книгахъ этихъ писателей, такъ что все сдѣланное позднѣйшими, въ особенности нынѣ живущими авторами, выходитъ у нихъ старой погудкой на новый ладъ! Съ идеями часто случается, что онѣ существуютъ и даже попадаютъ въ печать, но до практическаго примѣненія ихъ дѣло не доходитъ; нерѣдко также правильное примѣненіе оставляетъ далеко за собою первоначальную идею, въ особенности, если эта послѣдняя была невыполнима или опасна. Это можно сказать, напримѣръ, о Симоновскомъ способѣ расширенія мочеиспускательнаго канала: идея сама по себѣ очень стара, но въ дѣлѣ исторія умалчиваетъ о томъ, какъ часто при старомъ методѣ расширенія посредствомъ дилататоровъ и пресованныхъ губокъ вызывали недержаніе мочи, тогда какъ Симонъ совершенно точно опредѣлилъ границы, до которыхъ можно доходить при этой операціи; стало быть новый методъ впервые далъ идеѣ практическое значеніе. Вотъ и другой примѣръ: я упомянулъ выше о мнѣніи Курта Шпренгеля, что Абульбаземъ первый научилъ дѣлать литотомію у женщинъ. Баасъ (*Grundriss der Geschichte der Medicin*, p. 185) слѣдующимъ образомъ описываетъ, какъ во времена Абульбазема повивальная бабка, по наставленію врача, должна была производить эту операцію: «у дѣвушки нужно ввести палець въ прямую кишку, у женщины — въ рукавъ (естественныя части), затѣмъ сдѣлать разрѣзъ, у дѣвушки слѣва и снизу на дѣтородной губѣ, а у женщины — между мочеиспускательнымъ каналомъ и лонной костью, такъ чтобы получилась поперечная рана». Хотя Баасъ (I. c. p. 122) и говоритъ, что Цельзъ также описалъ камнесѣченіе у женщины, — что Шпренгель, слѣдовательно, просмотрѣлъ — но и онъ повидимому не замѣтилъ, что Абульбаземъ, спустя 1100 лѣтъ послѣ Цельза, почти слово въ слово списалъ наставленія послѣдняго, относительно этой операціи. Въ доказательство привожу относящееся сюда мѣсто изъ книги Цельза (*Liber VII Capit. 26. 4*; Изданіе Th. J. ab Almloveen, Rotherdam 1750 p. 481); *De calculis feminarum: Hae vero curationes in feminis quoque similes sunt; de quibus parum proprie quaedam dicenda sunt. Siquidem in his, ubi parvulus calculus est, scalpellus supervacuus est quia in urina in cervicem compellitur quae et brevior quam in maribus et laxior est. Ergo et per se saepe excidit et si in urinae itin ere quod est angustius, inhaeret, eodem tamen unco sine ulla noxa edicetur. At in majoribus calculis necessaria eadem curatio est. Sed virgini subijci digiti tanquam masculo, mulieri per naturalia ejus debent. Tum virgini quidem sub ima sinisteriore ora; mulieri vero, inter urinae iter et os pubis, incidendum est sic, ut utroque loco plaga transversa sit. Neque terrieri convenit, si plus ex muliebri corpore sanguinis profluit».*

Изъ этого отрывка оказывается, что Цельзу была уже извѣстна растяжимость женскаго мочеиспускательнаго канала; онъ зналъ, что камни проходятъ черезъ него довольно легко сами, или же могутъ быть извлечены крючкомъ (инструментомъ похожимъ на спицы). Но его наставленія относительно камнесѣченія у дѣвушекъ, во многихъ отношеніяхъ неясны. Предлагаемую имъ

операцію можно съ одинаковымъ правомъ принять за разрѣзь черезъ преддверье и за боковой разрѣзь. Методъ Абульказиса, описанный спустя около 1100 лѣтъ въ Альтасфирѣ и которымъ пользовались въ теченіи всѣхъ среднихъ вѣковъ и дольше, изложенъ также немногимъ яснѣе, такъ какъ и тамъ не опредѣлено, вести ли разрѣзь, начиная отъ входа въ маточный рукавъ, или снаружи, вблизи сѣдалищнаго бугра. Еще въ 1659 году Ювъ ванъ Мескернъ оперировалъ по указаніямъ Цельза, стало быть, впродолженіи болѣе полутора тысячелѣтія никто не ощутилъ потребности замѣнить эти неясныя указанія болѣе пригоднымъ для практики описаніемъ этой операціи. Каждый охотно согласится съ тѣмъ, что помня свое прошлое и своихъ предшественниковъ и уважая ихъ, наука и ея представители въ тоже время чтятъ и облагораживаютъ самихъ себя (Ваас) и что, къ сожалѣнію, въ послѣднее время въ нѣмецкихъ университетахъ стали небрежно относиться къ изученію исторіи медицины (Бильротъ); но, во всякомъ случаѣ, пользоваться историческими данными иногда для того, чтобы уизить значеніе работъ новѣйшихъ авторовъ,—значить стоять на невѣрной точкѣ зрѣнія. Во всѣхъ послѣдующихъ главахъ намъ придется указывать на весьма важныя уснѣхи въ занимающей насъ области медицины, сдѣланные именно въ новѣйшее и самое послѣднее время; поэтому, говоря о какомъ нибудь разстройствѣ, мы каждый разъ будемъ предпосылать нашему изложенію специальную исторію этого разстройства.

## ГЛАВА II.

### **Краткія предварительныя анатомо-фізіологическія замѣчанія о женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ и мочевомъ пузырьѣ.**

§ 2. Женскій мочеиспускательный каналъ имѣетъ въ продольномъ діаметрѣ 2,5—4 цтм. и почти прямо, самымъ незначительнымъ S—образнымъ изгибомъ, направляется своимъ верхнимъ отдѣломъ взади, нижнимъ впереди. (см. рис. 1). Наружный конецъ его находится на 1 цтм. ниже лонной дуги, внутренній на 1, 5 цтм. взади отъ середины лоннаго сращенія. Онъ удерживается въ своемъ положеніи связкою, *Lig. pubo-vesicale medio*, выполняющею промежутокъ между мочеиспускат. каналомъ, *Ligam. arcuatum* и ножками елиатора. Стѣнка моч. канала очень плотна, толщина ея по бокамъ и спереди 5 миллим.; въ мѣстѣ соединенія ея съ рукавомъ, перегородка между ними по направленію снизу вверхъ постепенно утолщается отъ 6—12 миллим. Слизистая оболочка канала, по *Robin'у* и *Cadiot*, изъ всѣхъ слизистыхъ оболочекъ тѣла, наиболѣе богатая эластическими волокнами, въ нижнемъ отдѣлѣ своемъ покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, подобно слизистой оболочкѣ рукава, въ верхнемъ эпителий ея сходенъ съ эпителиемъ мочевого пузыря; въ ней есть сосочки, содержащія сосуды, а въ многочисленныхъ ямкахъ вокругъ наружнаго отверстія находятся ворсинки различной величины и формы. Кромѣ

того, слизистая оболочка богата множеством слизистых желёзок, которые у пожилых особь нередко содержат мелкия черныя частички, похожія на конкременты предстательной желёзы. За слизистой оболочкой слѣдуетъ густая подслизистая сѣть эластическихъ волоконъ, въ которую вдаются выстланные цилиндрическимъ эпителиемъ концы упомянутыхъ желёзокъ, оруженныя множествомъ мелкихъ венъ. Къ подслизистому слою примыкають, внаружи слой сперва продольныхъ, затѣмъ круговыхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, связанныхъ между собою соединительной и пещеристой тканью: *Corpus spongiosum urethrae*. Д-ръ Уффельманъ нашелъ здѣсь, кромѣ слоя органическихъ круговыхъ волоконъ, еще оболочку изъ животныхъ мышечныхъ волоконъ, лежащую внаружи отъ перваго, и состоящую изъ поперечныхъ и продольныхъ пучковъ. Поперечныя лежатъ спутри и образуютъ произвольный или наружный сфинктеръ мочевого пузыря. Они окружають мочеиспускательный каналъ отъ пузыря до середины сплошнымъ кольцомъ, а далѣе до устья продолжаютъ только по передней части его. Этимъ обстоятельствомъ объясняется, почему даже при такихъ поврежденіяхъ мочеиспускательнаго канала, которыя не доходятъ до наружнаго отверстія его только на  $1\frac{1}{2}$  цтм. и менѣе, можно шиваніемъ устранить недержание мочи. Лущка открылъ еще особый *sphincter urethrae et vaginae*, вольцеобразную плоскую мышцу, которая непосредственно позади луковичъ преддверія имѣетъ въ ширину 4 — 7 миллим., опоясываетъ нижній конецъ рукава и мочеиспуск. каналъ и, по словамъ его, суживаетъ не только входъ рукава, но и моч. каналъ, прижимая его къ *Septum urethro—vaginae*. Граница съ окружающимъ мочеиспускательный каналъ пещеристымъ веннымъ сплетеніемъ, эта мышца взади сливается съ переднимъ концомъ *Musculi transversi profundı*.—Внутреннее или пузырьное отверстие моч. канала представляетъ поперечную щель, слизистая оболочка которой ложится въ мелкия продольныя складки; наружное отверстие мочеиспуск. канала имѣетъ вертикальное положеніе, овальную форму, длиною въ 5 миллим. Въ него нередко заходятъ двѣ удлиненныя складки слизистой оболочки, которыя сходятся на задней стѣнѣ канала, а внаружи переходять въ двѣствленную плеву, вслѣдствіе чего устье мочеиспускательнаго канала часто имѣетъ бахромчатый видъ. Ширина моч. канала, достигающая обыкновенно 6 — 8 миллим., можетъ быть значительно увеличена помощью инструментовъ.

§ 3. Важнѣйшія отличія женскаго мочевого пузыря отъ мужскаго состоятъ въ слѣдующемъ: у женщины пузырь представляется болѣе широкимъ и круглымъ и менѣе глубокимъ спереди назадъ, потому что между нимъ и прямою кишкой вдвинуты внутренніе дѣтородныя органы. Емкость женскаго пузыря больше, чѣмъ мужскаго; при значительномъ задержаніи мочи въ немъ находили болѣе 4 литровъ жидкости. Между тѣмъ какъ у мужчины дно мочевого пузыря имѣетъ прочную опору въ передней стѣнѣ прямой кишки и на промежности, у женщины такой опоры не существуетъ. Передняя и задняя стѣнки рукава и промежность такъ часто подвергаются смѣщеніямъ и поврежденіямъ, что наклонность къ смѣщенію нередко сообщается и пузырю, такъ что дно его при сильномъ давленіи сверху, когда раскрывается половая щель,

теряет снизу всякую опору. Далѣе, у обоихъ половъ существуетъ разница относительно пространства, на которомъ брюшина покрываетъ заднюю стѣнку пузыря. Этотъ покровъ у женщины гораздо меньше, чѣмъ у мужчины, такъ какъ у нея уже на уровнѣ внутреннего зѣва брюшина переходитъ съ пузыря на матку. Важное значеніе имѣютъ также части, окружающія женскій мочевой

Рис. 1.



Разрѣзъ портфеля замороженнаго женскаго трупа, обнаруженный Фюрстомъ (*Arch. f. Gynäcologie* Bd. VII) съ цѣлю демонстрировать направленіе мочеспускат. канала и положеніе и видъ ненаполненнаго женскаго мочев. пузыря.

пузырь. (См. рис. 1 и 3 на стр. 9). Онѣ состоятъ сзади изъ круглыхъ и широкихъ маточныхъ связокъ, матки и яичниковъ, сверху изъ тонкихъ кишеевъ, прямой кишки и червеобразнаго отростка. Изъ этихъ частей дѣтородные органы такъ часто подвергаются заболѣваніямъ, въ которыя по сосѣдству вовлекается

и мочевоу пузыря, что у женщины существуетъ цѣлый, длинный рядъ такихъ причинъ заболѣванія этого органа, которыхъ нельзя встрѣтить у мужчины; стоитъ только вспомнить объ измѣненіяхъ формы и положенія этого органа, обусловливаемыхъ смѣщеніями матки, о перфорациі мочеваго пузыря плоднымъ мѣшкомъ при внѣматочной беременности, объ образованіи камней въ мочевоу пузырьѣ вслѣдствіе прониканія въ него костей зародыша, о волосахъ, попадающихъ въ пузырь изъ дермондныхъ кистъ яичника. Мы можемъ указать на выворотъ слизистой оболочки мочеваго пузыря наружу черезъ мочеиспускательный каналъ, какъ на болѣзнь, встрѣчающуюся только у женщинъ.—Относительно слизистой оболочки мочеваго пузыря нужно замѣтить, что кромѣ одиночныхъ круглыхъ или овальныхъ мѣшеччатыхъ и множества простыхъ, мало развѣтвленныхъ гроздовидныхъ желѣзъ, выводные протоки которыхъ выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ, — въ днѣ пузыря встрѣчаются иногда солитарныя лимфатическія желѣзки и холмообразныя сосочки; эти послѣдніе сидятъ тѣсно другъ подлѣ друга, преимущественно на основаніи пузыря. Мочевой пузырь снабженъ, какъ извѣстно, тройнымъ слоемъ мышечныхъ волоконъ; переплетаясь между собою въ различныхъ направленіяхъ, они образуютъ *m. detrusor urinae*, а косвенно идущій слой образуетъ у отверстия, ведущаго въ мочеиспускательный каналъ, явственную сжимающую мышцу, Мочеточники, прободая стѣнку мочеваго пузыря, образуютъ на разстояніи 2, 5 цтм. за или надъ пузырьнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала два узкихъ

Рис. 2.



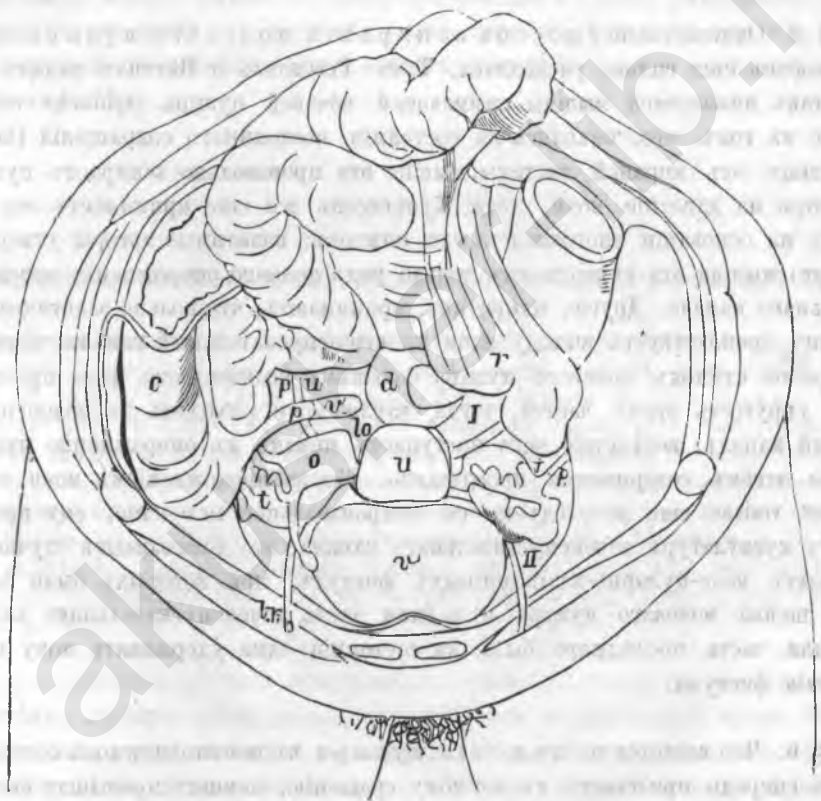
Схематическое изображеніе нормальнаго вида и положенія опорожненнаго мочеваго пузыря (b. b.) и мочеиспускат. канала (ur) въ отношеніи *Symphis. oss. pubis* (s) и матки (u) по Б. С. Шумльде.

валива, соединенныхъ такъ называемоу межмочеточниковоу связкой (*ligam. interuretericum* (см. стр. 15, рис. 7). Прежде принимали, что замыканіе моче-

точниковъ со стороны мочеваго пузыря совершается одними складками слизистой оболочки, образующимися вслѣдствіе косвеннаго прободенія стѣнки; но въ последнее время опытами Жюрье обнаружено, что замыканіе это производится только напряженіемъ эластическихъ мышечныхъ волоконъ, между которыми залегаютъ окончанія мочеточниковъ въ стѣнѣ мочеваго пузыря.

§ 4. Для нѣкоторыхъ болѣзней мочеиспускательнаго канала и мочеваго пузыря имѣетъ значеніе вопросъ объ отношеніи внутренней поверхности этихъ органовъ къ всасыванію. Л. Шеферъ (In. Diss. Giessen 1870) нашель путемъ опыта, что если у животныхъ произвести фистулу мочеваго пузыря, то отдѣленіе мочи послѣ этого увеличивается на 2,3—4,5%; онъ думалъ, что изъ этого слѣдуетъ заключить, что при нормальныхъ условіяхъ выведенія мочи,

Рис. 3.



Положеніе внутренностей во входѣ таза по Гассе (Бреславль).

v: Vesica. u: Uterus t: Tuba. o: Ovarium. c: Coecum. r: Rectum. lr: Lig. rotundum. pv: Proc. vermiformis. d. Cavum Douglasii. pu: Plica ureterica. I. Fossa paruterina. II. Fossa paravesicalis. ip: Lig. infundibulo pelvicum.

количество ея въ мочевомъ пузырьѣ нѣсколько уменьшается, вслѣдствіе постояннаго, хотя незначительнаго, всасыванія воды стѣнками пузыря. Между тѣмъ Сузини (De l'imperméabilité de l'épithélium vésical, Thèse de Strasbourg 1867), впрыскивавшій себѣ въ пузырь растворъ іодистаго калія и настойку белладонны,



не могъ ни доказать присутствія іода въ слювъ, ни замѣтить дѣйствія белладонны, хотя впрыснутыя жидкости оставались въ пузырь въ теченіи нѣсколькихъ часовъ. Довольно сходные съ этимъ результаты получили Аллингъ (*Gaz. des hôp.* p. 610. 1871), и потомъ П. Дубельтъ, производившій опыты надъ происхожденіемъ катарра мочевого пузыря, о которыхъ мы скажемъ подробнѣе при описаніи этой болѣзни. Поэтому едвали можно еще сомнѣваться, что хотя слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала въ нормальномъ состояніи очень хорошо всасываетъ приложенныя къ ней средства, зато слизистая оболочка мочевого пузыря, при цѣлости ея эпителія, не воспринимаетъ замѣтнымъ образомъ впрыснутыхъ въ пузырь веществъ, каковы стрихнинъ, морфій, атропинъ, іодистый калий, но всасываетъ ихъ, когда эпителий ея поврежденъ искусственно или болѣзненнымъ процессомъ.

§ 5. Относительно способа запиранія мочевого пузыря взгляды авторовъ еще сильно расходятся. Такъ, Розенталь и Виттихъ видятъ значеніе такъ называемой мышцы сжимающей мочевой пузырь (*sphincter vesicae*) уже не въ томъ, что, находясь въ состояніи постоянного сокращенія (*tonus*), зависящаго отъ нервной системы, мышца эта произвольно запираетъ пузырь, не смотря на давленіе мочи, хотя Куррессовъ все еще принимаетъ это объясненіе на основаніи многочисленныхъ опытовъ; названные авторы утверждаютъ, что мышца эта существуетъ только ради полнаго опорожненія мочеиспускательнаго канала. Другіе, напротивъ, принимаютъ, что кольцо эластическихъ волоконъ препятствуетъ выходу мочи въ мочеиспускательный каналъ; когда-же напряженіе стѣнокъ мочевого пузыря большимъ количествомъ мочи преодолеваетъ упругость этихъ частей, тогда капля мочи выходитъ въ мочеиспускательный каналъ, вслѣдствіе чего наступаетъ позывъ къ опорожненію пузыря, которое затѣмъ совершается произвольно. Но за прохожденіемъ мочи черезъ *sphincter vesicae* еще не слѣдуетъ ея непроизвольное истеченіе, ему препятствуетъ мускулатура мочеиспускательнаго канала; это доказываютъ случаи излеченныхъ моче-пузырно-влагалищныхъ фистулъ, при которыхъ были разрушены шейка мочевого пузыря и задняя часть мочеиспускательнаго канала; передняя часть послѣдняго была въ состояніи одна удерживать мочу послѣ излеченія фистулы.

§ 6. Что касается положенія пузыря въ ненаполненномъ состояніи, то онъ спереди прилегаетъ къ лонному сращенію, немного превышая высшую его точку. Стѣнка пузыря имѣетъ въ толщину 6—7 миллим., форма его по Фюрсту слѣдующая: одна короткая часть (0,8 цтм. длины) поднимается прямо вверхъ, другая, четверо длиннѣе, слегка выпуклой вверху дугой поднимается къ лонному соединенію, третья, короткая (0,6 цтм. длины) сторона поднимается по направленію къ области внутренняго маточнаго зѣва. Такимъ образомъ, полость имѣетъ форму узкой щели съ тремя отростками, изъ которыхъ передній самый длинный (см. рис. 1 по Фюрсту, *Archiv f. Gynäkologie* VII, p. 419, таблица II). По В. С. Шульце (*Klinische Votr. von Volkmann*, № 50, p.

409) форма пустаго пузыря нѣсколько иная (см. рис. 2). Задняя нижняя стѣнка пузыря прикрѣплена къ передней стѣнѣ влагалища; тамъ, гдѣ оканчивается прикрѣпленіе задней стѣнки пузыря къ рукаву, начинается столь же плотное прикрѣпленіе ея къ передней стѣнкѣ матки, доходящее до мѣста перехода брюшины съ матки на пузырь, на высотѣ внутренняго маточнаго зѣва или немного выше. Когда пузырь пустъ, задняя стѣнка его круто изгибается въ томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ прикрѣпленіе его къ рукаву переходитъ въ прикрѣпленіе къ маткѣ, такъ что если мы представимъ себѣ женщину въ стоячемъ положеніи, то нижняя стѣнка пузыря будетъ прикрѣплена къ рукаву, а верхняя къ маткѣ, причемъ матка стоитъ почти вертикально. При средней степени наполненія мочеваго пузыря, когда онъ незначительно возвышается надъ плоскостью тазоваго входа, можно видѣть (см. выше рис. 3 Гассе) указанное уже Кольраушемъ углубленіе задней стѣнки пузыря; на этомъ рисункѣ также очень хорошо видно съ одной стороны, какъ пузырь уплощается вслѣдствіе сосѣдства матки, съ другой—какимъ образомъ пузырь и круглыя маточныя связки въ соединеніи съ брюшиннымъ покровомъ могутъ удерживать матеу въ ея положеніи.

### ГЛАВА III.

#### Ислѣдованіе женскаго мочеиспускательнаго канала и мочеваго пузыря.

**Литература.** Bruns, P.: Centralblatt für Chirurgie. Nro. 33. 1875. Duncan: Edinburgh med. Journal 1868. march. und Brit. med. Journal. Aug. 21. 1875. Edis: Lancet. Decbr. 25. 1875. Grünfeld: Wiener allgem. Zeitung, 12 und 13. 1874. Heath: Lancet. Decbr. 11. 1875. M. Herrgott: Annales de gynécologie. Janvier 1876. Paris (Lauvereysn). p. 1—23. Hybord, S.: Des calculs de la vessie chez les femmes et les petites filles. Paris 1873. Napier-Waitz: Berl. kl. Wochenschrift 1875. p. 676. Odebrecht: Berliner kl. Wochenschrift 1875. p. 175. Reaves: Cysto-urethroscopie, Brit. med. Journal. Septbr. 4. 1875. Silbermann, Oscar: Die bruske Dilatation der weiblichen Harnröhre. In.-D. Breslau 1875. G. Simon: Volkmann's klinische Vorträge. Nro. 88. Leipzig 1875. Spiegelberg: Berl. klin. Wochenschrift 1875. Nro. 16. Wildt: Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie. XVIII. S. 167.

§ 7. Способы точнаго ислѣдованія женскаго мочеиспускательнаго канала и мочеваго пузыря очень усовершенствовались въ послѣднее время. Прежде приходилось довольствоваться осмотромъ устья мочеиспускательнаго канала и передней стѣнки рукава; осязаніемъ и зрѣніемъ для распознаванія ненормальнаго состоянія внутренней поверхности мочеваго пузыря можно было пользоваться только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлись нарушенія цѣлости его стѣнки, во всѣхъ же остальныхъ ограничивались ислѣдованіемъ и ощупываніемъ внутренней поверхности этого органа эластическими или металлическими катетерами и зондами: теперь же, благодаря усиліямъ цѣлаго ряда врачей, мы можемъ сдѣлать доступною для пальца и зрѣнія почти всю слизистую оболочку мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала. Г. Симону принадлежитъ именно та заслуга, что онъ выработалъ методъ свораго и вѣрнаго расширенія жен-

скаго мочеиспускательнаго канала, затѣмъ далъ точныя указанія относительно степени, до которой можно доводить это расширение и, наконецъ, доказалъ фактически его безвредность. Уже съ древнихъ временъ прибѣгали къ безвровному расширенію женскаго мочеиспускательнаго канала главнымъ образомъ для извлеченія камней изъ мочеваго пузыря (см. § 148). Итальянскій хирургъ Беневіени (1502) и послѣ него Маріанусъ Санетусъ уже въ 1526 предписывали этотъ приемъ, а Франво употреблялъ при этомъ расширитель собственнаго изобрѣтенія (1561). Въ теченіи первыхъ десятилѣтій нашего вѣка расширеніе производили частью прессованными губками, частью посредствомъ ламинаріи, частью металлическимъ расширителемъ Вейсса. Тѣмъ не менѣ Гайбордъ въ 1872 могъ найти въ литературѣ только 12 случаевъ безвровнаго расширенія мочеиспускательнаго канала для извлеченія камней, такъ что этотъ способъ изслѣдованія примѣнялся, очевидно, рѣдко.

Рис. 4.

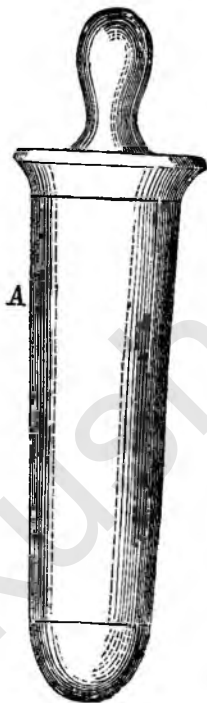
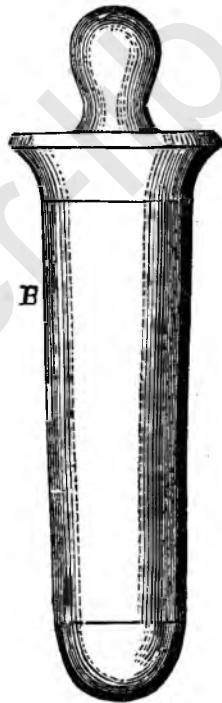


Рис. 5.



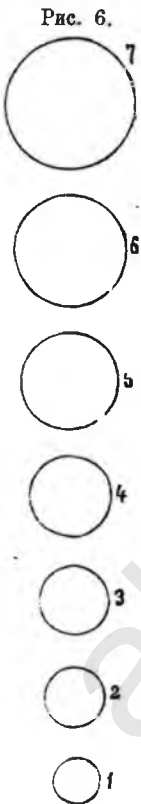
Зеркала Г. Симона для мочеиспускат. канала.

Рис. 4 зеркало 1,9 цтм. въ попереч-  
никѣ и въ 6 цтм. въ окружности.  
Натуральной величины.

Рис. 5 тоже зеркало въ 2 цтм. въ  
поперечникѣ и въ 6,3 цтм. въ окруж-  
ности.

Методъ Симона состоитъ въ томъ, что на наружномъ краю orificiі urethrae, представляющемъ самую узкую и неподатливую часть мочеиспускательнаго канала, дѣлаются ножницами сверху двѣ боковыя насѣчки въ  $\frac{1}{4}$  цтм. и снизу черезъ перегородку между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ, еще одну въ  $\frac{1}{2}$  цтм. глубины. Затѣмъ въ мочеиспускательный каналъ вводятся одно за другимъ зеркала помощью проводниковъ; они прямо срезаны на пе-

реднемъ концѣ, дѣлаются изъ вулканизированнаго каучука и представляютъ гладкую круглую трубку (см. рис. 4 и 5). Симонъ устроилъ 7 различныхъ номеровъ (рис. 6); самый толстый имѣетъ въ діаметрѣ 2, самый тонкій  $\frac{3}{4}$  цтм. Послѣ введенія толстѣйшаго изъ зеркалъ, вводятъ въ пузырь указательный палецъ и помогаютъ дѣйствию его частью тѣмъ, что вводятъ средній палецъ той же руки въ рукавъ, при чемъ указательный можетъ проникнуть почти на 1 цтм. дальше впередъ, частью же тѣмъ, что другой рукой надавливаютъ снаружи темя пузыря на встрѣчу изслѣдующему пальцу. При такой пальпации остаются неполнѣй прощупанными только самыя высокія бововыя части мочеваго пузыря, плотно приросшія къ востямъ, всѣ же остальные доступны, и при помощи этихъ трубокъ, служащихъ вмѣстѣ съ тѣмъ зеркалами, можно въ короткое время (5—7 минутъ) безъ малѣйшаго насилія расширить самый узкій мочеиспускательный каналъ настолько, насколько позволяютъ индивидуальныя условія.



Heath, производя расширеніе только пальцемъ, всегда находилъ разрывы слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала подъ лонной дугой и вызывалъ обыкновенно 24-хъ часовое недержаніе мочи, — тогда какъ при Симоновскомъ методѣ разрывы случались рѣдко и, за немногими исключеніями, пациенты могли удерживать мочу тотчасъ по окончаніи расширенія. Симонъ опредѣлялъ съ точностью, до какихъ степеней расширенія можно доходить, не вызывая недержанія мочи. Онъ нашелъ, что у взрослой женщины можно безопасно пользоваться расширителями въ 6—6,26 цтм. въ окружности, 1,9—2 цтм. въ діаметрѣ, а въ крайнихъ случаяхъ, гдѣ оправдывается примѣненіе нѣсколько опасныхъ средствъ, можно увеличить расширеніе до 6,5 и даже до 7 цтм. въ окружности; для дѣвушекъ мѣра пропорціально уменьшается въ предѣлахъ отъ 6,3—4,7 цтм. въ окружности. Эти степени растяженія, при которыхъ нечего опасаться недержанія мочи, въ огромномъ большинствѣ случаевъ оказываются достаточными для діагностическихъ и терапевтическихъ цѣлей. Я имѣлъ случай примѣнить Симоновскій способъ расширенія мочеиспускательнаго канала у семи различныхъ больныхъ, и могу почти во всѣхъ отношеніяхъ подтвердить справедливость его заявленій. Впрочемъ у меня, несмотря на сдѣланные согласно предписанію надрѣзы края наружнаго устья, каждый разъ тотъ или другой изъ нихъ прорывались дальше, или же происходило нарушеніе цѣлости въ четвертомъ мѣстѣ, наго зеркала на пораненныя мѣста, кровотеченіе при этомъ бываетъ незначительно и обыкновенно быстро останавливается

послѣ удаленія инструмента. Недержанія мочи не было ни въ одномъ изъ моихъ случаевъ, а я наблюдалъ ихъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль послѣ операціи. Я долженъ прибавить, что при безкровномъ расширеніи мочеиспускательнаго канала пальцемъ съ цѣлью экстирпаціи папилломы мочеваго пузыря, я не

могъ вмѣстѣ съ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки ввести въ полость пузыря инструментъ, тогда какъ это до сихъ поръ удавалось мнѣ каждый разъ послѣ расширенія посредствомъ Симоновскихъ зеркалъ. Притомъ, расширеніе помощью инструментовъ нисколько не утомительно для оператора. Такимъ образомъ, оно имѣетъ существенныя преимущества передъ безкровнымъ расширеніемъ.

§ 8. Если расширеніе мочеиспускательнаго канала не приводитъ къ цѣли, или если для достиженія ея пришлось бы переступить указанныя границы, тогда можно прибѣгнуть къ другому методу, рекомендуемому также Симономъ, именно—къ разрѣзу мочеваго пузыря черезъ рукавъ; черезъ полученное такимъ образомъ отверстіе можно вывернуть мочевой пузырь въ рукавъ и даже *in vulvam* и сдѣлать его доступнымъ не только для ощупыванія, но и для осмотра. Это вскрытіе мочеваго пузыря съ искусственнымъ выворотомъ производится слѣдующимъ образомъ: въ переднемъ сводѣ рукава, на разстояніи  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  цтм. впереди отъ передней губы маточнаго зѣва, дѣлають поперечный разрѣзъ въ 3 цтм. длиною, и отъ середины его ведутъ второй разрѣзъ, въ 2 цтм., прямо впередъ къ мочеиспускательному каналу, такъ что получается Т—образный разрѣзъ. Затѣмъ вкалываютъ черезъ него въ слизистую оболочку мочеваго пузыря тонкіе двойные крючки, за которые потягиваютъ по направленію къ влагалищу, нажимая въ тоже время темя пузыря внизу другой рукой, наложенной поверхъ симфиза. Самые точные разрѣзы получаются когда рукавъ расширенъ Симоновскими расширителями или зеркаломъ Боземана и стѣнка пузыря сильно напряжена, или когда матка и верхняя часть перегородки между пузырями и влагалищемъ оттянуты внизъ. Кровотеченіе останавливаютъ перевязкой или перебручиваніемъ, и по окончаніи операціи на внутренней поверхности пузыря, края разрѣзовъ соединяють швами. Соединеніе краевъ не представляетъ большихъ затрудненій, потому что они точно совпадаютъ и прилегаютъ одинъ къ другому.

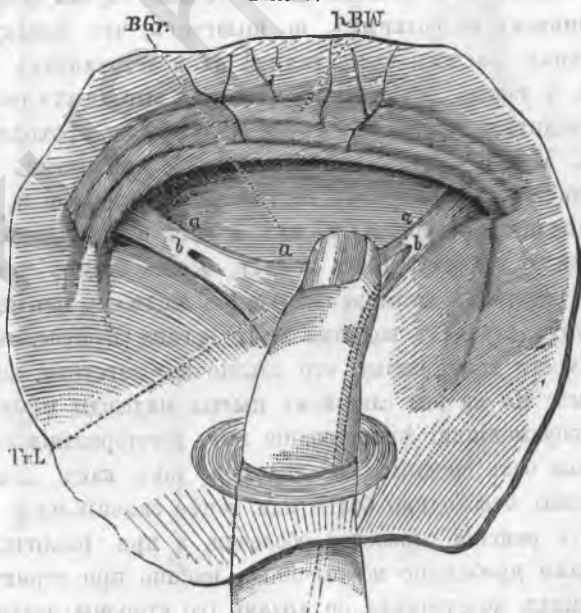
§ 9. Простое расширеніе мочеиспускательнаго канала бываетъ нужно главнымъ образомъ для опредѣленія заболѣваній слизистой оболочки мочеваго пузыря, для діагноза инородныхъ тѣлъ и камней и ихъ извлеченія; далѣе, для леченія надрывовъ (*Fissurae*) мочеиспускательнаго канала, для распознаванія недостаточнаго развитія пузырно-влагалищной стѣнки при зарощеніяхъ рукава, для опредѣленія мѣста находенія и величины разрошеній и опухолей въ стѣнкѣ мочеваго пузыря, для экстирпаціи такихъ опухолей, для леченія кишечно-пузырныхъ фистулъ прижиганіемъ пузырнаго ихъ отверстія. Кромѣ того оно рекомендуется при леченіи упорнаго катарра мочеваго пузыря смазываніемъ внутренней его поверхности крѣпкими растворами ѣдкихъ веществъ (*Heath*), далѣе для отысканія, извлеченія и вырѣзыванія почечныхъ камней изъ пузырнаго отрѣзка мочеточника, наконецъ, для вскрытія кровяной опухоли матки (*haematometra*), если опорожненіе ея между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою представляется невозможнымъ или слишкомъ опаснымъ. Шпиттельбергъ (а. а. О.) недавно примѣнилъ разбираемый нами способъ въ одномъ

подобномъ случаѣ; такимъ образомъ, онъ имѣетъ обширное діагностическое и терапевтическое значеніе, и если Зильберманъ (l. c.) изъ 48 случаевъ быстрого расширенія женскаго мочеиспускательнаго канала въ 8-ми констатировалъ, какъ послѣдствіе, недержаніе мочи, то это произошло оттого, что въ большинствѣ этихъ случаевъ расширеніе было произведено безъ предписанныхъ Симономъ предосторожностей и не посредствомъ его инструментовъ, а другими не соответствующими цѣли; поэтому указываемый имъ неблагоприятный результатъ не можетъ нисколько вредить достоинству Симоновскаго метода. При очень большихъ камняхъ и значительной чувствительности мочевого пузыря, при экстирпации опухолей, сидящихъ такъ высоко въ боковыхъ отдѣлахъ пузыря, что доступъ къ нимъ черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ недостаточенъ, наконецъ при операціи вышечно-пузырныхъ фистулъ, которыя не могутъ быть излечены прижиганіями, послѣ расширенія мочеиспускательнаго канала, необходимо бываетъ прибѣгнуть къ описанному выше Т—образному разрѣзу мочевого пузыря.

Симсъ, Эммертъ, Веземанъ, Симпсонъ, Хегаръ и Симонъ пользовались этимъ послѣднимъ также при очень упорномъ катаррѣ мочевого пузыря съ изъязвленіемъ слизистой оболочки, съ цѣлью предупредить застываніе разложившейся мочи въ пузырь. Симонъ впрочемъ замѣчаетъ, что полученные имъ результаты были такого рода, что онъ все еще смотритъ на эту операцію при такомъ показаніи, какъ на попытку.

§ 10. Выѣтъ съ расширеніемъ мочеиспускательнаго канала до той степени, когда становится возможнымъ ввести въ мочевой пузырь, кромѣ пальца,

Рис. 7.



еще и инструментъ, г. Симонъ ввелъ въ практику еще новый методъ изслѣдованія, отъ котораго ожидалъ большой пользы при болѣзняхъ мочеточниковъ

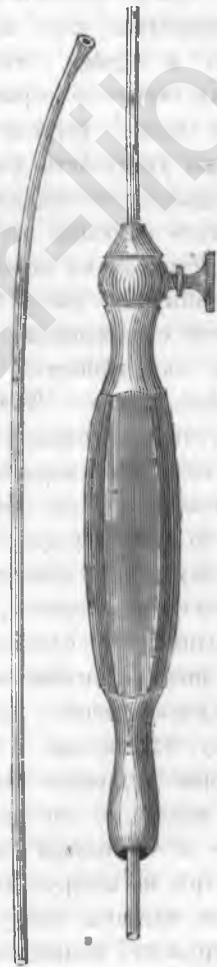
и почезъ: мы говоримъ о зондированіи и катетеризаціи мочеточниковъ. Для этого отыскиваютъ отверстія мочеточниковъ, лежащія на разстояніи приблизительно 1 дюйма отъ рѣзко обозначеннаго пузырьнаго устья мочеиспускательнаго канала, на такъ называемой *lig. interuretericum* (рис. 7); находятъ собственно плотный валикъ на разстояніи 1, 25 — 1, 60 цтм. отъ средней линіи, самыя устья не прощупываются. Фиксируя этотъ валикъ указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, можно довести до него пуговку тонкаго зонда и тогда, отводя его ручку къ сторонѣ противоположной тому мочеточнику, который хотятъ зондировать, и направляя ее къ лонной дугѣ, можно легкимъ движеніемъ впередъ ввести его въ просвѣтъ мочеточника. Вхожденіе зонда контролируютъ кончикомъ пальца, ощущая край устья мочеточника вокругъ инструмента. Имѣя зондъ достаточной длины, можно продвинуть его вверхъ до почечной лоханки; для этого подвигаютъ зондъ впередъ сперва изнутри внаружи на 7—8 цтм., затѣмъ, дойдя до востянаго края тазоваго входа, направляютъ ручку его къ внутренней сторонѣ бедра, соответствующаго зондируемому мочеточнику, и внизу, такъ что передняя часть инструмента принимаетъ направленіе, параллельное позвоночному столбу; пуговка зонда должна быть направлена болѣе въ сторону брюшныхъ покрововъ, тогда онъ легко проникаетъ въ почечную лоханку. Симонъ устроилъ для этой цѣли два инструмента (рис. 8 и 9), мочеточниковый зондъ и катетеръ; они имѣютъ въ длину 25 цтм. и не гнутся, потому что трубчковой изъ мягкаго металла нельзя выровнять изгиба, образуемаго мочеточникомъ на пути отъ своего пузырьнаго отверстія до края тазоваго входа. Симонъ произвелъ эту операцію 17 разъ у 11 различныхъ женщинъ, 9 разъ зондированіе и 8 катетеризацію; всѣ онѣ перенесли операцію безъ малѣйшаго вреда. Послѣ этого онъ не имѣлъ больше случая испробовать катетеризацію мочеточниковъ на больныхъ, но полагаетъ, что зондированіе можетъ служить для точнаго распознаванія камней въ мочеточникахъ и даже въ почечной лоханкѣ, а также, что можно достигнуть выгодныхъ результатовъ, если моча будетъ выводиться прямо изъ почки наружу, не проходя сперва черезъ мочевой пузырь. Можно будетъ заблаговременно вырѣзывать или извлекать камни, прощупанные въ пузырьномъ отдѣлѣ мочеточника, или, если они лежатъ вблизи его лоханочнаго отверстія, то ихъ можетъ быть удастся протолкнуть назадъ въ почечную лоханку. Быть можетъ, можно будетъ также расширять стриктуры и посредствомъ катетера выпускать жидкость изъ почечной лоханки въ тѣхъ нерѣдкихъ случаяхъ водянки этого органа (*Hydronephrosis*), когда, при полной проходимости мочеточника, его лоханочное отверстие какъ бы захлопывается клапаномъ. Но на эти слишкомъ пылкія надежды приходится отвѣтить слѣдующими соображеніями: зондированіе гесп. катетеризація конечно не всегда будетъ обходиться безъ вредныхъ послѣдствій; такъ какъ для выравниванія упомянутаго изгиба необходимо болѣе или менѣе значительное насиліе, то могутъ происходить раненія слизистой оболочки, а при различныхъ направленіяхъ канала даже прободеніе мочеточника, именно при стриктурахъ, суженіяхъ и смѣщеніяхъ мочеточника опухолями (со стороны матки, рубца, яичниковъ, таза и т. д.), напр. при быстрыхъ движеніяхъ пациентокъ, когда наркозъ не глубокъ, при сильной рвотѣ во время наркоза—все это возможности,

до такой степени важна въ сравненіи съ неиспытанными еще выгодами, что онѣ настоятельно требуютъ величайшей осторожности. Къ счастью страданія, при которыхъ можетъ быть показана эта операція, встрѣчаются такъ рѣдко, что нечего опасаться частыхъ злоупотребленій ею. Ниже мы въ своемъ мѣстѣ укажемъ на ту выгоду, которую во всякомъ случаѣ можетъ доставить мочеточниковый катетеръ при операціи пузырьно-мочеточниково-влагалищной фистулы. Впрочемъ я долженъ сознаться, что до сихъ поръ, хотя я почти каждый разъ, когда мнѣ приходилось расширять моченспускательный каналъ, старался пропикнуть Симоновскимъ зондомъ въ просвѣтъ того или другаго мочеточника, мнѣ, несмотря на большое терпѣніе, еще ни разу не посчастливилось въ самомъ дѣлѣ отыскать зондомъ этотъ каналъ.

Рис. 8.



Рис. 9.



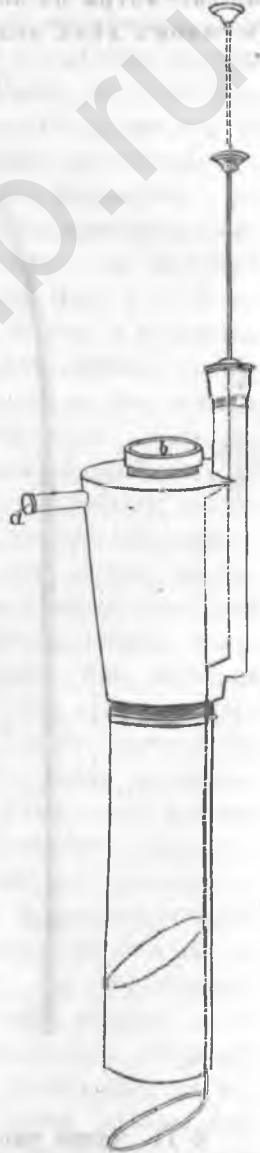
§ 11. Давно уже дѣлались попытки помощью известныхъ аппаратовъ направлять свѣтъ въ женскій моченспускательный каналъ и мочевой пузырь, чтобы имѣть возможность изслѣдовать болѣзни этихъ органовъ по-



средством зрѣнія. Такъ Грюнфельдъ употреблялъ для этой цѣли прямыя трубы различныхъ размѣровъ съ воронкообразнымъ расширеніемъ на переднемъ концѣ и косвенно укрѣпленнымъ зеркаломъ на заднемъ, и утверждалъ, что съ такимъ зеркаломъ можно различать самыя тонкія оттѣнки цвѣтовъ въ пузырьѣ и мочеиспускательномъ каналѣ на пространствѣ 4—5 цтм. Ультцманъ и Фюртъ подтвердили это заявленіе. Съ зеркалами, которыя употребляетъ Симонъ, можно также при помощи керосинового или газоваго пламени хорошо освѣтить часть задней стѣнки мочеваго пузыря, а передвигая зеркало въ различныхъ направленіяхъ, осматрѣть различныя ея точки.

Но этими зеркалами нельзя безъ дальнѣйшихъ приспособленій ввести въ поле зрѣнія переднія и боковыя части слизистой оболочки мочеваго пузыря; далѣе, при такомъ способѣ изслѣдованія невозможно оріентироваться, такъ какъ пузырь при этомъ сокращенъ и задняя стѣнка его прилежитъ къ задней отвѣстію зеркала. Это навело Рутенберга на идею — растянуть пузырь; онъ попробовалъ сперва употребить для этой цѣли воду, но скоро убѣдился, что воздухъ представляетъ среду гораздо болѣе удобную по своей большей прозрачности, и устроилъ на этомъ основаніи аппаратъ, изображенный на рис. 10. Онъ состоитъ изъ самаго speculum съ крышками, изъ насадки съ окномъ, которая навинчивается на speculum, и вводимыхъ въ него зеркаль. Чтобы при данномъ объемѣ трубки получить возможно большій просвѣтъ, она сдѣлана не изъ вулканизированнаго каучука, какъ Симоновскія зеркала, а изъ нейзильбера, также какъ и насадка: толщина передняго и задняго концовъ одинакова, внутренній діаметръ=19 миллим., толщина металлической стѣнки= $\frac{1}{2}$  миллим., длина зеркала 15-ю миллиметрами больше Симоновскихъ, для того, чтобы при навинчиваніи насадки осталось мѣсто для удерживающихъ пальцевъ. Насадка имѣетъ въ длину 44 миллим. и снабжена при в окномъ, въ которое вставлено чистѣйшее стекло толщиной въ 3 миллим. и 16 миллим. въ поперечникѣ, а при а—трубочкой съ просвѣтомъ 5 миллим. въ діаметрѣ, на которую надѣвается каучуковый рукавъ для вдунанія воздуха. При употребленіи этого инструмента пациентка, если ея мочеиспускательный каналъ не былъ предварительно расширенъ, должна быть приведена въ состояніе глубокаго наркоза, который нужно поддерживать во все время изслѣдованія. Такъ какъ раздуваніе пузыря въ высшей степени болѣзненно и брюшной прессѣ и

Рис. 10.



мускулатура пузыря сильно мѣшаются дѣлу своими соvrращеніями, то наркозъ нуженъ и въ томъ случаѣ, если мочеиспускательный каналъ былъ предварительно расширенъ. Пациентка приводится въ лежачее на спинѣ положеніе, два ассистента фиксируютъ бедра; послѣ расширенія мочеиспускательнаго канала толстѣйшимъ изъ Симоновскихъ зеркалъ, вводятъ зеркало изъ нейзильбера, опорожнивъ предварительно вполнѣ мочевой пузырь. Теперь привинчиваютъ насадку, сперва безъ зеркала, согрѣвъ только окно на спиртовой лампѣ, такъ какъ безъ этого оно скоро потускнѣетъ и потеряетъ прозрачность. Затѣмъ одинъ изъ держащихъ бедра ассистентовъ, изо всей силы вдывая воздухъ въ поданный ему каучуковый рукавъ, постепенно раздуваетъ пузырь. Это вдваніе можно также производить посредствомъ воздушнаго аппарата, который употребляется для производства Листеровской струи (Spray), приспособивъ его для вталкиванія воздуха. Другой ассистентъ держитъ надъ симфизомъ источникъ свѣта (плоскую газовую горѣлку, повѣшанную надъ больною); свѣтъ направляется въ пузырь посредствомъ обыкновеннаго вогнутаго зеркала, такого же, какія употребляются при изслѣдованіи гортани. Поворачивая зеркало въ разныя стороны, можно ясно видѣть большую часть задней и задней нижней стѣнки мочеваго пузыря; если же хотять осмотрѣть и остальные части, то необходимо ввести зеркальце; для этого конечно нужно отвинтить насадку и зеркальце предварительно нагрѣть. Изслѣдуя пузырь на живомъ субъектѣ, Рутенбергъ нашелъ, что задняя стѣнка его въ нерастанутомъ состояніи имѣла грязный сѣро-красный цвѣтъ, который мѣшалъ разглядѣть что либо, кромѣ грубыхъ складокъ и неясно замѣтныхъ развѣтвленій сосудовъ; но какъ только впущенная струя воздуха оттѣснила стѣнку назадъ, что можно было очень хорошо прослѣдить глазомъ, какъ сѣрый оттѣнокъ сталъ постепенно замѣняться болѣе яркимъ краснымъ цвѣтомъ, и сквозь напряженный прозрачный эпителиальный покровъ стали видны тончайшія и нѣжнѣйшія развѣтвленія сосудовъ, проходящихъ по перекладинамъ мышечной оболочки. По направленію ко дну пузыря окраска слизистой оболочки становилась темнѣе, сѣтъ сосудовъ гуще, и сквозь слизистую оболочку стали чаще просвѣчивать перецветающія мышечныя перекладки. Рутенбергу ни разу не удалось увидѣть устье мочеточника, не вводя въ него зонда, но ходъ этого послѣдняго былъ ясно видѣнъ подъ слизистой оболочкой.

Какъ ни прекрасенъ эффектъ этого способа освѣщенія слизистой оболочки мочеваго пузыря, всетаки остается вопросъ, не заключаетъ ли онъ въ себѣ чего нибудь опаснаго? Прежде всего можно бы опасаться, что, находясь въ пузырьѣ подъ высокимъ давленіемъ, воздухъ можетъ проникнуть въ мочеточники и даже въ почечныя лоханки и вызвать въ нихъ воспаленіе (Pyelitis или Pyelonephritis)—заболѣваніе, во многихъ случаяхъ весьма опасное для жизни. Я пользовался Рутенберговскимъ способомъ въ десяти случаяхъ, у нѣкоторыхъ пациентовъ даже повторно. Въмѣсто плоской газовой горѣлки, я употреблялъ какъ источникъ свѣта обыкновенную низенькую керосиновую, круглую горѣлку, поставленную на лобокъ; доставляемое ею количество свѣта совершенно достаточно, какъ я имѣлъ случай показать многимъ моимъ товарищамъ на собраніи естествениспытателей въ Гамбургѣ. При моихъ изслѣдованіяхъ я нашелъ, что методъ Рутенберга совершенно безопасенъ, даетъ превосходныя изображе-

нія и легко усваивается; поэтому я приветствую его, какъ весьма цѣнный шагъ впередъ для діагноза болѣзней мочевого пузыря.

Между тѣмъ, былъ поднятъ вопросъ—къ чему вообще нуженъ этотъ методъ, когда можно ощупать пальцемъ всю внутреннюю поверхность мочевого пузыря и осмотрѣть при помощи простыхъ зеркалъ значительную поверхность его слизистой оболочки. Но вѣдь нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что гдѣ можно пользоваться при изслѣдованіи осязаніемъ и зрѣніемъ, тамъ это послѣднее доставляетъ всегда болѣе точныя данныя; притомъ, не всѣ болѣзненные состоянія можно распознать осязаніемъ, тогда какъ зрѣніемъ они узнаются очень легко—напр. гипереміи плоскіе, абсцессы, дифтеритическіе струпы. Далѣе охватывающая палецъ стѣнка мочевого пузыря представляетъ всетаки нѣкоторыя затрудненія для тонкаго всесторонняго ощупыванія, а черезъ проведенныя въ пузырь зеркала видна только сложенная въ складки слизистая оболочка; если же ввести черезъ цилиндръ маленькое металлическое зеркало и прижать его къ задней стѣнкѣ, чтобы осмотрѣть переднюю, то слизистая оболочка тотчасъ со всѣхъ сторонъ охватываетъ зеркало своими складками, закрываетъ его поверхность и дѣлаетъ ее тусклою. Поэтому необходимо растянуть пузырь, если хотятъ имѣть ясную картину, въ особенности передней стѣнки; кромѣ того, растяженіе представляетъ ту выгоду, что при немъ можно безъ труда передвигать введенное въ пузырь металлическое зеркало во всѣ стороны, нисколько не повреждая слизистой оболочки. — До сихъ поръ мнѣ еще не удавалось увидѣть черезъ зеркало устья мочеточниковъ въ расширенномъ пузырьѣ. — Наконецъ, такъ какъ къ несущему зеркальце металлическому стержню можно прикрѣпить висточку или губочку, пропитанную лекарственными веществами, то этотъ методъ даетъ еще возможность прикладывать эти вещества прямо къ заболѣвшему мѣсту слизистой оболочки пузыря, не задѣвая всей остальной ея части. Такимъ образомъ, методъ Рутенберга несомнѣнно имѣетъ будущность.

§ 12. Матвѣй Дунганъ употребляетъ для осмотра слизистой оболочки мочевого пузыря обыкновенныя стеклянныя зеркала, довольно значительнаго калибра, косо срѣзанныя и притупленныя на концѣ.

§ 13. Изъ авторовъ, занимавшихся изслѣдованіемъ мочевого пузыря послѣ расширенія мочеиспускательнаго канала, одинъ только W. Nöggerath говоритъ, что за расширеніемъ всегда слѣдуетъ болѣе или менѣе сильная реакція, состоящая въ томъ, что наступаетъ то задержаніе мочи, то жжение и жаръ въ мочеиспускательномъ каналѣ и наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ, то катарръ пузыря и—правда очень рѣдко — появляются вслѣдствіе этого сильныя боли въ нижней части живота и даже происходитъ возвратъ периметрита. Я также нѣсколько разъ наблюдалъ послѣ изслѣдованія по описаннымъ методамъ жжение, боли, болѣзненное мочеиспусканіе, однажды ясно выраженный катарръ мочевого пузыря; но я могу положительно утверждать, что эти дурныя послѣдствія обыкновенно вполне устраниются въ нѣсколько дней промываніемъ мочевого пузыря посредствомъ Хегаровской воронки; стало быть, хотя эти способы изслѣдованія и бываютъ иногда сопряжены съ невыгодными послѣд-

ствіями, всетаки дѣйствительной опасности отъ нихъ опасаться нечего: ея можно избѣжать, и въ виду тѣхъ выгодъ, которыхъ можно при этомъ достигнуть, перечисленныя выше невыгоды имѣютъ мало значенія.

§ 14. Намъ остается упомянуть еще объ одномъ инструментѣ для изслѣдованія содержимаго мочевого пузыря, дающемъ возможность распознать ненормальное содержимое его зрѣніемъ безъ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала. Я говорю о зондѣ, предложенномъ В. Дональдсомъ Напиромъ; клювообразный кончикъ этого зонда покрытъ слоемъ чистаго свинца, который можно отполировать при помощи кусочка кожи такъ гладко и чисто, что онъ становится чрезвычайно чувствительнымъ къ соприкосновенію съ твердымъ тѣломъ. Этотъ кончикъ обмакиваютъ въ 1% растворъ адскаго камня, отчего поверхность его покрывается совершенно чернымъ налетомъ, на которомъ самое легкое прикосновеніе посторонняго тѣла оставляетъ совершенно ясный отпечатокъ. Передъ употребленіемъ инструмента нужно убѣдиться черезъ дуну, что на кончикѣ его нѣтъ никакихъ отпечатковъ и неровностей.

§ 15. Изслѣдованіе мочевого пузыря посредствомъ манометра, на которое первый обратилъ особенное вниманіе Шатцъ, было въ послѣднее время предметомъ работъ Хегара, Одебрехта и Дюбуа. Дюбуа примѣнялъ также методъ Шатца, т. е. вводилъ въ пузырь металлическій или эластическій катетеръ и сообщалъ его посредствомъ каучуковой трубки съ прямою, длиною, стеклянною трубкою, длиною около 150 цтм. Масштабъ съ дѣленіями, нуль котораго совпадалъ съ уровнемъ симфиза, показывалъ высоту столба мочи надъ послѣднимъ, слѣдовательно выражавшую давленіе, подъ которымъ находилась моча въ пузырьѣ. Но скоро оказалось, что уровень темени пузыря не всегда совпадаетъ съ высотой симфиза; такъ напр. въ одномъ случаѣ оно поднялось до верхняго края симфиза только когда наполненіе пузыря дошло до 400 цтм. За вычетомъ этихъ высотъ оказалось, что давленіе въ пузырьѣ имѣетъ приблизительно постоянную величину и при каждомъ обыкновенномъ вдыханіи, независимо отъ возраста и пола, поднимается на 1—2 цтм., а во время выдыханія на столько же падаетъ. Доходя въ лежачемъ положеніи до 10—15 цтм. оно въ стоячемъ поднимается до 30 — 40, а при смѣхѣ, кашлѣ и произвольномъ напряженіи брюшнаго пресса—до 50—150. Давленіе въ 10—15 цтм., по мнѣнію Дюбуа, болѣе или менѣе независимо отъ давленія въ сосѣднихъ органахъ или въ брюшной полости и служитъ только выраженіемъ напряженія, которое эластическій мышечный мѣшокъ, пузырь, передаетъ своему содержимому. Въ доказательство приводились слѣдующіе факты: вопервыхъ, на трутѣ съ вынутыми внутренностями давленіе въ мочевомъ пузырьѣ оказалось=10 цтм. и обуславливалось, очевидно, эластичностью пузыря; далѣе, измѣримое давленіе въ прямой кишкѣ оказалось относительно независимымъ отъ давленія въ пузырьѣ, такъ какъ оно оставалось почти неизмѣннымъ въ то время, когда давленіе въ пузырьѣ постоянно падало по мѣрѣ его опорожненія; кромѣ того, послѣ выпущенія значительнаго количества водяночной жидкости изъ полости

живота, причемъ давленіе въ этой послѣдней унало до нуля, въ пузырь оно все еще доходило до 20—25 цтм.; наконецъ, въ одномъ случаѣ *cystocele vaginalis* при выпаденіи матки, гдѣ брюшное давленіе исключалось, такъ какъ самое глубокое вдыханіе не оказывало больше никакого вліянія на высоту водянаго столба, давленіе въ пузырь, содержащемъ 150 цтм. мочи, равнялось 10 цтм. и только тогда подыалось до 20 цтм. при жиленіи паціентки, когда вышкі были вдавлены въ мѣшокъ, образовавшійся изъ рукава. Несмотря на это, внутри-брюшное давленіе конечно имѣетъ большое вліяніе на давленіе въ пузырь и это послѣднее значительно повышается при брюшной водянкѣ и метеоризмѣ. Дюбуа констатировалъ замѣтное пониженіе его при болѣзняхъ спиннаго мозга, мѣлитѣ, переломахъ позвонковъ, даже при полномъ параличѣ мочевого пузыря и брюшныхъ мышцъ, но всегда находилъ, что оно было положительное, и не могъ ни разу получить отрицательное давленіе посредствомъ сильнаго надавливанія на животъ и быстрого превращенія этого надавливанія, какъ утверждалъ Одебрехтъ. Этотъ авторъ объясняетъ прониканіе воздуха въ пузырь черезъ катетеръ присасываніемъ (*aspiratio*); Дюбуа же считаетъ причиной вхожденія воздуха въ катетеръ и въ мочевой пузырь слишкомъ низкое опусканіе выходнаго конца катетера *resp.* колебаніе давленія въ струѣ мочи, причемъ пузырьки воздуха захватываются между жидкостью и стѣнками катетера и, по законамъ плотности, поднимаются вверхъ до самаго пузыря. Изъ этого вытекаетъ практически важное правило при катетеризаціи—не опускать слишкомъ низко наружный конецъ катетера, когда же, желая быстро опорожнить пузырь, накладываютъ руку на животъ, то удалять инструментъ раньше прекращенія давленія, или же закрывать пальцемъ его переднее отверстіе.

Въ одномъ случаѣ Одебрехтъ дѣйствительно констатировалъ въ пузырь давленіе ниже атмосфернаго, это когда основаніе пузыря было на значительномъ протяженіи срощено съ ближайшими частями брюшины, такъ что образовалось влеченіе по направленію длины органа и растяженіе его въ этомъ направленіи. Такъ какъ и матка также была срощена съ пузыремъ, а опыты показали, что съ отгѣсненіемъ задней стѣнки рукава книзу при положеніи на спинѣ давленіе въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ понижается потому, что онъ лишается опоры и опускающаяся глубже внизъ матка тянетъ также и пузырь, — то давленіе въ этомъ органѣ было весьма значительно понижено вслѣдствіе того, что стѣнки его уступали влеченію, дѣйствовавшему на нихъ со всѣхъ сторонъ. Не мѣшаетъ замѣтить, что аналогичное этому явленіе получается при введеніи пальца или клистирной трубки въ задній проходъ: при послѣдующемъ отхожденіи газовъ и жидкостей передняя стѣнка прямой кишки опускается на заднюю, матка при положеніи на спинѣ также опускается глубже внизъ и опять таки тянетъ за собою пузырь и тѣмъ уменьшаетъ въ немъ давленіе. — Не подлежитъ однако сомнѣнію, что хотя на основаніи изложеннаго нужно допустить возможность появленія отрицательнаго давленія въ мочевомъ пузырьѣ, оно встрѣчается чрезвычайно рѣдко и только благодаря совпаденію весьма многочисленныхъ моментовъ. Изъ того что было сказано выше мы выводимъ, что изслѣдованіе давленія въ мочевомъ пузырьѣ при нормальномъ и болѣзненномъ состояніи можетъ имѣть весьма важное значеніе и что оно

тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія въ практикѣ, что не представляется настолько обременительнымъ для пациентки, чтобы стоило объ этомъ говорить.

§ 16. Наконецъ, мочевой пузырь можно изслѣдовать еще помощью постукиванія и выслушиванія. Рутенбергъ при надуваніи пузыря воздухомъ нашелъ, что онъ переноситъ весьма высокое давленіе, не вызывая при перкуссіи рѣзко выраженаго тимпаническаго тона надъ лопной дугой. Замѣтно притупленіе звука надъ входомъ въ тазъ, обусловливаемое присутствіемъ жидкости въ пузырь, зависитъ кромѣ количества ся также отъ положенія пузыря и отъ выпуклости и толщины брюшныхъ покрововъ. При высшихъ степеняхъ растяженія притупленіе простирается выше пупка и по формѣ походитъ на дыню. Введеніе катетера можетъ вызвать двоякаго рода аускультативныя явленія: звонкій шумъ, возникающій при столкновеніи металла съ мочевыми камнями, и влоочущій шумъ при входѣ воздуха, когда, при существующихъ обширныхъ срощеніяхъ темені мочеваго пузыря съ сосѣдними участками брюшины, органъ былъ опорожненъ посредствомъ сдавленія; шумъ возникалъ во время прекращенія давленія.

При болѣе сильномъ наполненіи органа — а оно можетъ доходить приблизительно до 4000 грм.—его можно изслѣдовать ощупываніемъ черезъ брюшные покровы, а при гипертрофії и различныхъ заболѣваніяхъ стѣновъ иногда удается прощупать на нихъ прямо снаружи утолщенія, бугры и неровности даже послѣ совершеннаго опорожненія пузыря.

И такъ мы видимъ, что изслѣдованіе женскаго мочеваго пузыря именно въ новѣйшее время достигло высокой степени совершенства; мы не ограничиваемся болѣе ощупываніемъ наружной поверхности органа и изслѣдованіемъ его содержимаго микроскопомъ и химическими реагентами, а можемъ съ большою точностью ощупать и осмотрѣть его внутреннюю поверхность, что даетъ намъ гораздо лучшіе шансы для полнаго устраненія его заболѣваній. Кромѣ того, этими новыми способами изслѣдованія уже воспользовались для леченія черезъ пузырь болѣзней органовъ, лежащихъ тотчасъ за нимъ—матки широкихъ маточныхъ связокъ, трубъ и личинокъ (Неггератъ).

#### ГЛАВА IV.

### Статистическія изслѣдованія отдѣльныхъ заболѣваній мочеиспускательнаго канала и пузыря у женщинъ.

§ 17. При рѣшеніи вопроса, какъ часто встрѣчаются заболѣванія отдѣльныхъ органовъ, необходимо руководствоваться частью отчетами большихъ врачебныхъ заведеній, частью монографіями специалистовъ, частью наконецъ таблицами смертности разныхъ государствъ. Отчеты большихъ больницъ болѣею частью не достаточно полны въ этомъ отношеніи и далеко не постоянны для

того, чтобы составить себѣ полную картину. Такъ въ отчетахъ Общей и Рудольфштатской больницъ въ Вѣнѣ за 1874 годъ, а также и королен. Шарите въ Берлинѣ за 1874 г. приведены только слѣдующія формы заболѣваній мочеиспускательнаго канала и пузыря:

	Общая Больница.		Рудольфшт. Госпиталь.		Шарите.	
	мужч.	женщ.	мужч.	женщ.	мужч.	женщ.
Catarrhus vesicae urin. у	22.	3 . . . . 4	—	1	—	—
Cystitis " " "	6.	4 . . . . 1	—	—	17	10
Paresis " " "	4.	— . . . . 1	—	—	—	—
Dysurie " " "	1.	— urethritis —	—	2	—	—
Enuresis continua " "	4.	— . . . . —	—	1 nocturna	1	1
Retentio urinae " "	4.	— . . . . —	—	—	1	—
Incontinentia urinae " "	—	— . . . . —	—	—	6	1
Haematurie " "	3.	— . . . . 1	—	—	2	—
Strictura urethrae " "	42.	— . . . . 8	—	—	13	—
Fistula " " "	8.	— . . . . 2	—	—	2	—
Ruptura " " "	—	— . . . . —	—	—	1	—
Lithasis " " "	29.	1 . . . . —	—	1	—	—
Fistula vesico—vaginalis	—	17 . . . . —	—	2	—	3
" " abdominalis	—	— . . . . —	—	—	—	1
<hr/>						
Всего 183 мужчинъ и 48 женщинъ						
изъ 25733 " " 16097 "						
== 0,7% == 0,3%						

Числа эти съ нѣкоторою пользою могутъ служить только для сравненія, какія болѣзни чаще встрѣчаются у мужчинъ и какія у женщинъ, потому что число поступающихъ въ больницы мужчинъ и женщинъ весьма различно. Изъ нихъ мы видимъ, что заболѣванія мочеиспускат. канала и пузыря встрѣчаются у женщинъ гораздо рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Было бы ошибочно выводить изъ приведенныхъ выше чиселъ, что около 0,4% всѣхъ больныхъ одержимы были названными болѣзнями (въ Шарите въ Берлинѣ: 59 изъ 15013, въ Рудольфшотатскомъ госпиталѣ: 24: 6254, въ Общей больницѣ 141: 20563).

§ 18. Точно также должно осторожно пользоваться статистическими данными нѣкоторыхъ специалистовъ, какъ напр. писавшихъ о пузыре-влагалищныхъ свищахъ, — Симона, Сима, Боземонна и др., — потому что къ нимъ попадаетъ много такихъ случаевъ, излеченіе которыхъ другимъ не удалось; полученные ими результаты, какъ въ отношеніи частоты, такъ и причинъ и даже формъ заболѣваній, будутъ весьма различны, смотря по разнообразію условій тѣхъ странъ, откуда они получили своихъ больныхъ. Отдѣльныя монографіи, въ которыхъ авторами ихъ собраны всѣ доступные имъ изъ литературы случаи, также не удовлетворяютъ цѣли, потому что въ нихъ не помѣщены обыкновенные случаи; а изъ приводимыхъ случаевъ указано только на болѣе выдающіяся особенности ихъ; болѣе рѣдкія наблюденія не могутъ принести пользы по своей неполнотѣ. Приведемъ примѣръ: такъ въ прекрасномъ сочиненіи Ед. Ф. Буке о леченіи моче-пузырныхъ свищахъ у женщинъ

посредствомъ вторичнаго соединенія (Paris 1875), какъ о причинахъ фистуль упоминается только вскользь о родахъ, причеъ ничего не сказано, — были они трудные, продолжительные или искусственные. Это вѣроятно можно объяснить тѣмъ, что авторы, наблюдавшіе эти случаи, ограничились краткими сообщеніями. Далѣе въ томъ же сочиненіи мы находимъ, что изъ 204 фистуль только 8% отнесены къ непуэрперальнымъ; это понятно, потому что авторъ заботился преимущественно только о леченіи фистуль, и не обратилъ вниманія на неизлѣчимые случаи, т. е. на тѣ, которые произошли отъ эпителиомы. Такимъ образомъ такія монографіи намъ не дадутъ даже точныхъ статистическихъ данныхъ. Не смотря на это, онѣ все таки служатъ лучшими источниками для учебниковъ, и не могутъ быть обойдены при изложеніи отдѣльныхъ главъ.

§ 19. Мнѣ извѣстна только одна статистика смертности, дающая хоть нѣкоторые данныя, а именно статистика медиц. округа Мейссенъ за 1868—1872, въ которой изъ 58406 больныхъ — было 353 — болѣзни почекъ, 299 — пузыря и 577 бленнорей мочеиспускат. канала; такъ что болѣзни мочевого пузыря встрѣчались чаще болѣзней почекъ: 0,68%. (Jahresber. des K. S. Landes Med. Colleg. pro 1874, Leipzig H. Vogel 1875). Чѣмъ болѣе мы обращаемъ вниманіе на извѣстныя аномаліи, тѣмъ чаще мы ихъ находимъ. Въ моихъ замѣткахъ о 3775 больныхъ женщинахъ, означены 246 случаевъ или 6,5% съ болѣзнями мочеиспускат. канала и пузыря, изъ нихъ 118 или 15% приходится на долю послѣднихъ 776 больныхъ. *Cystocele vaginalis* встрѣтилось приблизительно 68 разъ, т. е. 27%; что достойно замѣчанія потому, что при вскрытіяхъ (см. ниже) весьма рѣдко замѣчаемы были смѣщенія пузыря.

§ 20. Еще менѣе удачны будутъ поиски наши въ отношеніи заболѣваній мочеv. пузыря и его канала въ статистическихъ таблицахъ смертности. Такъ наприимѣръ въ 1874 году въ Вѣнѣ изъ 17316 умершихъ, только 39 умерли отъ болѣзней мочевыхъ органовъ, изъ нихъ 33 мужчины и 6 женщинъ, т. е. всего 0,2% (Innhauser—Nusser Jahresber. des Wiener Stadtphysikates pro 1874, Wien Braumüller 1875).

Съ цѣлью получить болѣе точныя цифры и сдѣлать болѣе вѣрные статистическіе выводы, я обратился къ прозектору Дрезденской городской больницы г. Бирхъ—Гиршфельдъ, предоставившій въ мое распоряженіе протоколы его института.

Въ Дрезденской городской больницѣ съ 1851 года, т. е. въ 25 лѣтъ, сдѣлано было 6861 вскрытій, а именно: 4147 мужскихъ и 2714 женскихъ тѣлъ. Въ 209 случаяхъ послѣднихъ не было точныхъ протоколовъ вскрытій, такъ что мы могли воспользоваться для нашихъ цѣлей только 2505 вскрытіями женскихъ тѣлъ.

Изъ нихъ въ 175 случаяхъ или 7% отмѣчены страданія мочеиспускат. канала и пузыря:

I. Заболѣванія мочеиспускат. канала: аномаліи формы, положенія, воспаленія и новообразованія по 1 разу=4 раза=3,0%



II. Заболѣванія мочеv. пузыря:

а) Аномаліи формы (приобрѣтеныя) . . . . .	10 разъ=5,7%.
Образованія заворотовъ (Divertikelbildung) . . . . .	4 "
Расширенія . . . . .	5 "
Рубцы . . . . .	1 "
б) Фистулы насльственный 2, произвольныя при карциномахъ 36; 38=25,7%	
в) Смѣщенія . . . . .	0 "
д) Воспаленія . . . . .	68 разъ=38,3%
Гиперемія . . . . .	4 раза
Кровотеченія и подтеки . . . . .	21 "
Катарры . . . . .	16 "
Cystitis purulenta . . . . .	6 "
" diphtheritica . . . . .	4 "
" serosa . . . . .	4 "
Язвы на внутренней поверхности . . . . .	2 "
Абсцессы въ стѣнкахъ пузыря . . . . .	4 "
Cystitis chronica . . . . .	4 "
Отекъ стѣнокъ . . . . .	1 "
Pericystitis . . . . .	2 "
е) Новообразованія . . . . .	45 " =21,7%
Sarcinoma vesicae . . . . .	37 разъ
(Кромѣ проробдающихъ)	
Tuberculosis . . . . .	4 "
Мышечная гипертрофія . . . . .	4 "
ф) Разстройствa отправления . . . . .	6 " =4,0%
Incontinentia . . . . .	3 раза
Параличь . . . . .	3 "
г) Ненормальное содержимое . . . . .	13 " =7,4%
Каменистые конкременты въ слизистой оболочкѣ пузыря . . . . .	7 "
Камни въ пузырькѣ . . . . .	6 "

Изъ послѣднихъ 150 вскрытій женщинъ, въ которыхъ было обращено особенное вниманіе на состояніе названныхъ органовъ, мой ассистентъ д-ръ Мевистъ и я, мы нашли 32 случая, т. е. 20% аномалій мочеv. пузыря, а именно: 1, Сращеніе между пузыремъ и маткою 17 разъ; 2, Завороты пузыря 3 раза; 3, Пузырь-влагалищныя грыжи 5 разъ; 4, Расширеніе мочеv. пузыря 3 раза; 5, Гипертрофія пузыря 2 раза, 6, Изъявленіе пузыря 4 раза, въ томъ числѣ 2 туберкулезнаго свойства, и 7, Камни моч. пузыря 1 разъ. Сравнивая это число съ числомъ, приведеннымъ мною выше въ § 19; то при совпадении, можно утверждать, что аномаліи мочеv. пузыря и капала встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ вообще предполагали, а именно 15—20% изъ всѣхъ случаевъ женскихъ болѣзней.

## ОТДѢЛЪ I.

### Аномаліи и заболѣванія женскаго мочеиспускательнаго канала.

#### ГЛАВА I.

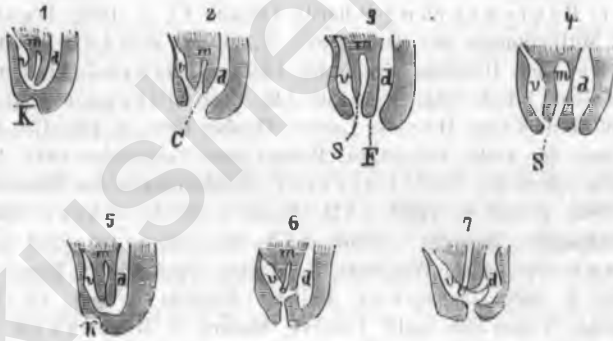
#### Аномаліи развитія женскаго мочеиспускательнаго канала.

**Литература.** v. Baerensprung: Charité-Annalen VI. 1. 1855. Basler: Prolaps der Urethra. Aerztl. Mittheilungen aus Baden 1873. S. 20, 21. Beigel: Krankheiten der weibl. Genit. II. 649. Beigel: Deutsche Klinik 19. 1855. Billroth: Bau der Schleimpolypen. Berlin 1855. 5 Tafeln. Blot: Gaz. des hôpit. 129. 1871. Bourgoet: Gaz. des hôp. 1867. Nro. 140. p. 556. Braxton Hicks: Lancet. October 1866. p. 449, 479, 509. Englisch-J.: Retentionscysten der weibl. Harnröhre. Wiener med. Jahrbücher 1873. Heft 4. p. 441. v. Faber: Deutsche Klinik 52. 1857. Foerster: Missbildungen des Menschen mit Atlas. II. Ausgabe. Jena 1865. p. 128 u. Tafel XXII. Figur 8. 9. L. Fürst: Bildungshemmungen des Utero-Vaginalcanales. Mschrft. f. Gebk. XXX. 97—136 u. 161—225 u. Archiv f. Gynäkol. X. 167. Funk: Epispadie. Wochenbl. d. Wiener Aerzte 1870. Nro. 22. Gluge: Virchow-Hirsch 1870. I. 305. Guersant: Bulletin générale de théér. 15. Oct. 1866. Hartmann: angeborener Tumor der weibl. Urethra. Mschrft. f. Gebk. XXVII. 272—279. Hennig, C.: Jahrbuch f. Kinderkrankh. I. Nro. 1. 1868. C. L. Heppner: Hypospadie beim Weibe. Mschrft. XXVI. 400—428. Hofer: Zeitschrift f. Wundärzte u. Geburtshelfer. V. 3. 1852. Hussey: Brit. med. Journal. Jan. 18. 1868. Hutchinson: Lancet. Dec. 1874. Virchow-Hirsch f. 1874. II. 306. Kinney: Virchow-Hirsch Jahresbericht für 1871. II. p. 563. Kleinwächter: Epispadie bei einem 15 jähr. Mädchen. Mschrft. f. Geburtskunde. Bd. XXXIV. S. 81. Lewis: Amer. Journal of med. science. July 1875 (doppelte Harnröhre). Marsh: Virchow-Hirsch für 1874. II. 306. Meissner: Faruenzimmerkrankheiten I. 1. S. 313—325. Leipzig 1842. Meissner: Forschungen des 19. Jahrhunderts. Bd. III. S. 50—54. Middleton, M.: American Journal of med. Science. Jan. 1868. p. 69. v. Mosengeil: Langenbeck's Archiv XII. 2. p. 721—723. Neudörfer: Oestr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde IV. 36. 1858. Neugebauer: Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Stettin. 1863. Patron; Archives génér. Nov. Dec. 1857. Piachaud: Verengung der Urethra. Urethrotomie bei einer Frau. Gaz. des hôpit. 1866. Nro. 4. p. 14. Ponfick: Dilatation der Urethra bei Atresia vaginae. Beiträge der Ges. für Gebh. Berlin II. 97. Priestley: Brit. med. Journal. Jan. 2. 1869. Richard: Archives générales. Avril 1854. Richet: Gaz. des des hôpit. Nro. 6 64. 65. 1872. Ried: Bayrisches Correspondenzblatt Nro. 1. 1843. E. Rose:

(Atresia urethrae) Mtschrift. f. Geburtskunde. Bd. XXVI. 244—272. E. Rose: Harnverhaltung bei Neugeborenen. Mtschrift. für Gebk. XXV. 425—464. Schatz: Arch. f. Gynäkol. I. 12—23 u. III. 304—309. Schlesinger: Wiener ärztl. Wochenbl. 1868. Nro. 29. 30. Sichel: Schmidt's Jahrb. 84. 101. Sirius-Pirondi: Virchow-Hirsch f. 1866. II. Streubel: Prager Vierteljahrsschrift XI. 1. 1854. Uffelmann: Zur Anatomie der weibl. Harnröhre: Henle u. Pfeufer's Zeitschrift. 3 Reihe. XVII. p. 254. 1862. Veit: Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. II. Aufl. Erlangen 1867. p. 593—597. Verneuil: Gaz. de Paris 5. 1856. Vidal de Cassis: Schmidt's Jahrbücher II. 307—309.

§ 21. При правильномъ ходѣ развитія женскихъ дѣтородныхъ органовъ, уже на седьмой недѣлѣ зародышевой жизни, Мюллеровы протоки примыкаютъ къ ствѣнкѣ полового вала и впадаютъ въ моче-половую пазуху (Sinus urogenitalis). На десятой недѣлѣ происходитъ отдѣленіе кишечной отъ моче-половой системы вслѣдствіе образованія заднепроходно-влагалищной перегородки промежности (Septum recto—vaginale, Perinaeum). Мочиспускательнаго канала въ началѣ не существуетъ, онъ образуется лишь въ болѣе позднемъ періодѣ такимъ образомъ, что по мѣрѣ дальнѣйшаго развитія всѣхъ частей, отверстие мочевого пузыря превращается въ каналъ, изъ нижней половины котораго образуется Septum urethro-vaginale. (рис. 11). По мнѣнію Э. Розе, мочиспускательный каналъ возникаетъ изъ трехъ отдѣльныхъ участковъ, именно: изъ шейки пузыря,

Рис. 11.



v: Эмбриональная часть Allantois vesica. d: Хвостовая часть кишечнаго канала. m: Мюллеровы протоки. k: слѣпой мѣшою хвостовой покрывки. c: клоака. f: складка между кишкѣю и Allantois. S: Sinus uro-genitalis.

На рис. 5-й k. приходится не на кишкѣю, а на Allantois.

” ” 6, и 7—Мюллеровы протоки открываются въ пузырь.

” ” 6,—Atresia ani c. Artesia vaginae vesicalis.

По Шатцу (Archiv f. Gynäkol. I. 12).

дальше изъ наружнаго углубленія кожи, части головки дѣтороднаго уда и изъ выпятившейся изнутри внаружи части задняго конца кишечнаго канала и части маточнаго рукава, которая, —подобно тому, какъ Allantois,—вырастаетъ по направленію къ выводнымъ протокамъ нервичныхъ почекъ,—идетъ на встрѣчу части головки уда. Изъ углубившейся складки кожи образуется преддверіе, а

изъ выпятившагося послѣдняго участка виши—весь остальной мочеиспускательный каналъ.

Согласно этому, пороки развитія женскаго мочеиспускательнаго канала могутъ имѣть различное происхожденіе, а именно: или недостаетъ обоихъ участковъ (влагалищнаго и части головки уда) и тогда произойдетъ полный недостатокъ моч. канала (*Defectus urethrae totalis*); или не достаетъ внутренняго участка—*Defectus urethrae internus*; или не произойдетъ стягиванія кожи—*Defectus urethrae externus*; или влагалищный и наружный участки не встрѣтятся своими концами—*Atresia urethrae*. Въ послѣднемъ случаѣ получится, косо стоящая перегородка мочеиспускательнаго канала. Послѣдняя можетъ также принять поперечное направленіе, особенно въ томъ случаѣ, когда оба участка разовьются недостаточно.

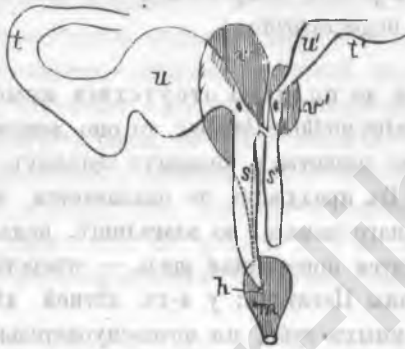
§ 22. Что касается до полного отсутствія женскаго мочеиспускательнаго канала (*Defectus urethrae totalis*); то оно можетъ встрѣтиться какъ при относительно хорошо развитыхъ половыхъ органахъ, такъ и при другихъ порокахъ развитія ихъ. Въ преддверіи не оказывается никакихъ признаковъ зачатка мочеиспускательнаго канала, во влагалищѣ, недалеко отъ лоннаго сращения или выше, находится поперечная щель — отверстіе мочеваго пузыря. Этого рода случаи описаны Петитомъ: у 4-хъ лѣтней дѣвочки не было ни клитора, ни малыхъ срамныхъ губъ, ни мочеиспускательнаго канала, но влагалище было довольно широко, и дитя не могло удерживать мочи; далѣе М. Лангенбекомъ у 19-ти лѣтней дѣвушки найдено: *Imperforatio hymenalis*, маточный рукавъ и мочеваго пузырь представляли общій каналъ, моча отходила сперва произвольно, въ послѣдствіи недержаніе прекратилось; Смитомъ (см. Нерпнер I. с.): у 7-ми недѣльной дѣвочки подъ клиторомъ, имѣвшимъ въ длину 1'', находилось треугольное отверстіе, которое вело въ маточный рукавъ; послѣдній имѣлъ двѣ линіи въ поперечникѣ и на передней стѣнѣ его отерывалось подъ тупымъ угломъ отверстіе мочеваго пузыря.

Генпнеръ причисляетъ сюда же описанный имъ случай, гдѣ въ преддверіи были видны слѣды передней и боковыхъ стѣнокъ, и принимаетъ этотъ случай за настоящую гипоспадію у женщины; но такое толкованіе нѣсколько сомнительно въ виду того, что пациентка на третьемъ году жизни подверглась операціи камнеобтѣченія. Хотя существовавшее до операціи недержаніе мочи послѣ нея не измѣнилось ни въ худшему, ни въ лучшее, тѣмъ не менѣе представленный Генпнеромъ рисунокъ этого порока производитъ сразу такое впечатлѣніе, что здѣсь имѣлось скорѣе травматическое разрушеніе мочеиспускательнаго канала, чѣмъ врожденный порокъ. Самъ Генпнеръ, употребляя выраженіе *Hypospadiä*, тѣмъ самымъ указываетъ, что полного отсутствія мочеиспускательнаго канала не было.

§ 23. Врожденная *Atresia urethrae* происходитъ тогда, когда недостаетъ средняго т. е. влагалищнаго участка, или когда влагалищный и наружный участки не встрѣтились концами или развиты недостаточно. Первую изъ причинъ зарощенія. *Defectus urethrae internus*, нашель Дюпарь: мочеиспускательный

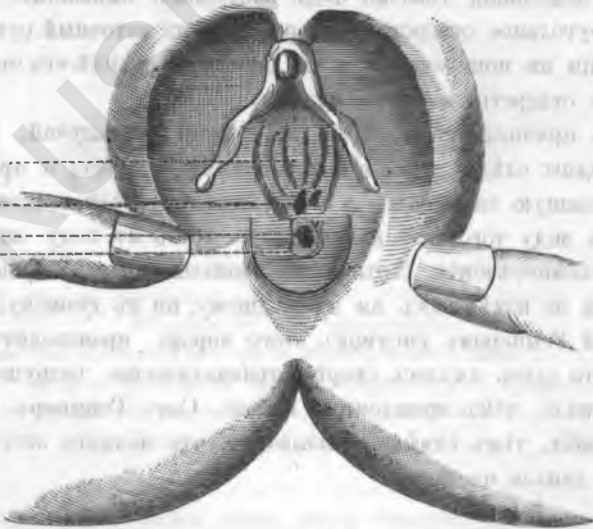
каналъ былъ открытъ до самаго пузыря, пузырь же былъ замкнутъ и значительно растянутъ, также какъ мочеточники. Вторая причина зарощенія мочеиспускательнаго канала уяснена случаемъ Э. Розе, въ которомъ паружная и влагалищная части разошлись концами; мочеиспускательный каналъ имѣлъ поэтому косую перегородку и на нѣкоторомъ протяженіи представлялся сплошнымъ, вследствие чего развились: водянка мочевого пузыря, почечъ и брюшная водянка. Кроме того были найдены *Uterus bicornis septus, vagina septa*. Далѣе, сюда же можно причислить случай Шатца: двойная матка, двойной каналъ.

Рис. 12.



Полное расщепленіе всей моче-половой системы по Шатцу.  
u и u: Uterus. v и v: Vesica urinaria t' и t: Tubâ. s' и s: Vagina. h: часть моч. канала у головки penis.

Рис. 13.



двойной мочевой пузырь, двойная врожденная пузыре-влагалищная фистула, — это первый случай полного расщепленія всей мочеполовой системы! Здѣсь въ нормально сформированныхъ наружныхъ половыхъ частяхъ, на мѣстѣ устья мочеиспускательнаго канала паходилое отверстие, которое вело въ слѣпую мѣ-

шоуъ 5 мм. ширины, — очевидно, это былъ нормально развитой наружный отдѣлъ мочеиспускательнаго канала, тогда какъ двойной мочевой пузырь открывался широкими отверстиями на средней высотѣ въ соответственныя половины влагалища (рис. 12).

§ 24. Далѣе, какъ на аномалію развитія женскаго мочеиспускательнаго канала нужно указать на гипоспадію у женщинъ; лучшій изъ наблюдавшихся случаевъ этого рода описанъ ф. Мозенгейлемъ (см. рис. 13). Здѣсь у 8-лѣтней дѣвочки, подъ довольно большимъ клиторомъ съ сильно развитою *glaucium* и надъ дѣвственной плевою *d* съ ея отверстиемъ *e*, находилось не устье мочеиспускательнаго канала на его обычномъ мѣстѣ, а полуаналъ *a*, т. е. верхняя стѣнка значительной части мочеиспускательнаго канала, между тѣмъ какъ нижней на соответственномъ протяженіи недоставало. Довольно далеко въ глубинѣ, немного позади сильно отодвинутаго взади входа въ рукавъ, тотчасъ подлѣ него находилось превратившееся въ каналъ продолженіе того же полуанала, — трубообразно замѣнутая часть мочеиспускательнаго канала *b*. длиною немного менѣе 1 цтм. Въ пузырь, относительно большомъ, было много выпячиваній (*Diverticula*).

Другая форма гипоспадіи можетъ быть разсматриваема какъ сохранившійся *Sinus urogenitalis*. Въ этомъ случаѣ, между клиторомъ и промежностью, находятъ только одно отверстие, ведущее въ болѣе или менѣе длинный каналъ, который вверху дѣлится на два хода, ведущіе въ мочеиспускательный каналъ и въ рукавъ. Такимъ образомъ, устье мочеиспускательнаго канала лежитъ выше обыкновеннаго. Лучшее описаніе этой аномаліи принадлежитъ Виллигу (см. Неррнер): у 46-лѣтней женщины, умершей отъ *Phlegmone*, клиторъ, очень похожій на *penis*, имѣлъ въ длину 2 $\frac{1}{4}$ ". Мочеполовой каналъ при входѣ имѣлъ толщину катетера, шелъ дугообразно изгибаясь подъ лоннымъ сращеніемъ, и на разстояніи  $\frac{1}{2}$  дюйма отъ своего наружнаго отверстия дѣлился на два хода, — передній, мочеиспускательный каналъ въ 1" и задній, — рукавъ въ 2"10" длиною и т. д. Сюда же относятся случаи Дебу (см. Fürst), Hugnier, Жюме, Коста, Дебу и Энгеля (см. Неррнер стр. 413); послѣдній больше всѣхъ сходенъ съ случаемъ Дебу, а именно, въ обоихъ имѣлась *Atresia vaginae*, и рукавъ открывался въ мочеиспускательный каналъ.

§ 25. Признаки этихъ аномалій развитія. При полномъ отсутствіи мочеиспускательнаго канала важнѣйшимъ изъ послѣдствій оказывается невозможность удерживать мочу. Впрочемъ, по мнѣнію, Геппнера, лица одержимыя служеніемъ влагалища, находятся въ этомъ отношеніи въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ тѣ, у которыхъ недостаетъ мочеиспускательнаго канала при нормальномъ развитіи половыхъ органовъ, такъ какъ нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что *sinus urogenitalis*, окруженный мышцею *bulbosavernosus*, способенъ произвольно сокращаться. Если же моча постоянно вытекаетъ каплями, то пациентки находятся въ крайне жалкомъ положеніи (см. признаки пузырьно-влагалищныхъ фистулъ).

Если зарощеніе мочеиспускательнаго канала происходитъ еще въ утроб-

ной жизни, то развивается обыкновенно водянка мочевого пузыря, мочеточниковъ и почечъ и брюшная водянка; животъ плода растягивается до громадныхъ размѣровъ и можетъ явиться весьма важнымъ препятствіемъ при родахъ, которое устраняется тѣмъ, что брюшные покровы лопаются, уступая приложенной силѣ, или же его приходится устранить проколомъ прежде чѣмъ удастся извлечь туловища ребенка. Примѣрами служатъ случаи Павла Портала, Дельборге, Моро, Фрейнда, Гекера и др. (см. Розе I. с.). Такія дѣти рождаются, конечно, большею частью, мертвыми. Не то бываетъ, когда при возрастающемъ растяженіи пузыря открывается Uachus и въ немъ образуется фистула. Тогда моча выдѣляется въ области пупка изъ разрощенной, имѣющихъ форму пѣтушійхъ гребешковъ (случай Каброля); выдѣленіе происходитъ или непрерывно, или, какъ это было въ одномъ, чрезвычайно интересномъ случаѣ, приведенномъ Боннетомъ (наблюденіе Nuxham'a и Oliver'a въ Philosoph. Transactions, томъ 32 за годы 1722—23, № 379, стр. 408—418), многочисленными волосными струйками, которыя брызнули изъ фистулы Uachus, имѣвшей величину куриного яйца, въ три пальца длиною, когда при вправленіи выпавшей матки мочевого пузырь былъ нажать сверху. Обертейферъ также зналъ одну 42-лѣтнюю даму, которая со дня рожденія выдѣляла мочу черезъ пупокъ. Влагалище и менструація были нормальны, моченспускательнаго канала не было вовсе.

При сохранившемся Sinus urogenitalis, половое совокупленіе и зачатіе возможны, если общій каналъ достаточно широкъ. Если же рукавъ сужень или неподатливъ то penis легко проникаетъ въ моченспускательный каналъ, и тогда, какъ наблюдалъ въ одномъ случаѣ Жюмне (Herpner I, с.), послѣ каждаго соитія можетъ наступить dysuria и на нѣкоторое время даже недержаніе мочи.

§ 26. Діагнозъ аномалій развитія моченспускательнаго канала въ рѣдкихъ случаяхъ можно поставить при помощи одного зрѣнія. Нужно тщательно осмотрѣть внутреннюю поверхность малыхъ губъ, затѣмъ пространство между клиторомъ и заднимъ проходомъ; необходимо изслѣдовать видимыя отверстія при помощи пальца (задній проходъ), если же они слишкомъ узки, то эластическими или металлическими катетерами и зондами. Далѣе нужно изслѣдовать осязаніемъ состояніе наружныхъ половыхъ частей, а именно прощупать, нѣтъ ли въ большихъ губахъ плотныхъ тѣлъ; это могутъ быть яички или яичники, — такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ при діагнозѣ еще нельзя руководствоваться присутствіемъ менструаціи и развитіемъ особенностей женскаго тѣлосложенія. Въ упомянутомъ выше случаѣ Дебу существовала Hernia ovarialis sinistra. Сохранившійся Sinus urogenitalis можно смѣшать съ Atresia hymenis и съ приобретеннымъ зарощеніемъ vulvae. Въ томъ и въ другомъ случаѣ можно опредѣлить, главнымъ образомъ, при помощи двойнаго изслѣдованія черезъ пузырь и прямую кишку, находится ли между обоими этими органами, образовавшаяся вслѣдствіе накопленія мочи опухоль, или только тонкая перепончатая перегородка. Если, при помощи зонда, катетера или пальца, можно убѣдиться въ существованіи двухъ отверстій, то распознаваніе не представляетъ затрудненій. Если же входъ въ Sinus urogenitalis очень узокъ, то можно попытаться быстро рас-

троить его посредством Симоновскихъ зеркаль для мочеиспускательнаго канала и посмотрѣть черезъ зеркало, не найдется ли нѣсколькихъ отверстій; можетъ встрѣтиться также надобность подвергнуть вытекающее изъ нихъ отдѣленіе химическому (мочевина) и микроскопическому изслѣдованію (мостовидный и цилиндрической эпителий).

§ 27. Лечение перечисленныхъ аномалій можетъ быть палліативное и радикальное. При полномъ отсутствіи мочеиспускательнаго канала и существующей щели мочеваго пузыря, а также при сохранившемся *Sinus urogenitalis* съ отчасти развитымъ мочеиспускательнымъ каналомъ, можно бы подумать о восстановленіи искусственной трубки; для этого нужно бы отпрепаровать съ каждой стороны влагалищной стѣнки доскутъ, шириною отъ 5—8 мм., вплоть до лоннаго сращенія и, повернувъ внутри поверхность, покрытую слизистою оболочкою, тщательно соединить его вверху съ освѣженною щелью мочеваго пузыря, а по срединѣ съ доскутомъ противоположной стороны. Гейпнеръ считаетъ эту операцію во всякомъ случаѣ выполнимою, хотя и не легкою; но состояніе больной едвали улучшилось бы отъ присутствія мочеиспускательнаго канала, лишеннаго мышечныхъ волоконъ и не способнаго къ произвольному сращенію. Однако, нужно принять въ соображеніе, что въ случаѣ удачнаго восстановленія канала моча перестала бы стекать въ рукавъ и упростилась бы задача удержанія ея и собиранія въ мочепріемникъ. И такъ, нужно сдѣлать попытку. Что же касается другаго мнѣнія Гейпнера, — что искусственное восстановление мочеиспускательнаго канала путемъ прокола пузыря троакоромъ черезъ мягкія части съ послѣдовательнымъ зашиваніемъ щели пузыря, — должно быть отвергнуто, потому что, вромѣ серьезной опасности пораненія значительныхъ сосудовъ, эта операція повела бы, вслѣдствіе неизбежнаго суженія канала, къ гораздо худшему результату — задержанію мочи, — то это мнѣніе, въ виду приводимыхъ ниже случаевъ Каброля и Мидльтона, не выдерживаетъ строгой критики. Гейпнеръ высказывается также противъ оперативнаго уменьшенія щели мочеваго пузыря до величины нормальнаго просвѣта мочеиспускательнаго канала, на томъ основаніи, что передняя стѣнка щели, по всей вѣроятности, лишена мышечной подкладки (?), и опытъ на больныхъ, страдающихъ фистулами, показываетъ, что линейныя щели, даже значительнаго калибра, большею частью, лучше удерживаютъ мочу, чѣмъ маленькія круглыя отверстія, потому что края послѣднихъ не могутъ сблизиться такъ плотно, какъ края первыхъ. Онъ ограничился тѣмъ, что предписалъ своей пациенткѣ, страдавшей недержаніемъ мочи только въ ночное время, бандажъ Савотицкаго, который состоитъ изъ брюшнаго пояса, и соединеннаго съ нимъ стальною пружиной пелота, величиною въ оливу. Этотъ пелоть, введенный въ рукавъ, прижимаетъ задній край щели пузыря къ лонному сращенію; онъ вполне удовлетворялъ своему назначенію, и пациентка скоро привыкла къ нему. — Въ подобныхъ случаяхъ можно бы вводить, предложенные въ послѣднее время ф. Шатцемъ, пессаріи противъ недержанія мочи, такъ какъ они по возможности замыкаютъ отверстіе.

Устранить зарощеніе мочеиспускательнаго канала можно конечно,



только оперативнымъ путемъ. Каброль произвелъ такую операцію, въ 1550 въ Бокерѣ, на служанкѣ, страдавшей съ молодю зарощеніемъ мочеиспускательнаго канала и распространявшее ужасный запахъ, вслѣдствіе постоянного истеченія мочи изъ нароста на пупкѣ, въ видѣ пѣтушьяго гребня, въ четыре пальца длиною; Каброль сдѣлалъ перфорацію въ области мочеиспускательнаго канала, и въ 12 дней уничтожилъ наростъ перевязкой. Случай Мидльтона былъ съ 7 дневной дѣвочей, которая отъ рожденія ни разу не мочилась; животъ ея былъ растянута до огромнаго размѣра. Мидльтонъ воткнулъ троакаръ въ направленіи отсутствующаго мочеиспускательнаго канала, опорожнилъ пузырь и удержалъ искусственный мочеиспускательный каналъ открытымъ. — Больная Обертейфера, съ фистулою *Ugachus*, облегчала себя тѣмъ, что носила губку, укрепленную на фистулѣ посредствомъ бандажа. У больныхъ, страдающихъ недержаніемъ мочи, можно, конечно, примѣнять всѣ аппараты, о которыхъ будетъ сказано впоследствии, при описаніи мочевыхъ свищей.

Встрѣчающаяся у женщинъ, въ видѣ *Epi*—или *Anaspadia*, аномалія мочеиспускательнаго канала относится къ щелямъ мочеваго пузыря, и будетъ описана вмѣстѣ съ ними.

§ 28. Весьма рѣдкую форму остановки въ развитіи (*Hemmungsbildung*) женскаго мочеиспускательнаго канала представляетъ его удвоеніе (*Duplicitas*). Единственный, точно констатированный случай описанъ въ самое послѣднее время Л. Фюрстомъ (см. *Archiv für Gynäkologie*).

Осматривая препаратъ, взятый изъ трупа невинной дѣвушки, онъ съ перваго взгляда нашелъ въ передней стѣнкѣ мочеваго пузыря, съ внутренней стороны, одно простое отверстіе мочеиспускательнаго канала. Но уже на разстояніи 0,3 цтм. отъ этого отверстія каналъ, до тѣхъ поръ простой, началъ вилообразно раздѣляться такимъ образомъ, что тонкая перегородка, идущая справа налѣво, довольно точно дѣлила полость его на переднюю и заднюю половины, которыя постепенно расходились все больше и больше, вслѣдствіе расширенія перегородки, и впадали въ преддверіе рукава, уже раздѣленные пространствомъ въ 0,3 цтм. При этомъ оба канала перекручивались, такъ что лежавшій сверху и спереди загибался вправо, а тотъ, который въ области пузыря находился позади, оканчивался въ рукавѣ слѣва отъ перваго. Устье лѣваго мочеиспускательнаго канала, 0,5 цтм. въ поперечникѣ, находилось на средней линіи рукава, устье праваго—вправо отъ этой линіи и имѣло только 0,3 цтм. въ поперечникѣ. Длина обоихъ, включая и верхнюю общую часть, равнялась 2,5 цтм. Этотъ случай принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ; здѣсь сохранилось удвоеніе перваго зачатка *Allantoidis*, не слившееся въ продолженіи всѣхъ измѣненій, которымъ подвергается *Sinus urogenitalis*. Описанная аномалія представляетъ особенный интересъ еще потому, что остановка въ развитіи выводныхъ отверстій, ведущихъ изъ *Allantois* къ клочку, можетъ произойти только въ очень раннемъ и недолго существующемъ періодѣ развитія. Матка и рукавъ были развиты нормально. Еще въ 1875 г. Льюисъ (*Lewis*) обнаружилъ случай, въ которомъ родильница, еще новорожденнымъ ребенкомъ подверглась операціи по причинѣ задержанія мочи; у нея рядомъ съ

нормальнымъ, проходимымъ мочеиспускательнымъ каналомъ существовалъ другой, оканчивавшійся слѣпымъ концемъ. По всей вѣроятности, одинъ изъ нихъ былъ искусственнымъ продуктомъ.

## ГЛАВА II.

### Неправильности формы и положенія женскаго мочеиспускательнаго канала.

Литература. къ § 29 а. Freund, W. A.: Wiener med. Presse. 18 III. 1856. Hyrtl: Lehrb. d. Anatomie. IX. Aufl. Wien 1866. S. 689. C. Knight: New-Orleans med. u. surg. Journal, November 1860. Pönfick: Beitr. der Gesellsch. für Geburtshülfe in Berlin 1873. II. Band. Sitzungsber. S. 97. J. Saexinger: Prager Vierteljahrschrift 1866. Band I. S. 100. Scanzoni: Krankheiten der weibl. Brüste u. Harnwerkzeuge. II. Aufl. Prag 1859. Wegscheider: Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie der Ges. für Gebh. in Berlin. Sitzungsberichte S. 98. Berlin 1873. II. Bd. Willemin: Observations de Vagin et de col de l'utérus doubles. Strasbourg 1864, p. 16.

Мы займемся здѣсь разсмотрѣнiемъ расширения, суженiя, образованiя мѣшеччатыхъ выпячиванiй, растяженiя вверхъ и смѣщенiя внизъ, а также выпаденiя отдѣльныхъ частей мочеиспускательнаго канала.

§ 29. а) Ненормальное расширенiе мочеиспускательнаго канала можетъ произойти по всей его длинѣ, и тогда периферiя трубки должна раздаться во всѣ стороны: Dilatio urethrae totalis; или же оно ограничивается одной какою-нибудь частью канала,—скорѣе и легче всего задней стѣнкой,—между тѣмъ какъ orificium externum и internum сохраняютъ свой нормальный просвѣтъ: Dilatio partialis, Diverticulum urethrae, Urethrocele.

§ 30. 1) Равномѣрное расширенiе всего канала вызывается чаще всего введенiемъ penis, когда входъ рукава закрытъ или необыкновенно сужень. Я наблюдалъ это состоянiе два раза, у замужнихъ женщинъ, совершавшихъ соитiе уже нѣсколько лѣтъ и страдавшихъ зарощенiемъ рукава и дефектомъ матки. При нѣкоторомъ усилии можно было провести указательный палецъ въ мочевой пузырь. Нивакихъ ссадинъ и поврежденiй въ окружности мочеиспускательнаго канала въ нашихъ случаяхъ не было, и обѣ пациентки могли вполне хорошо удерживать мочу; между тѣмъ Сканцони утверждаетъ, что когда расширенiе вызвано повторнымъ введенiемъ постороннихъ тѣлъ, слизистая оболочка подвергается катаральному воспаленiю и отдѣленiе на ея поверхности усиливается въ большей или меньшей степени.

Гиртъль приводитъ такой же, по его мнѣнiю, быть можетъ, безпримѣрный, случай. Но эти случаи совѣтъ не рѣдки: о наблюденiяхъ этого рода, сообщали уже Лашапель у одной puella publica, Сканцони у молодой дѣвушки, ко-

торая при ежедневныхъ мастурбаціяхъ вводила восковую свѣчу, толщиною въ 3 линіи, и Вильменъ (1864) при отсутствіи матки и рудиментарномъ рукавѣ; у всѣхъ этихъ пациентовъ мочеиспускательный каналъ былъ расширенъ до такой степени, что можно было проникнуть пальцемъ въ мочевой пузырь; далѣе, имѣются случаи С. Knight (1860), Фрейнда (1866), пациентка котораго 10 лѣтъ совершала coitus per urethram, вслѣдствіе чего вначалѣ страдала ишуріей, но недержанія мочи у нея никогда не было; еще такой же примѣръ приводитъ Вегшедеръ. I. Зексингеръ (1865) говоритъ, что онъ видѣлъ случай, гдѣ у дѣвушки, страдавшей зарощеніемъ рукава и кровяной опухолью матки, мочеиспускательный каналъ, вслѣдствіе coitus былъ растянутъ такъ сильно, что можно было проникнуть черезъ него двумя пальцами въ мочевой пузырь, и при всемъ томъ недержанія мочи не было.

Мочеиспускательный каналъ можетъ быть расширенъ не только снаружи, а также постепенно и изнутри—новообразованіями, и кромѣ того со стороны мочевого пузыря и рукава. Извѣстенъ во-первыхъ случай Гирля съ женщиной, у которой безъ помощи искусства вышелъ изъ мочевого пузыря камень, имѣвшій 7''' въ поперечникѣ. Далѣе, случай Сванцони (1850), бывшій въ его клиникѣ въ Прагѣ: больная имѣвшая камень въ пузырьѣ, у которой было рѣшено сдѣлать литотрипсію,—внезапно почувствовала сильнѣйшія потугообразныя боли, причѣмъ камень, который былъ больше голубиного яйца, продвинулся до устья мочеиспускательнаго канала, откуда его можно было извлечь полиными щипцами. Здѣсь мочеиспускательный каналъ оставался въ теченіи нѣсколькихъ дней расширеннымъ настолько, что легко было проникнуть пальцемъ въ мочевой пузырь. Я самъ вылечилъ одну пациентку, страдавшую папилломою мочевого пузыря, у которой до операціи выдѣлялись сами собою части опухоли болѣе 7 линій въ поперечникѣ. Сюда же слѣдуетъ причислить случай, описанный Понфигомъ, гдѣ у особы,—страдавшей зарощеніемъ рукава, кровяной опухолью матки (haematometra) и циститомъ съ камнями,—мочеиспускательный каналъ былъ такъ сильно расширенъ, что различные врачи принимали его за рукавъ и объясняли существовавшее въ то же время недержаніе мочи сообщеніемъ между рукавомъ и мочевымъ пузыремъ, чего вовсе не было.—При очень вяломъ рукавѣ, сильно растянутомъ и нерѣдко смѣщенномъ вслѣдствіе частыхъ родовъ, мочеиспускательный каналъ обыкновенно бываетъ также расширенъ и болѣе растяжимъ чѣмъ у другихъ особъ, особенно дѣвушекъ.

Если отсутствуетъ недержаніе мочи при общемъ расширеніи мочеиспускательнаго канала, то это послѣднее не представляетъ никакого существеннаго неудобства. Пациентки, совершавшія соитіе черезъ мочеиспускательный каналъ, сами, конечно, не знали этого обстоятельства и обращались за совѣтомъ къ врачу только потому, что не имѣли регулъ или оставались бездѣтными. У большинства изъ нихъ бываетъ развѣ только временная болѣзненность при мочеиспусканіи и задержка мочи, и онѣ могутъ удовлетворительно выполнять свои супружескія обязанности. Такимъ образомъ, у нихъ попытка къ служенію мочеиспускательнаго канала была бы по меньшей мѣрѣ излишняя. Другое дѣло, если вслѣдствіе общаго расширенія будетъ утрачена способность

пузыря удерживать мочу—тогда страданія больныхъ такъ серьезны, что онѣ во всякомъ случаѣ горячо желаютъ помощи. Кинни утверждаетъ, что вылечилъ три случая прижиганіями хромовой кислотой,—разведенной или нѣтъ,—мѣстными или общими прижиганіями,—я не знаю, такъ какъ у меня, въ сожалѣнію, нѣтъ подѣ рукой оригинала. Можно бы также попробовать для прижиганія *Lapis mitigatus in substantia*. Если каутеризація не увѣнчивается въ скоромъ времени успѣхомъ, то самымъ лучшимъ средствомъ представляется операція, употребляемая Жюберомъ при *Urethrocele*, о которой мы скажемъ въ соответственномъ мѣстѣ. Кромѣ вяжущихъ и тонизирующихъ впрыскиваній и поясныхъ ваннъ, рекомендуютъ еще скарификаціи слизистой оболочки, но Скандони сообщаетъ, что въ нѣкоторыхъ застарѣлыхъ случаяхъ, осложненныхъ значительною вяlostью дѣтородныхъ органовъ, всѣ его попытки леченія остались безуспѣшными. Наибольшую пользу видѣлъ онъ отъ мѣстнаго употребленія мази, содержащей таннинъ или эрготинъ, частью къ стѣнкѣ рукава, частью въ самому мочеиспускательному каналу, а въ одномъ случаѣ расширения мочеиспускательнаго канала вслѣдствіе онанизма, гдѣ болѣзнь упорно противилась всѣмъ названнымъ выше средствамъ,—она наконецъ почти совершенно уступила впрыскиванію раствора *surgis sulfurici* въ мочеиспускательный каналъ. Для приложенія вяжущихъ къ слизистой оболочкѣ канала особенно удобны, приготовляемые въ послѣднее время аптекаремъ F. A. Grohs'омъ (Wien, Apotheke zur Austria, Währingergasse 22) бужи изъ желатинны; они совершенно свѣтлы и прозрачны, мягки, эластичны, легки и гибки, не таютъ въ рукѣ, а введенные въ мочеиспускательный каналъ всасываются тамъ безъ вреда для организма. Въ эту желатину можно, кромѣ таннина, положить любое вяжущее средство и въ какомъ угодно количествѣ.—Происшедшее при расширеніи мочеиспускательнаго канала выпаденіе его слизистой оболочки будетъ разсмотрѣно особо.

**Литература:** къ § 31. 2) Cusco: *Gaz. des hôpit.* 1863. Nro. 124. p. 491. Foucher: *Moniteur des hôpitaux* Nro. 95. 1957. Gillette: *Lancet.* May 6. 1876. Priestley: *Brit. med. Journal* 2/I. 1869. G. Simon: *Monatsschrift f. Gebkde.* Bd. XXIII. p. 245—248.

§ 31. 2) Мѣстное расширеніе женскаго мочеиспускательнаго канала: *Diverticulum urethrae*, *Urethrocele*, называемое также мѣшечкатымъ, наблюдается на задней стѣнкѣ канала, на нѣсколько миллиметровъ выше устья его. Насколько мнѣ извѣстно, въ литературѣ до сихъ поръ приведено только четыре случая этого рода. Первый случай наблюдалъ Фуше (1857) у 27-лѣтней женщины, страдавшей впродолженіи четырехъ лѣтъ болями при мочеиспусканіи; у нея на передней стѣнкѣ рукава, на 3—4 миллиметра выше *orificii urethrae*, находилась опухоль, уменьшавшаяся отъ давленія, причемъ отходила моча. Введенный въ мочеиспускательный каналъ катетеръ тотчасъ попалъ въ объемистую полость, и только пройдя ее проникалъ въ самый пузырь черезъ его шейку. Фуше вылечилъ это страданіе тѣмъ же приѣмомъ, каковой употребилъ Жюберъ при *Cystocele*: онъ надрѣзалъ стѣнку рукава во всю длину опухоли, отсепаровалъ ее по обѣ стороны на 1 сантиметръ въ ширину, отрѣзалъ отсепарованную часть и соединилъ края раны. Рана зажила и прежнія жалобы

больной не возобновлялись. Подобный же случай видѣлъ Жилеттъ у 31-лѣтней, три раза рожавшей женщины, излеченной вырѣзываніемъ треугольнаго куска изъ стѣнки рукава.

Третій случай описанъ г. Симономъ: 44-лѣтняя старуха, имѣвшая 11 человѣкъ дѣтей, 16 лѣтъ страдала произвольнымъ истеченіемъ мочи при каждомъ усиленномъ движеніи. Въ послѣдніе три года недержание мочи до того усилилось, что по временамъ она вытекала при всякомъ, даже при лежачемъ положеніи больной. При осмотрѣ оказалось, что во входѣ рукава находилась, толстая опухоль передней его стѣнки, величиною почти въ куриное яйцо, которая шла по всему протяженію мочеиспускательнаго канала почти до основанія пузыря. Катетеръ или маленькій палецъ, проведенный черезъ *orificium* въ мочеиспускательный каналъ, встрѣчалъ тотчасъ за краемъ наружнаго отверстія не каналъ, а просторный мѣшокъ, который безъ всякихъ границъ переходилъ въ полость мочевого пузыря. Одинъ только край наружнаго устья сохранялъ, при ширинѣ въ 3—4 миллиметра, свое нормальное положеніе и свой мышечный тонусъ. Благодаря послѣднему моча, удерживалась по крайней мѣрѣ при лежачемъ положеніи. Столь сильное растяженіе мочеиспускательнаго канала произошло вслѣдствіе значительнаго варикознаго расширенія венъ въ *Septum urethro-vaginale*; сосуды лежали такъ близко въ слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала, что при изслѣдованіи катетеромъ произошло довольно сильное кровотеченіе; они выступали также со стороны рукава въ видѣ темносине-красныхъ шнурковъ. Симонъ въ два сеанса разрѣзалъ около десяти венныхъ шнурковъ, наложилъ на четыре изъ нихъ двойную лигатуру, вслѣдствіе слишкомъ сильнаго кровотеченія и прижегъ рану хлористымъ желѣзомъ. Пациентка такъ мало страдала при этомъ леченіи, что ей не пришлось даже лежать въ постели; опухоль видимо уменьшилась въ объемѣ вслѣдствіе рубцоваго стягиванія поверхности. Пациентка перестала терять мочу при лежачемъ, сидячемъ, наконецъ и стоячемъ положеніи и при движеніяхъ, не требующихъ усилія, и спустя  $\frac{1}{2}$  года все еще чувствовала себя также хорошо. Симонъ думалъ, что улучшеніе не продержится долго, такъ какъ расширенія обыкновенно образуются снова, или начинаютъ варикозно расширяться сосѣднія вены.—Я часто видѣлъ варикозныя расширенія венъ лувовицы мочеиспускательнаго канала и передней стѣнки рукава, но никогда не наблюдалъ такого мѣстнаго растяженія мочеиспускательнаго канала этими опухолями.

Четвертый случай наблюдалъ Пристлей. Онъ нашелъ у одной больной уиругу опухоль *in vulva*, вполовину буринаго яйца; опухоль выходила изъ верхней части задней стѣнки мочеиспускательнаго канала, исчезала отъ давленія, при чемъ изъ мочеиспускательнаго канала вытекали гной и моча. При помощи зонда было констатировано, что въ опухоли былъ ходъ, ведущій въ мочеиспускательный каналъ, слѣдовательно это былъ мѣшокъ, выпятившійся изъ канала. Пристлей, чтобы прижать опухоль, ввелъ каучуковый расширитель Бёрнса, вслѣдствіе чего опухоль не могла наполняться, и прекратилъ этимъ жалобы больной.

Въ одномъ, подобномъ этому случаѣ Пристлей констатировалъ въ мочеиспускательномъ каналѣ присутствіе атероматознаго содержимаго вѣнсты, ко-

торая открывалась въ каналъ; такое состояніе можно было бы смѣшать съ Urethrocele. Но при кистѣ мочеиспускательный каналъ бываетъ мало или вовсе не расширенъ, и опухоль просто сидитъ на немъ. Нужно также помнить, что въ мочеиспускательномъ каналѣ, сформированномъ вообще нормально, могутъ встрѣтиться еще другія отверстія, которыя слѣдуетъ отличать отъ Urethrocele. А именно, въ мочеиспускательный каналъ можетъ открываться рукавъ, какъ это было въ приведенномъ уже выше (§ 24, стр. 31) случаѣ Дебу, — такъ что, если ввести катетеръ въ мочеиспускательный каналъ и потомъ перегнуть его назадъ, то можно проникнуть черезъ рукавъ до матки; это состояніе не такъ легко смѣшать съ какимъ либо другимъ при введеніи катетера по длинѣ и узости канала и по результатамъ двойнаго изслѣдованія черезъ брюшныя покровы и прямую кишку. Противъ этого говтритъ одно наблюденіе, сдѣланное Куско: въ задней стѣнѣ мочеиспускательнаго канала находилось отверстие въ 1 — 1½ мм. въ діаметрѣ, которое вело въ слѣпой мѣшокъ, глубиною въ нѣсколько миллиметровъ — рудиментарный рукавъ. У больной, 18-лѣтней служанки, были кромѣ того Uterus duplex rudimentarius solidus и Hernia ovarialis sinistra; вслѣдствіе ущемленія грыжи была сдѣлана операція и больная умерла отъ перитонита. Такія приросшія въ мочеиспускательному каналу придаточныя части могутъ быть растянуты вдавливаемой въ нихъ мочей, могутъ искривить и расширить мочеиспускательный каналъ, вызвать катарръ, и прижизненный дифференціальный діагнозъ, въ большинствѣ такихъ случаевъ, врядъ ли будетъ возможенъ. Лучшимъ средствомъ и здѣсь было бы прижатіе полости по способу, предложенному Фуше, въ случаѣ если будетъ доказано, что полость не имѣетъ другаго отверстия вверху.

**Литература:** къ §. 32 b). Gayet: Gaz. méd. de Lyon. Nro. 46. 1868. Goldschmidt: Beiträge d. Ges. f. Gebk. in Berlin. Bd. III. Sitzungsber. S. 101. Larcher: Gaz. med. de Paris. Nro. 50. 1834. Ledetsch: Wiener med. Presse. XIV 34. 1873. Lewin: in Mehlhausen's Charité-Annalen 1874. p. 625. Scanzoni: l. c. p. 279. Velpeau-Moissenet: Schmidt's Jahrbücher XVIII. 205.

§ 32 в). Суженія мочеиспускательнаго канала, Stenosis et strictura urethrae, наблюдаются у женщинъ гораздо рѣже чѣмъ его расширенія.

До сихъ поръ намъ извѣстны главнымъ образомъ три рода причинъ этихъ измѣненій, которымъ соответствуютъ въ тоже время и ихъ формы, а именно: поврежденія, которымъ подвергается Septum urethro-vaginale при трудныхъ родахъ съ послѣдовательнымъ образованіемъ рубцовъ. Здѣсь находятъ болѣе или менѣе плотные рубцовые шнуры, болшею частью уже во входѣ рукава, потомъ подъ лонною дугой или тотчасъ за нею. Такъ было въ случаѣ Сванцони (1859), гдѣ стриктура мочеиспускательнаго канала, возникшая вслѣдствіе гангренознаго кольпита послѣ наложенія щипцовъ, ясно прощупывалась пальцемъ на разстояніи 4 — 5 линій отъ устья канала въ видѣ мѣстнаго хрящеваго уплотненія въ валикѣ, образуемомъ мочеиспускательнымъ каналомъ; далѣе въ случаѣ Gayet'a, гдѣ входъ рукава былъ значительно суженъ очень плотными, кольцеобразными рубцовыми шнурами, образовавшимися послѣ кольпита, который развился въ послѣродовомъ періодѣ; рубцовая ткань

была каллезна до такой степени, что почти совсѣмъ замыкала мочеиспускательный каналъ. Въ томъ же родѣ былъ случай Ледетша. Гораздо рѣже причиною бываютъ опухоли въ стѣнкѣ мочеиспускательнаго канала, которыя, только при незначительной степени развитія уменьшаютъ его просвѣтъ, впоследствии же обыкновенно ведутъ къ его расширенію; таковы phlebectasiae, полипы, сосудистыя и фиброзныя опухоли (случай Т. Давида, *Gaz. des hôp.* 73. 1870) [s. d.]. — Еще рѣже причиною стриктуръ мочеиспускательнаго канала у женщинъ являются шанкры этой области. Сканцони нашелъ такую стриктуру у публичной женщины, на разстояніи 5 линій отъ устья мочеиспускательнаго канала. Просвѣтъ былъ здѣсь такъ узокъ, что съ трудомъ можно было провести въ него зондъ толщиною въ воронье перо. Подобный этому случай Вельпо и одинъ изъ случаевъ Ларшера (въ остальныхъ трехъ нельзя было открыть причину). Левинъ нашелъ между 612 женщинами, лечившимися въ берлинскомъ госпиталѣ Charité отъ псевдосифилиса, 6 съ нарывами въ одномъ мочеиспускательномъ каналѣ и 5 съ нарывами кромѣ того на *labia pudenda*. Буше констатировалъ у одной пациентки, долго страдавшей лейворреей и изъязвленіями губъ маточнаго рыльца—о которой однако не сказано, была ли она заражена—вблизи передняго устья мочеиспускательнаго канала два довольно плотныхъ суженныхъ мѣста; проведеніе черезъ нихъ очень маленькой оливы тонкаго буша причиняло сильную боль. — За этими внѣшними и внутренними стриктурами слѣдуютъ стенозы органа, которые развиваются при долго существующихъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ; при этомъ мочеиспускательный каналъ часто бываетъ такъ узокъ, что черезъ него едва можетъ пройти самый тонкій катетеръ, и при введеніи инструмента слышно какъ разрываются спайки (частныя сращения). Прижатіе мочеиспускательнаго канала маткою при загибѣ ея назадъ, подлежащую дѣтской частью во время родовъ, кровяною опухолью рывава или матки и другія причины сюда не относятся, такъ какъ онѣ вызываютъ не столько заболѣванія мочеиспускательнаго канала, сколько послѣдовательныя пораженія мочевого пузыря, и будутъ рассмотрѣны при этихъ послѣднихъ.

Соотвѣтственно причинамъ и признаки стриктуръ и стенозовъ мочеиспускательнаго канала также весьма разнообразны. Вызванныя пузырно-влагалищными фистулами не имѣютъ иныхъ послѣдствій, кромѣ нѣкотораго затрудненія катетеризаціи. Обусловленныя присутствіемъ рубцовъ въ мочеиспускательномъ каналѣ и въ его окружности, онѣ сначала затрудняютъ выведение мочи,—струя ея становится тоньше, пузырь опорожняется лишь при помощи усиленнаго содѣйствія брюшнаго пресса, потомъ моча отходить уже только каплями, и дѣло можетъ дойти до значительной степени задержанія. Что при такихъ стриктурахъ и у женщинъ нерѣдко встрѣчается послѣдовательная гипертрофія стѣнокъ мочевого пузыря—фактъ извѣстный. Сканцони обращаетъ вниманіе еще на то вредное вліяніе, какое оказываетъ сильное и продолжительное растяженіе пузыря вслѣдствіе суженія мочеиспускательнаго канала на позади и ниже его лежащія органы, матку и рывавъ—именно, онъ нѣсколько разъ констатировалъ при этомъ опущеніе передней стѣнки рывава.

Если у каждой пациентки, которая жалуется на затрудненія при моче-

испускания, послѣ точнаго разспроса, обнажить и тщательно осмотрѣть *officium urethrae*, потомъ ощупать мочеиспускательный каналъ по всей его длинѣ и изслѣдовать его толщину, плотность, болѣзненность, затѣмъ ввести катетеръ и прослѣдить ходъ его пальцемъ *per vaginam*, то почти невозможно смѣшать суженіе мочеиспускательнаго канала съ какимъ нибудь другимъ состояніемъ; распознать стриктуру и ея причину такимъ образомъ очень легко. Но не слѣдуетъ забывать точно опредѣлить ширину просвѣта при помощи зонда и подвергнуть тщательному изслѣдованію вытекающую мочу, такъ какъ сильный катарръ мочеваго пузыря, гезр. всякое сильное раздраженіе пузыря вызываетъ частый позывъ къ мочеиспусканію и отхожденіе мочи по каплямъ, а сильныя рефлекторныя соращенія мочеиспускательнаго канала и пузыря могутъ также сильно затруднять введеніе катетера. Само собою разумѣется, что не слѣдуетъ забывать до введенія катетера попробовать, не прощупывается ли *per vaginam* какая нибудь опухоль, сжимающая мочевиѣ пути, и если таковая окажется, то отодвинуть ее сперва по возможности назадъ, чтобы облегчить введеніе катетера.

Леченіе отчасти соображается съ причинами. При стенозѣ, обусловленномъ пузырно-влагалищною фистулой, также какъ при отекаѣ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, однократнаго или повторнаго осторожнаго введенія катетера, въ большинствѣ случаевъ, бываетъ достаточно для полнаго устраненія препятствія.

Если причиною стриктуры являются рубцовые шнуры въ *introitus* и рукавѣ, то можно постепенно излечить ее тепловатыми впрыскиваніями въ рукавъ, какъ дѣлаютъ Сканцони, втираніемъ мази съ іодистымъ калиемъ въ переднюю стѣнку рукава и повторнымъ введеніемъ бузей возрастающей толщины, оставляя ихъ на нѣкоторое время въ каналѣ. Вводя такіе бужи и удаливъ опухоль, прикрывавшую какъ клапанъ *officium urethrae externum*, Гольдшмидтъ въ 4 недѣли почти совсѣмъ вылечилъ свою пациентку, страдавшую сифилитическимъ суженіемъ мочеиспускательнаго канала. Но въ худшихъ случаяхъ этихъ средствъ бываетъ недостаточно и тогда нужно осторожно перерѣзать снаружи главные рубцы въ мѣстѣ ихъ наибольшаго напряженія и затѣмъ предпринять методическое расширеніе мочеиспускательнаго канала въ такомъ видѣ, какъ оно описано (§ 7) по указанію Симона.—Противъ стриктуры, вызванной шанкромъ мочеиспускательнаго канала, Сканцони съ успѣхомъ примѣнилъ сперва леченіе сублиматомъ, потомъ, въ теченіи 3-хъ недѣль, ежедневно впрыскиваніе мази съ іодистымъ калиемъ (нагрѣтая мазь вливается въ катетеръ и вдвигается изъ него мочеиспускательный каналъ шприцомъ, наполненнымъ воздухомъ). Больная Буше была однажды совершенно излечена въ шесть недѣль постепеннымъ расширеніемъ стриктуръ, но онѣ вернулись и пришлось расширять ихъ снова. Въ подобныхъ случаяхъ, конечно, является показаніе, кромѣ расширенія, къ разрѣзу стриктуры изнутри. Эта послѣдняя операція не должна представлять затрудненій, если каналъ предварительно расширенъ зеркалами, по крайней мѣрѣ настолько, что можно пройти черезъ суженное мѣсто маленькимъ пальцемъ, провести подъ пальцемъ плоской стороной короткой ножичекъ на зондѣ и воткнуть его въ томъ мѣстѣ, гдѣ рубцовое кольцо представляется особенно



твердымъ на ощупь. Еслибъ наступило—чего нельзя ожидать—сколько нибудь стоящее вниманія кровотечение, то нужно оставить въ мочеиспускательномъ каналѣ на нѣсколько часовъ зеркало подходящаго размѣра. Для послѣдовательнаго леченія рекомендуются въ особенности желатинныя бужи Гроса (въ Вѣнѣ) съ іодистымъ калиемъ, гесп. салициловой кислотой; нужно бы также посовѣтовать пациентѣ обратиться къ врачу, если въ послѣдствіи у нея опять появится затрудненіе при мочеиспусканіи; если же случайно такового подѣ рукой не окажется, то постараться самой предупредить возвратъ стриктуры, вводя себѣ послѣдовательно болѣе и болѣе толстыя эластическія бужи.

§ 33. с) Смѣщеніе мочеиспускательнаго канала въ цѣломъ и по частямъ. Смѣщеніе мочеиспускательнаго канала можетъ произойти почти по всѣмъ направленіямъ: внизъ, вверхъ, въ стороны—только не впередъ; далѣе, смѣститься можетъ весь мочеиспускательный каналъ, или же только его слизистая оболочка. Такъ какъ послѣднее изъ названныхъ смѣщеній составляетъ важнѣйшее, первичное страданіе упомянутаго органа, то мы и займемся имъ прежде всего.

**Литература:** къ §. 34 1). Basler: Aertzl. Mittheil. a. Baden. 1873. p. 20—21. Guer-sant, Lee. Bruns: Sernin, Solinger u. Hoin siehe Patron l. c. Kiwisch: Prager Vierteljahrsschrift 3. S. 846. Morgagni: de sede et causis Tom. III. epist. 50 u. 56. 1779. Patron: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 100. p. 222, wo auch die frühere Literatur angegeben ist. 1857. Ried: Bayer. Correspondenzblatt 1. 1843. Scanzoni l. c. p. 287. Streubel: Prager Vierteljahrsschrift. Band 41. S. 24. 1854. Lawson Tait: Lencet. October 30. 1875.

§ 34. 1) Выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала у женщинъ нашелъ случайно 2 раза, при вскрытіи, Морганъ, почти 100 лѣтъ тому назадъ. Послѣ него такіе случаи видѣли Серненъ, Золингенъ, Нойн, Ли, Кивизъ, Бѣрнсъ, Штрейбелъ, Ридъ, Сванцони, Патронъ и Базлеръ. Это вѣроятно очень рѣдкое страданіе, такъ какъ авторъ наблюдалъ его только одинъ разъ, между тѣмъ какъ частыя, небольшія выпячиванія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, въ особенности надъ нижней половиной его устья, встрѣчаются часто. Слизистая оболочка можетъ выйти всею своею периферіей изъ наружнаго отверстія только въ такомъ случаѣ, если будетъ отдѣлена отъ своего основанія и съ извѣстной силой будетъ вытягиваться внизъ или выталкиваться наружу. Выступившая часть бываетъ величиною въ бобъ, въ лѣсной орѣхъ, до голубиного яйца (Базлеръ), блѣдно-красноватаго, синевато или темнокраснаго цвѣта, круглой, полулунной, кругообразной или шарообразной формы, и въ срединѣ ея или нѣсколько ближе къ верхнему краю отіісіи виднѣется входъ въ каналъ. Такимъ образомъ, состояніе это вполне аналогично выпаденію прямой кишки: подобно послѣдней, выпавшая слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала большею частью легко вправима и часто вправляется сама собою; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ ее вправить трудно или совсѣмъ невозможно. Иногда поверхность опухоли слегка кровоточитъ, часто представляетъ рану и гноится; если выпаденіе существуетъ долго, то опухоль

ростеть, становится отеочною и можетъ казаться какъ бы перетянутою шнуркомъ (случай Патрона). Большею частью она весьма чувствительна къ прикосновенію.

Причины этого страданія заключаются отчасти въ тѣхъ же моментахъ, которыми обуславливается расширение мочеиспускательнаго канала (см. b), отчасти въ страданіяхъ мочеваго пузыря, отчасти наконецъ въ конституціональныхъ разстройствахъ. Обыкновенно пациентки еще до наступленія болѣзни долго страдаютъ неправильностями мочеиспусканія, у нихъ бываетъ частый позывъ къ мочеиспусканію, болѣзненность при этомъ актѣ, катарръ, — катарральное состояніе въ особенности предрасполагаетъ къ выпаденію слизистой оболочки. Изъ 15 больныхъ этого рода, возрастъ которыхъ указанъ, 7 были молодыя дѣвушки отъ 8 до 15 лѣтъ. Это были, по описанію, слабыя, хлоротическіе, вялые субъекты. Изъ 4 больныхъ Штрейбеля три были очень истощенныя, страдавшія бленнореей рукава публичныя женщины съ расширеннымъ устьемъ мочеиспускательнаго канала и гиперемированной слизистой его оболочкой». Нерѣдко поводомъ служили смѣшенія дѣтородныхъ органовъ: выпаденіе матки, *Cystocele vaginalis* (Сканцони), но встрѣчаются и такіе случаи, какъ у Базлера, гдѣ у молодой, 22-хъ-лѣтней женщины, спустя 5 недѣль послѣ первыхъ нормальныхъ родовъ, мочеиспускательный каналъ былъ такъ расширенъ, что пропускалъ палецъ; у нея было выпаденіе слизистой оболочки канала величиною въ голубиное яйцо, безъ всякаго смѣшенія остальныхъ половыхъ органовъ. Производящими причинами служатъ связанныя съ сильнымъ позывомъ къ мочеиспусканію сокращенія пузыря, которыя, выгоняя его содержимое, выпячиваютъ передъ собою слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала: здѣсь, очевидно, дѣйствуютъ вмѣстѣ брюшная пресса и мускулатура пузыря. Какъ причину приводили также камни (Сканцони); мнѣ неизвѣстно ни одного случая этого рода. Единственная пациентка Золингена перенесла нѣсколько тяжелыхъ родовъ, кромѣ того она получала удары въ животъ, вслѣдствіе чего у нея появилось затрудненное мочеиспусканіе и испраженіе. Наконецъ, вытяженіе мочеиспускательнаго канала встрѣчается при большихъ, сидящихъ въ немъ опухоляхъ, но оно бываетъ обыкновенно частное и въ незначительной степени.

Діагнозъ: чтобы распознать, что находящаяся подъ элиторомъ, между малыми губами, опухоль принадлежитъ мочеиспускательному каналу, а не есть, быть можетъ, только опустившійся *Tuberculum vaginae*, нужно прежде всего отыскать мочеиспускательный каналъ, отверстіе котораго при кольцеобразномъ выпаденіи находится по срединѣ, въ видѣ щели или круглаго отверстія; при полулунной формѣ оно будетъ видно у верхняго края опухоли. Въ просвѣтъ вводятъ катетеръ и стараются вправить слизистую оболочку, причемъ освобождается нормальное отверстіе.

Герсанъ (1852) обнарудовалъ случай, гдѣ у 10-ти-лѣтней, очень тощей и слабой дѣвочки, выпавшая слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала, длиною въ 1 дюймъ, была отрѣзана ножницами; послѣ смерти больной, послѣдовавшей отъ бугорчатки, мочеиспускательный каналъ, имѣвшій нормальную длину и ширину, оказался выстланномъ слизистой оболочкой только въ своей

задней (нижней) трети, тогда вагъ на переднихъ  $\frac{2}{3}$  ея не было; случай-этотъ говорить въ пользу того, что устье канала, смотря по обстоятельствамъ, можетъ находиться также ближе къ нижней части опухоли. Если точно опредѣлить это состояніе, то это было не простое выпаденіе, а выворотъ въ просвѣтъ съ выпаденіемъ, *Inversio cum prolapsu mucosae urethrae*.

При дальнѣйшемъ существованіи опухоль и число припадковъ увеличиваются; выпавшая часть можетъ также сдѣлаться сухою, гладкою, твердою—измѣненія, подобныя тѣмъ, которыя наступаютъ на слизистой оболочкѣ при выпаденіи рукава (Ридъ и Штрейбель). Но это случается рѣдко, и вообще это состояніе болѣзненно, упорно и сильно раздражаетъ больныхъ. Тѣмъ не менѣе излеченіе наступаетъ, хотя нерѣдко медленно, за то въ большинствѣ случаевъ вѣрно и радикально, и предсказаніе нельзя поэтому назвать неблагоприятнымъ.

Леченіе. Прежде всего нужно попытаться вправить опустившуюся часть. Съ этою цѣлью ее осторожно сжимаютъ тремя пальцами; обратному вхожденію ея можно помогать, нажимая на нее смазаннымъ масломъ тупымъ концемъ толстаго катетера. Послѣ вправленія нужно устранить причины частаго позыва къ мочеиспусканію, т. е. тенезмы мочевого пузыря, если они есть, и т. д. Выполаскиваніе мочевого пузыря по нѣскольку разъ въ день посредствомъ Хегаровской воронки, съ прибавленіемъ салициловой кислоты, бываетъ весьма пріятно для больной. Въ болѣе легкихъ случаяхъ, гдѣ выпаденіе не возобновляется, можно содѣйствовать обратному развитію слизистой оболочки и суженію мочеиспускательнаго канала способомъ, указаннымъ выше—при расширеніяхъ,—посредствомъ введенія легкихъ прижигающихъ и вяжущихъ веществъ: *Arg. nitricum*, отваръ дубовой коры, *Spirum sulfur.*, танинъ, *Zincum sulfuricum* въ слабыхъ растворахъ. Если вывернувшаяся часть представляла ссадины или изъязвленія, то нужно прибѣгнуть къ болѣе сильному прижиганію, т. е. употребить *Lapis mitigatus in substantia*. Послѣ cadaго прижиганія нужно тотчасъ вправлять.—Если, несмотря на то, выпаденіе повторяется, то для радикальнаго устраненія его предлагаются и примѣняются различныя средства, а именно перевязка, каленое желѣзо, удаленіе ножницами и послѣдовательное прижиганіе хлористымъ желѣзомъ (Ссанцони). Наложеніе лигатуры на металлическомъ катетерѣ нужно отвергнуть, потому что операція эта тянется долго и очень болѣзненна. Ножницами легко сдѣлать неровный разрѣзъ, поэтому ножъ, важется, заслуживаетъ предпочтенія. Прежде всего вводятъ толстый металлическій катетеръ въ мочевой пузырь и даютъ фиксировать его ассистенту, потомъ вкальваютъ въ опухоль внутри, подлѣ самаго катетера, по острому крючку съ каждой стороны, чтобы помѣшать слишкомъ сильному отхожденію назадъ слизистой оболочки, и тогда отдѣляютъ ее бистуресемъ, идя снаружи внутри, т. е. отъ края устья мочеиспускательнаго канала, и снизу вверхъ по окружности; затѣмъ перерѣзываютъ ее соотвѣтственно длинѣ выпавшей части также кольцеобразнымъ разрѣзомъ снизу вверхъ вплоть до катетера. Ссанцони совѣтовалъ останавливать, наступающее при этомъ, весьма сильное кровотеченіе хлористымъ желѣзомъ. Мнѣ кажется, впрочемъ и удобнѣе соединить

край раны слизистой оболочки съ краемъ раны orificii externi нѣсколькими швами. Швы эти могутъ оставаться на мѣстѣ 5—6—7 дней, и при нихъ нечего опасаться, если понадобится катетеризація, протолкнуть инструментомъ струпу отъ прижигающаго вещества въ мочевою пузырь. — Если опасаются сильнаго кровотеченія, то можно, введя въ мочеиспускательный каналъ деревянную палочку толщины катетера, удалить на ней выпавшую часть гальвановаустической петлей.

§ 35. 2) Смѣщеніе всего мочеиспускательнаго канала встрѣчается гораздо чаще вышеописаннаго частнаго смѣщенія, но оно большею частью бываетъ вторичнымъ явленіемъ и имѣетъ второстепенное значеніе, такъ какъ слѣдуетъ за аналогичнымъ ему смѣщеніемъ мочеваго пузыря. Здѣсь нужно вратѣ упомянуть лишь о первичномъ смѣщеніи женскаго мочеиспускательнаго канала, какъ объ изолированномъ страданіи. Оно заключается въ оттѣсненіи органа кнizu подлежащей дѣтской частью въ періодѣ изгнанія, причемъ мочеиспускательный каналъ перегибается сзади и сверху внизъ и впередъ и сплющивается вмѣстѣ съ Tuberculum vaginae, который виднѣется въ видѣ темносине-красной опухоли подъ лонной дугой. Въ этихъ случаяхъ кромѣ смѣщенія имѣетъ особенную важность опуханіе стѣнонь рукава и мочеиспускательнаго канала, по своему вліянію на наступающее затѣмъ задержаніе мочи. Другою, еще болѣе частою причиною того же страданія является, по Маттеи и Ольсгаузену, внезапное опущеніе матки послѣ родовъ. Наступающая вслѣдствіе этого послѣродовая ишурия совершенно аналогична той, которая наблюдается чрезвычайно часто послѣ прокола большихъ опухолей яичниковъ. Вслѣдствіе перегиба мочеиспускательнаго канала, вводимый въ него катетеръ встрѣчаетъ сопротивленіе, которое легко смѣшать со спазмомъ шейки мочеваго пузыря. Стараясь съ усиленіемъ продвинуть катетеръ впередъ въ обычномъ направленіи, тогда какъ этого направленія уже не существуетъ, можно поранить слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала и вызвать кровотеченіе; если же до введенія катетера немного приподнять кверху опустившійся Tuberculum vaginae и тогда вводитъ инструментъ постепенно и безъ насилія, то по большей части достаточно бываетъ ввести его одинъ—два раза, чтобы распрямить каналъ и тѣмъ устранить задержаніе мочи. При всѣхъ этихъ смѣщеніяхъ, какъ и при тѣхъ, которыя связаны со смѣщеніями пузыря, мочеиспускательный каналъ значительно удлиняется, стѣнки же его, смотря по обстоятельствамъ—напримѣръ при перегибѣ—утолщаются и инфильтрируются, при вытяженіи, напротивъ истончаются.

### ГЛАВА III.

#### Разстройство питанія женскаго мочеиспускательнаго канала.

Литература: v. Baerensprung: Charité-Annalen VI. 1. 1855. Boys de Loury et H. Costilhes: Gaz. de Paris Nro. 20. 1846. Cory: Transactions of the obstetrical Society of London. Vol. XI. p. 65—67. 1870. Cullerier: de la blennorrhagie. Paris 1862. VII. 163 pp. Cullerier: Journal de Chir. Avril 1845. Schmidt's Jahrb. II. 33. Daffner, F.:

Die Blennorrhoe der Sexualorgane. Wien 1874. p. 78. 99. 100. A. Donné: Recherches microscopiques. Paris 1837. Hourmann: Revue méd. Juin 1842. Schmidt's Jahrbücher XXXVI. 310. Huet: Schmidt's Jahrb. CXXVII. 176 aus: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk April 1864. Knoblauch: Schmidt's Jahrbücher CXII. 246. Lewin: in Mehlhauseu's Charite-Annalen. 1874. p. 625 n. Berliner klin. Wochenschrift 1876. Nro. 22. C. A. Martin und H. Leger: Archives gén. Jan. u. Fevr. 1862. Meissner, F. A.: A. E. v. Siebold's Journal VI. 1. p. 84 bis 87. Richard: Archives gén. Avril. 1854. Ried: Bayer. Correspondenzblatt. Nro. 1. 1843. Saxe: in Report on diseases of women for the year 1874 by P. F. Mund. Americ. Journal of obstetrics. August 1875. Scazoni: Die Krankheiten der weibl. Harnwerkzeuge. Prag 1859. p. 291—308. Sigmund; Deutsche Klinik Nro. 21. 23. 24. 26. 28. 29. 1851, Derselbe: Wiener Zeitschrift IX. 5. 1853. Streubel: Prager Vierteljahrsschrift XI. 1. 1854.

§ 36. Гиперемія, острые и хроническіе катарры, изъязвленія и гипертрофіи, гиперемія мочениспускательнаго канала, воспаленіе, язвы и гипертрофія этого органа встрѣчаются у женщинъ очень часто, но они обыкновенно отсутствуют на задній планъ передъ сопровождающими ихъ пораженіями шейки матки, и дѣйствительно, не могутъ сравниться съ послѣдними по значенію ни въ симптоматическомъ, ни въ терапевтическомъ отношеніи, по сравнительно ничтожной величинѣ заболѣвшей поверхности и незначительному отдѣленію послѣдней. Во многихъ случаяхъ мы можемъ смотрѣть на перечисленные выше разстройства лишь какъ на различныя стадіи одного и того же процесса; мы поэтому не станемъ разсматривать ихъ въ отдѣльности, тѣмъ болѣе что они тѣсно связаны между собою въ этиологическомъ, симптоматическомъ и терапевтическомъ отношеніяхъ.

§ 37. Причины этого нарушенія питанія лежатъ или въ самомъ организмѣ больной, или происходятъ извнѣ. Прежде всего, извѣстныя свойства мочи могутъ оказывать вредное вліяніе на слизистую оболочку мочениспускательнаго канала; моча, очень богатая солями, или амміачная, или содержащая грибки, или смѣшанная съ перепончатыми клячами (дифтеритъ мочевого пузыря) и зараженными кровяными сгустками, конечно можетъ вызвать какъ приливъ крови, такъ и катарръ, образованіе нарывовъ въ мочениспускательномъ каналѣ. Поэтому болѣзни мочевого пузыря и почечъ являются весьма важнымъ предрасполагающимъ моментомъ для названныхъ страданій, тѣмъ болѣе, что эти болѣзни, требуя введенія катетера, очень часто обусловливаютъ еще и прямое поврежденіе слизистой оболочки. Нерѣдко такъже мочениспускательный каналъ принимаетъ участіе въ заболѣваніяхъ окружающихъ частей: на него, болѣе или менѣе часто, переходятъ какъ хроническія, такъ и острыя воспаленія малыхъ губъ, катарры рукава и шейки матки. Такъ Штрейбелъ находилъ Urethritis какъ осложненіе при золотушномъ діатезѣ и при импетигозныхъ сыпяхъ на кожѣ, и специфическое катарральное воспаленіе мочевого канала при скарлатинѣ и кори. При оспѣ въ немъ находили даже оспенныя пустулы: Сванцони два раза. Онъ же видѣлъ, кромѣ того, однажды болѣе 20 фолликулярныхъ язвъ въ мочениспускательномъ каналѣ 19-лѣтней дѣвушки, умершей отъ кори съ острымъ разложеніемъ крови. Тифъ, дизентерія, инфекціонная родильная горячка также нерѣдко вызываютъ разстройства ни-

танія въ стѣнкахъ этого канала. Далѣе, тамъ находятъ язвы сифилитическаго дупознаго, раковаго, туберкулезнаго, дифтеритическаго и элефантическаго характера, переходящія съ малыхъ губъ на introitus и мочеиспускательный каналъ. Извѣстенъ далѣе фактъ, что мочеиспускательный каналъ часто подвергается заболѣваніямъ во время беременности, вслѣдствіе пассивныхъ и активных гиперемій и механическаго отклоненія отъ своего нормальнаго положенія, и что этотъ органъ можетъ быть сдвинутъ, придавленъ и даже прорванъ во время родового акта, даже если при этомъ не прибѣгали къ инструментальной помощи. Кромѣ того, мочеиспускательный каналъ можетъ быть вовлеченъ въ страданіе при смѣщеніяхъ небеременной матки, при опухоляхъ остальныхъ тазовыхъ органовъ, ихъ воспалительномъ состояніи и геморродальныхъ узлахъ.—Извѣстны и происходящія вредныя вліянія, которыя вызываютъ заболѣванія мочеиспускательнаго канала, суть слѣдующія: поврежденія при coitus, въ особенности у молодыхъ женщинъ, катетеризація, попытки къ введенію постороннихъ тѣлъ (мастурбаціи), поврежденія при паденіи, толчкѣ и т. д. Что при употребленіи нечистыхъ зеркалъ для расширенія мочеиспускательнаго канала и при неосторожномъ расширеніи его пальцемъ или разбухающими средствами, какъ напр. прессованная губка, что при этихъ условіяхъ также можетъ развиваться катарральное состояніе названнаго органа, очевидно само собою.—Чаще всего это состояніе бываетъ связано съ пораженіями рукава, и именно съ катаррами рукава заразительнаго происхожденія. Суханекъ изъ 166 случаевъ въ 122 нашелъ совмѣстное заболѣваніе рукава и мочеиспускательнаго канала, и только въ 3 самостоятельный триперъ послѣдняго. Изъ этого ясно, что заразительный *Urethritis feminae* большею частью бываетъ вторичный и возникаетъ вслѣдствіе перехода со слизистой оболочки входа или самаго рукава, такъ какъ мочеиспускательный каналъ, при обыкновенныхъ условіяхъ, слишкомъ хорошо защищенъ, чтобы подвергнуться зараженію непосредственно.

§ 38. Признаки. Въ нормальномъ состояніи цвѣтъ слизистой оболочки *orificiі externі urethrae* бываетъ не ярче блѣдно-розоваго; при усиленномъ приливѣ крови онъ переходитъ въ розовый, вишнево-красный, коричнево-красный, причѣмъ вся слизистая оболочка представляется припухшею; ощупывая каналъ черезъ рукавъ находятъ его болѣе горячимъ и большею частью утолщеннымъ; но отдѣленіе вначалѣ не увеличено. При катаррѣ мочеиспускательнаго канала не только входъ его оказывается покраснѣвшимъ и мелкія желѣзки этой области увеличенными въ объемъ, но часто уже передъ входомъ находятъ немного свѣтлой, потомъ слизистой, потомъ слизисто-гноной жидкости, иногда съ примѣсью пузырьковъ воздуха; жидкость эта выступаетъ въ большемъ количествѣ, если подавить мочеиспускательный каналъ черезъ рукавъ. Изъ нерасширеннаго, здороваго канала не удастся выдавить ни одной капли, отдѣленіе его ничтожно, тогда какъ въ катарральномъ отдѣленіи при *urethritis* можно доказать присутствіе вѣтокъ мостовиднаго эпителія, слизистыхъ и гнойныхъ тѣлецъ и вибрионовъ. Если же въ мочеиспускательномъ каналѣ существуетъ какою нибудь разрушительный язвенный процессъ, то въ отдѣленіи

кроме указанных составных частей, можно найти, смотря по обстоятельствам, воловца соединительной ткани и эластическа (Беренщпрунгъ при шанерѣ), или крупныя клѣтки съ ядрами—при лупозныхъ язвахъ, или многозернистыя клѣтки, распадъ и кровяныя тѣльца—при эпителиальномъ рагѣ.

При гонорей у женщины, настоящимъ трипперѣ мочеиспускательнаго канала (*Urethritis virulenta, gonorrhoeica*) въ началѣ слизистая оболочка краснѣетъ, у пациентки является ощущение щекотанія и зуда, постепенно переходящее въ колющую, жгучую боль, и соединенное съ позывомъ въ мочеиспусканію и болями при выхожденіи мочи. Черезъ нѣсколько дней (3—4) появляется серозное, клейкое, похожее на яичный бѣлокъ, отдѣленіе, которое черезъ 6—8 дней становится зеленоватымъ, гнойнымъ; дней черезъ 20 оно уменьшается въ количествѣ, и можетъ совершенно исчезнуть черезъ 30—40 дней (*Boys Lougu*). Въ періодѣ усиленнаго отдѣленія можетъ также отходить кровь, можетъ присоединиться кровавая моча и каттаръ мочеваго пузыря; но благодаря меньшей длинѣ женскаго мочеиспускательнаго канала и меньшему количеству побочныхъ органовъ, всѣ явленія въ немъ бывають по большей части выражены гораздо слабѣе, чѣмъ въ мужскомъ. При такомъ уретритѣ вокругъ наружнаго отверстія канала нерѣдко можно замѣтить большее или меньшее количество яреокрасныхъ точекъ, слегка выступающихъ надъ уровнемъ слизистой оболочки; онѣ соотвѣтствуютъ пораженнымъ инфекціей, припухшимъ отверстіямъ, находящимся въ этой области слизистыхъ желѣзовъ. Преніе наблюдатели (*Штрейбелъ*) принимали эти точки за обнаженные отъ эпителія участки слизистой оболочки; на самомъ же дѣлѣ, какъ объяснилъ Скандони, это признакъ воспаленія фолликулярныхъ желѣзъ внутренней поверхности малыхъ губъ въ верхнемъ ея отдѣлѣ. Изъ воспаленныхъ фолликулъ могутъ развиться маленіе абсцессы, заболѣваніе распространяется затѣмъ и на остальныя части *vulvae*, которыя начинаютъ также отдѣлять гнойный, зловонный секретъ, и такимъ образомъ поражается наконецъ вся *vulva*. Заболѣваніе это сопровождается обыкновенно болями и затрудненіемъ при мочеиспусканіи, такъ какъ судорожныя сокращенія запрягающей мочевоу пузыря мышцы причиняють большой неприятныя ощущенія. Боль при мочеиспусканіи заставляетъ иногда пациентку удерживаться отъ него возможно долѣе тѣмъ болѣе, что моча, протекая по воспаленнымъ частямъ въ окрестности наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, вызываетъ сильное жженіе и зудъ, заставляющій нерѣдко пациентку упорно тереть и чесать эти части. До образованія нарывовъ въ стѣнѣ, отдѣляющей мочеиспускательный каналъ отъ рукава, дѣло доходитъ очень рѣдко (случай *Кори*). По наблюденіямъ Левина у многихъ женщинъ, страдающихъ воспаленіемъ и изъязвленіемъ мочеиспускательнаго канала, бываетъ экссудативная эритема рефлекторнаго происхожденія, вслѣдствіе раздраженія сосудо двигательныхъ нервовъ кожи.

Если процессъ переходитъ въ хроническую форму, то отдѣленіе уменьшается, краснота ослабѣваетъ, окраска принимаетъ болѣе синевато-тусклый оттѣнокъ. Вся грубка становится плотнѣе, инфильтрируется, на ощупь тверда мало или совсѣмъ не болѣзненна; можетъ развиться состояніе гиперτροφіи *urethrae*, въ которомъ принимаютъ участіе также и ткани, окружающія мо-

мочеиспускательный каналъ, т. е. передняя стѣнка рукава. При сильномъ разрыхленіи слизистой оболочки дѣло доходить до образованія въ ней варикозныхъ расширеній сосудовъ, и въ окружности *orificii externi*, а также больше, можетъ произойти частное или полное выпаденіе слизистой оболочки.

§ 39. Диагнозъ гипереміи и катаррального, гезр. гнойнаго воспаленія мочеиспускательнаго канала можетъ быть поставленъ только при помощи зрѣнія. Нужно раздвинуть малыя губы, удалить весь скопившійся между ними секретъ и тщательно осмотрѣть слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала, обращая вниманіе и на его ближайшую окружность. Затѣмъ вводятъ палецъ въ рукавъ и изслѣдуютъ валикъ мочеиспускательнаго канала относительно его толщины, плотности и болѣзненности; при этомъ нажимаютъ на него сзади напередъ и смотрятъ, выдавливается ли изъ отверстія немного жидкости. Если моча была незадолго передъ тѣмъ выпущена, то это не всегда удается, даже если существуетъ усиленное отдѣленіе; тогда нужно повременить немного и потомъ снова подавить. Секретъ, выдѣлившійся при давленіи можно изслѣдовать при помощи микроскопа, пожалуйъ также прививкою на другихъ, и такимъ способомъ рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ простымъ, или съ заразительнымъ катарромъ, есть ли шанкръ въ мочеиспускательномъ каналѣ, или нѣтъ. Прививка заразительнаго гноя можетъ дать заразительный катарръ и язвы мягкаго шанкра, но отрицательный результатъ ея еще не доказываетъ отсутствія шанкерныхъ язвъ. Поэтому распознаваніе этихъ послѣднихъ основывается главнымъ образомъ на присутствіи въ отдѣленіи эластическихъ волоконъ; указывали также, какъ на важный діагностическій признакъ шанкра мочеиспускательнаго канала, на часто повторяющееся незначительное кровотеченіе изъ канала и на продолжительное отечное припуханіе слизистой оболочки краевъ наружнаго отверстія (Бареншпрунгъ). Наконецъ, нужно обратить вниманіе на припухлость паховыхъ желѣзъ, — развитіе бубона имѣетъ важное діагностическое значеніе. Мѣстомъ острой гипереміи и воспаленія считаютъ нижнюю наружную, хронической — верхнюю внутреннюю часть органа (Сканцони). С. А. Матинъ и Легеръ, напротивъ, утверждаютъ, что хроническое воспаленіе локализуется всего чаще въ слизистыхъ желѣзкахъ мочеиспускательнаго канала и его пузырнаго устья.

§ 40. Относительно частоты триппера у женщинъ, мнѣнія еще сильно расходятся. Первое слово въ этомъ вопросѣ принадлежитъ, очевидно, сифилитологамъ, и выше были уже приведены цифры Суханека. Буа де Лури и Costilhes также говорили, что *urethritis* у женщинъ совсѣмъ не такъ рѣдоеъ, какъ утверждаютъ нѣкоторые. Рикоръ находилъ его изъ 12 случаевъ бленнорей въ 8-ми, Цейслъ, напротивъ, изъ 100 случаевъ триппера рукава—сдва 5—6 съ трипперомъ мочеиспускательнаго канала; Левинъ также изъ 242 женщинъ, одержимыхъ бленнореей, могъ указать только 8, имѣвшихъ, кромѣ влагалищныхъ и маточныхъ бѣлей, также *urethritis*, а изъ 612, лечившихся отъ ложнаго сифилиса, только 11=1,8% съ язвами мочеиспускательнаго канала. Зигмундъ (въ Вѣнѣ) констатировалъ въ 1850 г. изъ 758 лечившихся у него



женщинъ у 5-ти трипперъ одного мочеиспускательнаго канала и у 476 одновременно съ другими формами катарровъ, и т. д. Судя по этому, кажется что у проституткозъ трипперъ составляетъ частое явленіе и встрѣчается почти въ  $\frac{2}{3}$  случаевъ зараженія вообще. Сванцони замѣчаетъ, что очень часто гинекологи обращаютъ весьма мало вниманія на хроническій катарръ, гесп. онъ ими просматривается. Я долженъ однако согласиться съ Гурманномъ, что даже при очень внимательномъ отношеніи въ этому вопросу, urethritis у женщинъ встрѣчается гораздо рѣже въ сравненіи съ столь частыми катаррами матки и рукава. Германъ изъ 425 случаевъ бленорреи только 1 разъ констатировалъ истеченіе изъ мочеиспускательнаго канала.

Предсказаніе при гипереміи, катаррѣ и язвахъ женскаго мочеиспускательнаго канала гораздо лучше, чѣмъ при аналогичныхъ заболѣваніяхъ у мужчинъ, потому что женскій каналъ гораздо короче, легче доступенъ, припадки слабѣе выражены и излечиваются вѣрнѣе. У многихъ субъектовъ гиперемія и катарръ исчезаютъ сами собою, вмѣстѣ съ причиной, ихъ вызвавшей, такъ напр. у новобрачныхъ и во время менструаціи. Заразительные катарры длятся отъ 4 до 5 недѣль. Буа де Лури два раза наблюдалъ послѣ нихъ очень сильныя стриктуры (l. c.). Штрейбелъ видѣлъ при запущенныхъ катаррахъ ссадины, язвы и воспаленіе фолликулярныхъ желѣзъ вокругъ *osificium externum*, о которомъ мы упоминали выше. Кноблаухъ вычислилъ, что продолжительность леченія триппера мочеиспускательнаго канала = 21,8 дней. Энергическими прижиганіями удавалось совершенно прекратить его въ теченіи 12—18 дней (Кюллере).

§ 41. Леченіе. Опыты съ примѣненіемъ внутреннихъ средствъ при гипереміяхъ и катаррахъ женскаго мочеиспускательнаго канала даютъ еще весьма противурѣчивые результаты. Штрейбелъ, Буа де Лури и Гюэ стоятъ за нихъ, и первый находитъ, что бальзамическія средства у женщинъ, повидимому, скорѣе чѣмъ у мужчинъ смягчаютъ раздраженіе отъ дѣйствія мочи; Буа и въ послѣднее время также Доффнеръ утверждаютъ, что кубеба и бальзамъ дѣйствуютъ также хорошо, какъ у мужчинъ, тогда какъ Сванцони видѣлъ отъ нихъ весьма сомнительный успѣхъ или совсѣмъ никакого и потому обходитъ эти средства. Легкіе случаи бленорреи женскаго мочевого канала не требуютъ никакого леченія, они проходятъ сами собою. Въ упорныхъ случаяхъ большинство новыхъ авторовъ стоятъ за чисто мѣстное леченіе, подкрѣпляя его развѣ только діететическими предписаніями. Такимъ образомъ, начинаютъ съ устраненія раздраженій, если таковыя еще имѣются, предписываютъ сохранять покой, избѣгать половыхъ удовольствій, употреблять прохладное слизистое питье: миндальное молоко, эмульсіи, кушанья безъ пряныхъ приправъ; для уменьшенія жжения и зуда назначаютъ выпрыскиваніе въ рукавъ отвара льнянаго сѣмени 2—4 раза въ день и тепловатыя, или даже прохладныя поясныя ванны, въ которыя прибавляютъ пшеничныхъ отрубей или отвара дубовой коры. Введеніе суппозиторій изъ трагакантовой камеди, или масла какао съ глицериномъ и крахмаломъ, или желатины, съ прибавленіемъ *Extr. belladonnae* 0,02 или *Extr. mesonii* 0,01—также умѣряютъ раздраженіе и боль. Д-ръ Saxe

(въ Калифорніи) предписывалъ во-первыхъ, горизонтальное положеніе въ постели, во-вторыхъ горячіе компрессы на ноги и горячее питье съ цѣлью вызвать возможно сильную испарину, въ-третьихъ внутрь каломель съ ипекакуаной 0,04 : 0,2 черезъ два часа; далѣе Александрійскій листъ какъ проносное и наконецъ легкую діету и слизистое питье. Для успокоенія больной онъ назначалъ холодныя компрессы на vulva и опіаты. Если въ теченіи 12 часовъ не наступитъ улучшенія, то слабительныя изъ солей.

Если же гиперемія, отдѣленіе и болѣзненность весьма значительны, то уменьшеніе ихъ достигается всего лучше холодными впрыскиваніями и даже введеніемъ въ рукавъ, кромѣ какого-нибудь наркотическаго вещества, кусочковъ льда. Скандони совѣтовалъ приставить нѣсколько пиявокъ къ соответствующей моч. каналу части передней стѣнкѣ рукава; этотъ способъ леченія не пользуется большимъ вниманіемъ у новѣйшихъ авторовъ и вполнѣ основательно вытѣсняется примѣненіемъ холода и мѣстнымъ воздѣйствіемъ на пораженную слизистую оболочку. Эту послѣднюю цѣль осуществилъ первый Гурманнъ: опороживъ предварительно мочевой пузырь, онъ выполнилъ мочеиспускательный каналъ тампономъ изъ чесаной ваты толщиной въ катетеръ и длиною въ 5 линій, съ завязаннымъ верхнимъ концемъ. Онъ утверждалъ, что повторяя эту тампонацію, онъ достигалъ излеченія въ 14 дней. Однако Буа де Лури нашель, что этотъ пріемъ въ десяти случаяхъ не принесъ никакой пользы и что кромѣ того онъ весьма обременителенъ, такъ какъ его приходится повторять по меньшей мѣрѣ три раза въ день. Штрейбелъ прижигалъ слизистую оболочку: онъ бралъ восковой бужъ толщиной въ катетеръ, каталъ его кончикъ въ порошокъ адскаго камня, потомъ покрывалъ его масломъ, вводилъ на 3 цтм. въ моч. каналъ и оставлялъ тамъ на нѣсколько минутъ.—Впрыскиванія менѣе дѣйствительны по причинѣ малой длины женскаго моч. канала, вслѣдствіе чего впрыснутая жидкость не такъ легко удерживается въ немъ, какъ въ мужскомъ.

Въ видахъ быстро устраниенія сильной гипереміи, гесп. какъ остраго, такъ и хроническаго триппера женскаго моч. канала лучше всего пользоваться карандашемъ адскаго камня или же *Lapis mitigati*; берутъ карандашъ, закругленный на концѣ, и соответствующій по своей толщинѣ объему мочеиспускательнаго канала, и проводятъ его 2—3 раза сряду по всей длинѣ канала. Этотъ способъ, правда, причиняетъ сильную боль. Спустя 3—4—6 дней, когда струя весь отдѣлится, операцію повторяютъ. Кноблаухъ наблюдалъ послѣ прижиганія адскимъ камнемъ кровотеченіе изъ мочевого пузыря (?), длившееся четыре дня, и учащенное мочеиспусканіе; кромѣ него никто не говоритъ о вредныхъ послѣдствіяхъ этого метода. Кромѣ того, у очень чувствительныхъ особъ можно испробовать введеніе бужей изъ трагакантовой камеди, или *Butyri sasa*, или желатины (см. стр. 36 внизу) съ вяжущими средствами, каковы квасцы, цинкъ и сѣрноокислая мѣдь (1: 40—20); вводили также (С. А. Martin) въ моч. каналъ вѣрней растворъ адскаго камня въ равныхъ частяхъ воды, посредствомъ порть-костикъ Клерка. Нѣкоторые авторы, напр. Castilhes и Cullerier, употребляли, кромѣ мѣстнаго прижиганія, еще внутреннія средства,—кубебу и бальзамъ,—а Гюэ въ послѣднее время давалъ мыло изъ канифоли. Канифоль

растворяется въ кипящей содѣ, прибавляется немного жженой магнезій, изъ этого дѣлаются пилюли въ 0,2 г. и такихъ пилюль дается въ день 15—30. Въ большинствѣ случаевъ однако, кажется, можно обойтись безъ внутренняго леченія: вромѣ раздражающей, но вѣрительной діеты, самое большее, если у слабыхъ субъектовъ приходится прибѣгнуть къ хинину и желѣзу, какъ укрѣпляющимъ.

Если въ стѣнѣ моч. канала образуется абсцессъ, то его нужно вскрыть черезъ рукавъ, какъ скоро обнаружится зыбленіе.

## ГЛАВА IV.

### Новообразованія женскаго мочеиспускательнаго канала.

**Литература.** Baker Brown: on surgical diseases of women. London 1866. p. 317. Bardenheuer: Jahresbericht üb. d. chirurg. Thätigkeit im Cölnler Bürgerhospital 1876. p. 222—223. Blot: Gaz. des hôpitaux. Nro. 129. 1871. Boivin-Dugès: Malad. de l'utérus II. 644. G. A. Braun: Compendium der Frauenkrankh. II. Aufl. 1872. S. 457—459. Clarke: Observ. on dis. of female. Deutsch v. Heinecken. I. p. 184. 1018. Denucé: Journ. de méd. de Bordeaux 1857. M. Duncan: med. Times 1871. Vol. I. p. 308. Edis: Brit. med. Journ. 1874. Vol. I. p. 449. Englisch: Wiener med. Jahrb. 1873. p. 441. Forget: Bull. de thérapie. Juin 1844. Gream: London med. Journal. Jan. 1852. Alph. Guerin: Maladies des organes génitaux externes. Paris 1864. p. 383—389. Hennig: Jahrbuch für Kinderheilkunde. I. 1. 1868. Holst u. Leufner: Mittheilungen aus der Dorpater gynäkol. Klinik. Hugenberg: Bericht aus dem Petersb. Hebammen-Institut. 1863. S. 154. Nro. 21. Hutchinson: Lancet. Dec. 12. 1874. Kiwisch v. Rotterau: Prager Vierteljahrsschrift. III. 1846. R. Lee: Clinical report of ovarian and uterine disease. London. 1853. p. 284. Macdonnell: Dublin Press. October 1852. Marh: Virchow-Hirsch, Ber. für 1874. II. 306. L. Mayer. Beiträge der Berl. geb. Gesellschaft. 1872. Bd. I. p. 371. Gio. Melchiori und Riberi: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 146. p. 314 315. Medoro: (Padua) 1842. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 37. 186—188. Ménètrez: Des polypes de l'urèthre chez la femme. Thèse. Paris 1874. Mettenheimer: Jahrbuch für Kinderheilkunde. Neue Folge. VI. 3. p. 323. 1873. Morgagni, de sed. et causis morb. Epistola XLII. Cap. 42. Müller: Ephem. Nat. Cur. Cent. VIII. Observ. 38 Neudörfer: Oestreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde. IV. 36. 1858. H. B. Normann: London med. Journ. Febr. 1852. Richet: Gaz. des hôpit. N. 64. 65. 1872. Ried: Baier. Corresp-Blatt. Nro. 1. 1843. Rizzoli: Journal de Bruxelles LX. p. 101. 224. 1875. Schmidt's Jahrb. Bd. 167. 136. v. Scanzoni: Krankheiten d. weibl. Sexualorgane. 1867. II. 322—324. Schlesiger: Wiener ärztl. Wochenblatt. Nro. 29. 30. 1868. Schützenberger: Journal de Chir. Juin 1844 und in Bavoux: Thèse de Strasbourg. 1844. G Simon: Charité-Annalen I. 2. 1850. J. Y. Simpson: Clinical Lectures on diseases of women. Philadelphia 1863. p. 134—143. Streubel: Prager Vierteljahrsschrift XI. 1. 1854 Vaille: L'union méd 138. 1872. Veit: Lehrbuch. II Aufl. 1867. p. 596. Virchow: Geschwülste: III. p. 464. Velpeau-Barthez. Journ. hebdom. Nro. 23 1836. Schmidt's Jahrb. XIII. 58. Verneuil: Gaz. de Paris. 5. 1856. Ch. West: deutsch von W. Langebeck. 1870. III. Auflage. Seite 775—778.

§ 42. Въ женскомъ моч. каналѣ гораздо чаще, чѣмъ въ мужскомъ, встрѣчается множество новообразованій. Они издавна обращали на себя вниманіе

врачей.—Морганьи описывалъ ихъ уже въ 1719. Однако всеобщій интересъ они возбудили лишь тогда, когда Клэрвъ описалъ ихъ признаки и значеніе и обозначилъ ихъ мѣткимъ названіемъ сосудистыя опухоли (*vascular tumours*) (1814). Съ тѣхъ поръ весь рядъ опухолей этого органа начали описывать подъ однимъ общимъ именемъ и называли ихъ то варункулами (Джонъ Гѣнтеръ), то губчатыми разрощеніями, то мясистыми и варикозными наростами (Шютценбергеръ), то вѣтчато-сосудистыми опухолями (Буавенъ—Дюже), то фунгозными разрощеніями (Кивишъ), хотя онѣ не одинаковы ни по значенію, ни по строенію. Ихъ слѣдуетъ скорѣе дѣлить на различныя группы по различію въ строеніи. Такъ какъ они почти всѣ безъ исключенія развиваются изъ слизистой оболочки этого органа, то смотря по ихъ отдѣльнымъ составнымъ частямъ, можно различать между ними опухоли, въ которыхъ преобладаетъ участіе сосочковаго слоя, безъ особенно сильнаго развитія сосудовъ: кондиломы; далѣе, опухоли, при которыхъ заболѣваютъ гсрр. увеличиваются желѣзы: ретенціонныя кисты, миеосоаденомы, слизистыя полипы; далѣе, опухоли, возникающія главнымъ образомъ вслѣдствіе заболѣванія соединительной ткани: фибромы и саркомы; затѣмъ опухоли, развивающіяся вслѣдствіе заболѣванія сосудовъ: ангиомы, варикозныя узлы, флебѣтазіи мочеиспускательнаго канала, въ томъ числѣ опухоли, въ которыхъ самую существенную часть новообразованія составляютъ вмѣстѣ сосочки и сосуды, фунгозные или лучше сосудистыя опухоли и полипы; папиллярныя, полипозныя ангиомы, зрѣтельныя опухоли; наконецъ наросты, исходящіе изъ эпителия: эпителиомы, карциномы. За исключеніемъ саркомы и миеосоаденомы, уже Кивишъ отдѣлилъ эти различныя опухоли одніе отъ другихъ и кромѣ того описалъ, какъ особый видъ, гиперплазію обѣихъ складовъ слизистой оболочки, которая часто распространяется въ мочеиспускательный каналъ, иногда въ видѣ кажущагося продолженія дѣвственной плевы.

Переходя затѣмъ къ болѣе близкому описанію отдѣльныхъ видовъ, мы встрѣчаемъ:

а) Кондиломы, которыя имѣютъ бородавчатую поверхность, красноватый, блѣднокрасноватый цвѣтъ, стебельчаты, нечувствительны, при прикосновеніи не кровоточатъ, одиночны или сложны и выдаются изъ *orificium urethrae*. Онѣ состоятъ изъ тонкаго эпителиальнаго покрыва, воловнистой или однородной соединительной ткани и довольно объемистыхъ волосныхъ сосудовъ.

б) Отъ нихъ должно отличить, описанныя въ особенности въ недавнее время Инглишемъ, ретенціонныя кисты женскаго мочеиспускательнаго канала. Онѣ встрѣчаются уже у зародыша на 6—7 мѣсяцѣ, у новорожденныхъ дѣвочекъ только въ передней части, въ болѣе позднемъ возрастѣ, напротивъ, вблизи *orificium vesicae*. Онѣ не всегда выдаются надъ поверхностью; закупоренный выводной протокъ этихъ маленькихъ желѣзъ часто можно узнать по черной точкѣ. По строенію онѣ состоятъ изъ собственной ткани (*Substantia propria*) желѣзы, внутренняя поверхность ихъ покрыта многочисленными сосочками и мостовиднымъ эпителиемъ; болѣе крупныя изъ нихъ нерѣдко выдаются изъ мочеиспускательнаго канала въ видѣ полукруглыхъ опухолей, могутъ вытянуться въ ножку и образовать настоящіе полипы, онѣ въ такомъ случаѣ, по большей части, бывають покрыты нормальной слизистой оболочкой.

с) Если преобладающею составною частью является соединительная ткань, то образуются болѣе плотныя опухоли, которыя были описаны въ послѣднее время Нейдѣрферомъ, Меттенгеймеромъ и Геннигомъ: подъ названіемъ фибромъ.—Опухоль, экстирпированная Нейдѣрферомъ у сифилитической женщины, имѣла величину голубиного яйца и состояла изъ соединительной ткани съ пирамидальными отростками, природу которыхъ Нейдѣрферу уяснить не удалось. Пожека опухоли сидѣла вблизи *ostifici vesicalis*. Меттенгеймеръ нашелъ въ описанной имъ опухоли, на поверхности толстый слой мостовиднаго эпителия и строма изъ толстаго слоя соединительной ткани съ волоконцами возрастающей толщины. Геннигъ сообщаетъ 2 случая врожденныхъ полипозныхъ разрощений женскаго моч. канала, висѣвшихъ одно на ножкѣ длиною въ 3 цтм., другое—въ 3 мм. Послѣ уплотненія въ древесномъ укусуѣ онѣ оказались состоящими изъ нѣжной петливой соединительной ткани. Я видѣлъ недавно совершенно такой же случай (№ 544. 1876), гдѣ у нижняго края устья мочеиспускательнаго канала новорожденной дѣвочки висѣла на ножкѣ, длиною въ 2—3 мм., киста величиною въ конопляное зерно.

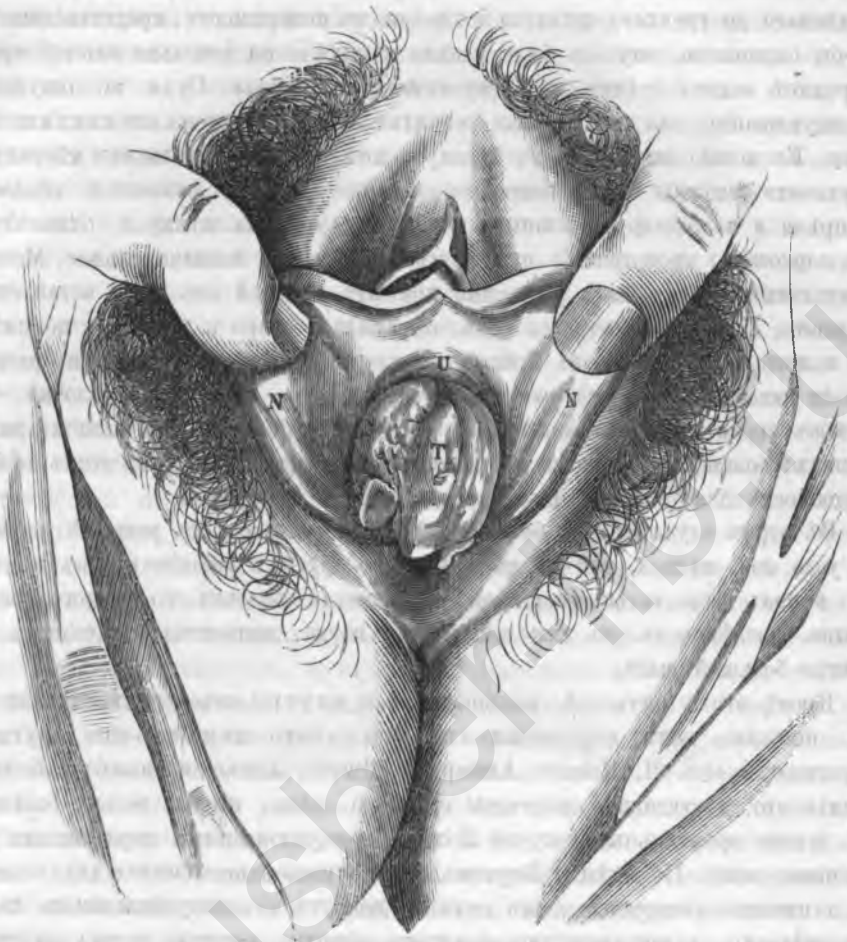
Изъ всѣхъ новообразованій этой области такія опухоли изъ соединительной ткани могутъ достигать наибольшей величины—до гусиного яйца (Вельпо, Сванцони, Симонъ изъ Ростокѣ); но онѣ вообще очень рѣдки.

d) Разрощеніе желѣзъ и соединительной ткани слизистой оболочки ведетъ къ образованію такъ называемой миксоаденомы; одинъ случай этого рода описалъ и срисовалъ недавно Бейгель: яркоребрая, богатая сосудами опухоль, величиною въ вишню, состояла микроскопически изъ рыхлой, губчатой ткани съ кучками значительно перерожденныхъ желѣзъ, окруженныхъ миксоматозной тканью.

e) Бейгель же описалъ и срисовалъ единственный, извѣстный до сихъ поръ случай саркомы мочеиспускательнаго канала (рис. 14): опухоль эта имѣла величину лѣснаго орѣха, состояла изъ трехъ лопастей и сидѣла на наружномъ краю устья моч. канала. Ткань ея была мѣстами плотна, мѣстами рыхла. Плотные участки представляли весьма нѣжную строма, петли которой были выполнены очень мелкими вѣтвками, кое-гдѣ шли болѣе плотные пряди волоконъ; въ наружной периферіи опухоли петли были крупнѣе, стѣнки толще, и кромѣ того замѣчалось множество большихъ и маленькихъ пространствъ, выполненныхъ коллоидною жидкостью. Опухоль была экстирпирована, но авторъ не говоритъ, послѣдовалъ ли рецидивъ.

f) Если вены мочеиспускательнаго канала сильно расширены, то узлы ихъ могутъ тянуть за собою слизистую оболочку и образовать выступающія опухоли, изъ которыхъ могутъ развиваться значительныя наросты, какъ мы видѣли въ § 31 при выпаденіи слизистой оболочки моч. канала, въ случаѣ Г. Симона. Эти опухоли синевато-краснаго цвѣта, безболѣзненны, уступаютъ давленію, покрыты неизоврежденной слизистой оболочкой и могутъ сидѣть какъ въ верхнемъ, такъ и въ нижнемъ отдѣлѣ канала; на самомъ же дѣлѣ,—это настоящіе геморроидальныя узлы мочеиспускательнаго канала. Рише, занимавшійся въ послѣднее время этими ангиомами *urethrae* и наблюдавшій, по словамъ его, 8 случаевъ этого рода, указываетъ на ихъ аналогію съ гемор-

Рис. 14.



Sarcoma urethrae по Бейгелю.

роидальными узлами прямой кишки. Будучи поранены при введении катетера, онъ могутъ повести въ значительному кровотеченію (сравни случай Симона). Если такой узелъ лопнетъ безъ нарушенія цѣлости покрывающей его слизистой оболочки, то кровь изливается въ ткань опухоли и возникаетъ Haematoma polyposum urethrae. Я видѣлъ однажды подобный случай и опишу его здѣсь:

60-ти лѣтняя вдова, потерявшая менструацію нѣсколько лѣтъ тому назадъ, никогда не страдавшая болѣзнями мочевого аппарата, легко родившая 6 разъ и имѣвшая выкидышъ 15 лѣтъ тому назадъ, несла 19 апрѣля 1867 на коромыслѣ два тяжелыхъ ведра, наполненные жидкостью, и перешагнула съ ними черезъ узкую канавку. Въ то же мгновеніе она почувствовала боль въ передней части vulvae и вмѣстѣ съ тѣмъ замѣтила непроизвольное истеченіе мочи и кровотеченіе, какъ оказалось при осмотрѣ. Боль въ указанномъ мѣстѣ все усиливалась и вскорѣ пациентка почувствовала присутствіе опухоли. Я увидалъ ее только 26 апрѣля и нашелъ выдающуюся изъ расширеннаго моче-

испускательнаго канала темносинюю, вѣчувствительную опухоль, величиною отъ лѣснаго до грецкаго орѣха; за исключеніемъ поверхности, представлявшей какъ-бы окончатую, опухоль была гладка и сидѣла на довольно толстой ножкѣ по срединѣ задней стѣнки мочеиспускательнаго канала. Судя по ощущенію при опухиваніи, она должна была состоять главнымъ образомъ изъ излившейся крови. Ее можно было немного оттянуть книзу, и въ нѣсколькихъ мѣстахъ на поверхности замѣтны были некротизированные участки слизистой оболочки. 28 апрѣля я наложилъ въ клиннѣ петлю экразера на ножку и отдалъ ее подъ наркозомъ; кровотеченіе при этомъ было весьма незначительное. Мочеиспускательный каналъ былъ умѣренно прижатъ пробой изъ ваты, вставленной въ рукавъ. Пациентка мочилась сама, оправилась скоро и рецидива не имѣла, хотя я видѣлъ ее потомъ въ Роштофѣ, спустя нѣсколько лѣтъ. При разрѣзѣ опухоли оказалось, что она состояла изъ покрова — слизистой оболочки, — и ступковъ крови, уже принявшихъ слоистое строеніе, какъ при плацентарныхъ полипахъ; большихъ сосудовъ не было видно въ разрѣзѣ, да въ этомъ не было и надобности для разъясненія происхожденія этой опухоли.

Въ этомъ случаѣ дѣло, безъ сомнѣнія, заключалось въ разрывѣ варикознаго узла моч. канала, такъ какъ никакихъ другихъ заболѣваній въ немъ не было; каналъ былъ только расширенъ и слизистая оболочка его немного дрябла. Разрывъ послѣдовалъ отъ тяжелой ноши, когда пациентка сдѣлала съ нею особенно большой шагъ.

Кромѣ этихъ опухолей, развивающихся внутри мочеиспускательнаго канала, описаны, какъ венозные ангиомы этого канала, еще другія въ окружности его. Ч. Клэръ, Ашбернеръ, Ригби, Ложье описали бульбозныя вздутія его, достигавшія величины грецкаго орѣха, иногда весьма болѣзненные, затѣмъ эректильныя (случай Ложье), и обусловленные варикозными расширениями вѣнь. По мнѣнію Вирхова, здѣсь произошло смѣшеніе двухъ состояній, а именно: геморроидальныя опухоли вокругъ мочеиспускательнаго канала были смѣшаны съ врожденными пороками развитія, которые можно свести къ остаткамъ эмбриональной двойственности рывава. Изъ этихъ рудиментовъ иногда развиваются значительныя опухоли, и тогда онѣ дѣйствительно въ толщѣ своей представляютъ состояніе телеангіектази.

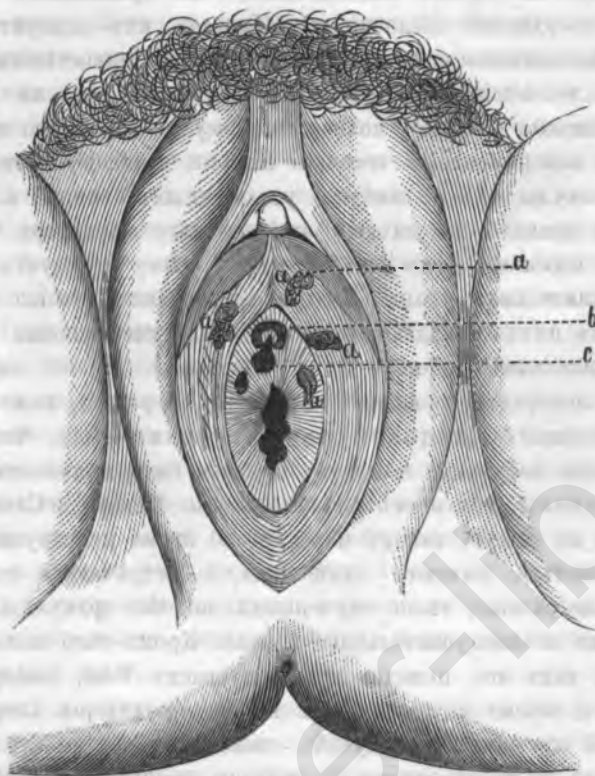
г) Но изъ всѣхъ опухолей мочеиспускательнаго канала самое важное значеніе имѣютъ такъ называемыя сосудистыя опухоли или полипы, которые можно также назвать сосочковыми полипозными ангиомами. Это новообразованія, которыя встрѣчаются въ устьѣ мочеиспускательнаго канала и выдаются надъ его уровнемъ въ видѣ возвышеній ярею или блѣднокраснаго, малиноваго, вишневокраснаго цвѣта, величиною отъ коноплянаго зерна до горошины и лѣснаго орѣха, рѣдко немного больше; поверхность ихъ рѣдко гладкая, большею частью она немного зерниста; онѣ часто сидятъ на широкомъ основаніи, въ другихъ случаяхъ имѣютъ явственную ножку, и слегка кровоточатъ при прикосновеніи. Г. Симонъ нашелъ въ нихъ, при макроскопическомъ изслѣдованіи, много сосудистыхъ петель и притомъ усиленное разрастаніе сосочковъ и пластовъ соединительной ткани слизистой оболочки. Ведль также констатировалъ чрезвычайно обильное развитіе сосудовъ и нахо-

диль послѣдніе мѣстами сильно извилистыми; онъ сравниваетъ ихъ поэтому съ *vasa torticosa* сосудистой оболочки и называетъ ихъ дендритическими сосочковыми новообразованиями соединительной ткани съ тонкостѣнными сосудами. «Они сходны съ телеангіектазіями въ томъ отношеніи, что въ составъ ихъ входитъ необыкновенно большое количество сосудовъ, которые продолжаютъ даже въ нѣжные поверхностные сосочки. Но они отличаются отъ телеангіектазіей тѣмъ, что сосуды ихъ не имѣютъ утолщенныхъ стѣновокъ и, по крайней мѣрѣ какъ общее правило, не имѣютъ эстатическаго характера. Поверхность нароста покрыта плоскимъ эпителиемъ; основную массу образуетъ мягкая слизистая или соединительная ткань. Желѣзы встрѣчаются только по одиночкѣ и лишь иногда въ нихъ попадаются простыя или кистовидныя расширения, наполненныя слизистымъ содержимымъ» (Вирховъ). Не всѣ опухоли этого рода имѣютъ на поверхности плоскій эпителий. Вернейль нашелъ на одной такой опухоли толстый слой цилиндрическаго эпителия. Что онѣ повременамъ подвержены набуханію и потому должны быть причислены къ классу зреетильныхъ опухолей, объ этомъ упоминалъ уже Медоро, и Скальцони наблюдалъ это явленіе на одномъ такомъ наростѣ во время менструаціи. Эти опухоли, большею частью, бываютъ одиночныя, но встрѣчаются также и по 2, по 3, иногда даже больше, тѣсно сгруппированныхъ, подобно грануляціямъ, на краю слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. Кромѣ того попадаются, хотя и не такъ часто, какъ это, повидимому, допускаетъ West, аналогичныя разрожденія меньшаго объема въ различныхъ точкахъ преддверія. Симпсонъ срисовалъ одинъ такой поучительный случай; сравни рис. 15 на стр. 56: а а а — отдѣльныя опухоли во входѣ рукава, b—*orificium urethrae* и с—свѣшивающійся изъ него полипъ. West упоминаетъ еще, что извѣстны случаи, гдѣ эти разрожденія занимали мочеиспускательный каналъ почти по всей его длинѣ. Желая объяснить чрезвычайно сильную чувствительность этихъ опухолей, въ нихъ, естественно, искали нервныя волокна, однако Вернейль ихъ не нашелъ, тогда какъ, по свидѣтельству Симпсона, д-ръ Джонъ Рейдъ, изслѣдовавшій опухоль, экстирпированную Симпсономъ, видѣлъ въ ней «и весьма обильное содержаніе нервныхъ нитей (*a very rich distribution of nervous filaments*).» Всего чаще эти новообразования сидятъ вблизи *orificii urethrae externi*, на разстояніи нѣсколькихъ линій отъ него, на задней стѣнѣ; рѣже они помѣщаются выше такъ что бываютъ скрыты въ мочеиспускательномъ каналѣ.

h) Лупозныя и раковыя новообразования встрѣчаются въ женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ крайне рѣдко и развиваются здѣсь обыкновенно вторично, переходя сюда съ наружныхъ половыхъ частей или изъ рукава. Рауанъ говоритъ, что и въ наружномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала можетъ встрѣтиться ракъ и сифилисъ. Описанія рака мочеиспускательнаго канала у женщинъ, которыя попадаются кое гдѣ въ литературѣ (напримѣръ описаніе Брауна (въ *Busch's Geschlechtsleben* III. 26), возбуждаютъ значительныя сомнѣнія относительно вѣрности діагноза. Какъ часто при ракѣ матки заболѣваетъ и мочевой пузырь—по Гуссерову 128 разъ изъ 311,—какъ часто при этомъ возникаютъ фистулы—56 разъ,—такъ, напротивъ, рѣдко поражается ракомъ, кромѣ *trigonum colli* и задней стѣнки пузыря, также и мочеиспускатель-



Рис. 13.



Carunculi introitus vaginae и Orif. uretr. по Смпсону.

ный каналъ. Вызвавъ прободеніе пузыря, процессъ, очевидно, скоро приводитъ къ летальному исходу, такъ что не успѣваетъ распространиться внизъ; съ другой стороны, раковое перерожденіе наружныхъ половыхъ частей такая рѣдкость, что послѣдовательное развитіе такихъ новообразованій въ мочеиспускательномъ каналѣ не можетъ встрѣчаться часто. Въ новѣйшее время Шлезингеръ описалъ одинъ случай послѣдняго рода, въ которомъ у 58-лѣтней женщины, долго страдавшей выпаденіемъ матки, находилось in vulva кругловатая опухоль, длиною отъ 2—2,5 цтм.; она шла отъ корня уздечки клитора внизъ и охватывала наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала. Послѣдній былъ короче обыкновеннаго и по всему протяженію своей задней стѣнки былъ охваченъ опухолью, величиною около каштана; по изслѣдованію Клоба, это былъ канцеридъ, состоявшій изъ плоскаго эпителія.

Позднѣ были обнародованы еще 5 случаевъ рака вокругъ моч. канала (carcinoma periurethrale), 4 случая Мелькіори и 1 Рибери (1869): эти авторы нашли, что перинуретральный ракъ у женщины развивается въ видѣ узла въ преддверіи vulvae, вблизи мочеиспускательнаго канала, потомъ разрастается болѣе или менѣе въ ячеистой ткани, вдоль канала, не поражая его стѣнокъ или слизистой оболочки. Отверстіе мочеиспускательнаго канала можетъ однако изъязвиться послѣдовательно, если образуется раковая язва. Узелокъ вначалѣ

твердъ, не изъязвленъ, мало или совсѣмъ не болѣзненъ при давленіи, иногда же въ немъ бываютъ стрѣляющія боли, которыя и приводили къ его открытію. Часто опухоль замѣчаютъ только тогда, когда она значительно выростетъ, изъязвится и начнетъ кровоточить. Въ концѣ концовъ новообразование захватываетъ все преддверіе. Въ первой степени своего развитія, раковый узелъ заходитъ въ глубину не дальше какъ до половины длины мочеиспускательнаго канала, т. е. не болѣе какъ на 12—15 мм.; во второй степени онъ проникаетъ до тазовой фасціи и шейки мочевого пузыря, въ третьей переходитъ за лонное сращеніе и нисходящія вѣтви *ossium pubis* и распространяется по ту сторону въ ячеистой ткани и на шейку пузыря.—Въ случаѣ Барденгейера изъязвившаяся опухоль, величиною въ лѣсной орѣхъ, охватывала *orificium urethrae* и распространялась черезъ мочеиспускательный каналъ до мочевого пузыря.

Дуповныя новообразованія я видѣлъ 1 разъ при *Lupus perforans vulvae*; язва произвела прободеніе правой малой губы, другая, у основанія клитора, простиралась въ самый мочеиспускательный каналъ; стѣнка послѣдняго сильно опухла и была устѣяна узловатыми утолщеніями, похожими на кондиломы, разрощеніями слизистой оболочки; это страданіе нѣсколько лѣтъ упорно противилось всѣмъ противусифилитическимъ средствамъ. Мочеиспускательный каналъ былъ значительно расширенъ.

Разрушеніе мочеиспускательнаго канала слоновою проказой *vulvae* видѣлъ Л. Майеръ (1. с. случай 9).

§ 43. Признаки. Многія изъ описанныхъ выше новообразованій могутъ существовать безъ всякихъ явленій, кромѣ развѣ слабого чувства жженія; къ такимъ принадлежатъ мелкія кондиломы, фибромы, маленькія ретенціонныя кисты и полипы слизистой оболочки. Но по мѣрѣ увеличенія этихъ опухолей кромѣ болѣзненнаго ощущенія — потягиванія *in vulva* — замѣчается обыкновенно прежде всего расстройство выведенія мочи. Пациентки чувствуютъ зудъ, жженіе и покалываніе въ мочеиспускательномъ каналѣ въ соединеніи съ учащеннымъ позывомъ къ мочеиспусканію, самый актъ его становится болѣзненнымъ. Эти боли могутъ достигать весьма значительной степени. Симпсонъ рассказываетъ, что одна женщина, страдавшая сосудистой опухолью мочеиспускательнаго канала, всегда уходила изъ дому, когда ей нужно было помочиться, чтобы имѣть возможность стонать и кричать безъ помѣхи; онъ приводитъ также случай, гдѣ 16-ти-лѣтняя дѣвушка удерживала мочу впродолженіи 12 часовъ, чтобы только избѣжать ужасной боли. По мѣрѣ увеличенія опухолей, мочеиспускательный каналъ также постепенно расширяется, слизистая оболочка его раздражается, гиперемирруется, поражается катарромъ—состоянія эти слѣдуетъ иногда разсматривать только какъ слѣдствіе тренія и смачиванія, также какъ ссадины, трещины и язвы, которыя случаются наблюдать на опухоляхъ. Боли распространяются и дальше—на бедра, вкрестецъ, даже въ ноги; онѣ усиливаются въ стоячемъ положеніи, при движеніяхъ и во время менструаціи. Несмотря на расширеніе мочеиспускательнаго канала, струя мочи иногда очень тонка, иногда раздвоена, и моча часто смѣшана съ кровью.

Если опухоли появляются рано, у маленькихъ дѣвочекъ, то несносный

зудъ можетъ довести ихъ до мастурбаціи. Ридъ упоминаетъ, что варикозныя узлы въ мочеиспускательномъ каналѣ обусловливають иногда усиленіе полового стремленія, удовлетвореніе котораго однако вызываетъ боли. О полнпозныхъ ангиомахъ мочеиспускательнаго канала можно впрочемъ сказать, что онѣ вслѣдствіе своей болѣзненности дѣлаютъ coitus большею частью невозможнымъ, такъ какъ самое легкое прикосновеніе къ нимъ пальца, даже рубашки, причиняетъ часто сильнѣйшія боли и тотчасъ вызываетъ судорожное сокращеніе sphincteris cunni и levatoris ani, которое дѣлаетъ immissio penis невозможнымъ, и ведетъ къ безплодію также вѣрно, какъ вагинизмъ. Тѣмъ не менѣе, такія опухоли находили у беременныхъ.

Затѣмъ, боли могутъ вести къ судорожнымъ припадкамъ, а нарушеніе ночнаго покоя, катарры и кровотеченія отзываются весьма вредно на общемъ состояніи, въ особенности, когда вслѣдствіе застоя мочи присоединяются заболѣванія мочеваго пузыря, мочеточниковъ и почечъ. Къ счастью это случается рѣдко, но все-таки случается (Медора, Барденгейеръ).

Какъ на осложненія нужно указать на катарры матки и рукава, полипы рукава (Маедонелль) и подобныя имъ разрошенія въ преддверіи влагалища (Симпсонъ).

Кромѣ наклонности къ росту, характерна въ особенности для ангиомъ большая наклонность къ рецидивамъ; послѣ экстирпаціи онѣ обыкновенно возвращаются черезъ 1½—2 мѣсяца,—это замѣчено, почти всѣми авторами; возвратъ наступаетъ даже и въ томъ случаѣ, если послѣ экстирпаціи было употреблено каленое желѣзо и сильная каутеризація (Кивипшъ, Медора).

Я не встрѣчалъ ни у кого изъ авторовъ указанія на одинъ признакъ этого страданія, весьма характеристичный во многихъ случаяхъ, и который я наблюдалъ въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ: это гиперетезія vulvae въ овуражности опухоли, благодаря которой сидячее положеніе становится почти абсолютно невозможнымъ для больной. Я имѣлъ одну пациентку, у которой я нѣсколько разъ вырѣзалъ опухоль ножницами и энергически прижигалъ ея основаніе Argento nitrico; несмотря на это, опухоль постоянно выросла снова, такъ какъ существованіе ея зависѣло отъ міомы задней стѣнки матки, смѣстившей послѣднюю такимъ образомъ, что она давила на шейку мочеваго пузыря. Эта больная не могла сѣсть на стулъ такъ, какъ садятся здоровые люди, а садилась на одинъ изъ сѣдалищныхъ бугровъ, и нѣсколько лѣтъ дѣлала всевозможныя попытки, чтобы приспособить себя особенный стулъ; она пробовала даже совсѣмъ вынимать сидѣнье стула, чтобы избѣжать всякаго давленія на область vulvae, но все это было безуспѣшно. Въ концѣ концовъ она проводила почти весь день стоя, или въ лежачемъ положеніи на диванѣ. Бывать въ обществѣ она не могла, потому что едва въ состояніи была выси-дѣть нѣсколько минутъ на краю стула, и ѣла всегда стоя. Coitus былъ абсолютно невозможенъ; ей было около 60 лѣтъ, и она оставалась дѣвушкой, хотя была замужемъ болѣе 30 лѣтъ. На выжиганіе каленымъ желѣзомъ подъ хлороформомъ она не могла рѣшиться въ виду лѣтъ своихъ, и получила облегченіе только отъ прижиганія плоскихъ опухолей Argento nitrico или Lapide mitigato.

§ 44. Діагно́зъ. Если женщина жалуется на боль при мочеиспусканіи, чувствуетъ стѣсненіе и боль когда садится, и вообще жалуется на какія-нибудь неправильности при мочеиспусканіи, никогда не должно унустать изъ виду изслѣдованія зрѣніемъ устья мочеиспускательнаго канала, и если тамъ есть опухоли, то ихъ легко тотчасъ же увидѣть. Кондиломы распознаются по ихъ безболѣзненности или малой чувствительности, по ихъ блѣдносѣрой, изрытой поверхности, не кровоточащей при прикосновеніи, и для подтвержденія діагноза большею частью удается найти аналогичныя образованія и на другихъ частяхъ *vestibuli*. Фибромы и кисты безъ труда узнаются по отсутствію боли, по гладкой поверхности и болѣе твердой или мягко-эластичной консистенціи, варикозные узлы—но синеватому цвѣту, способности уменьшаться въ объемѣ при давленіи, и также по присущей имъ обыкновенно нечувствительности. Для саркомъ и ангиомъ характерны чрезмѣрная болѣзненность, ярко-красный цвѣтъ и легкая кровоточивость при прикосновеніи. Смѣшать ихъ съ вагинизмомъ возможно собственно лишь въ томъ случаѣ, если части не были тщательно осмотрѣны и изслѣдованы каждая отдѣльно относительно ихъ чувствительности; при вагинизмѣ *humer* или его остатки обыкновенно бываютъ чувствительны до такой степени, что попытка ввести палецъ въ рукавъ или даже только прикоснуться къ этимъ частямъ, вызываетъ сильнѣйшій спазмъ, тогда какъ при ангиомахъ мочеиспускательнаго канала можно ввести палецъ въ рукавъ, если избѣгать прикосновенія къ опухоли. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда эти опухоли скрываются въ мочеиспускательномъ каналѣ, ихъ легче бываетъ смѣшать съ вагинизмомъ. Для распознаванія новообразованій, находящихся въ верхнемъ отдѣлѣ мочеиспускательнаго канала, особенно у чувствительныхъ субъектовъ, ихъ нужно прежде всего наркотизировать и тогда можно сжимать мочеиспускательный каналъ черезъ рукавъ, чтобы выдавить изъ него опухоли, которыя можетъ быть сидятъ на ножкѣ, или же можно изслѣдовать его маточнымъ зондомъ *gesp.* нинцетомъ для вытягиванія новообразованій. Если и этотъ приемъ не уясняетъ дѣла, то нужно расширить мочеиспускательный каналъ или инструментомъ въ родѣ ушнаго зеркала, какъ дѣлалъ уже *Espezel*, или *Симоновскими* зеркалами. Смѣшенія описанныхъ опухолей съ выпаденіемъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала (см. § 21) можно избѣгать, внимательно осматривая положеніе *ostii uethrae externi* и его форму; нужно попробовать вправить опухоль и опредѣлить, имѣетъ она ножку или нѣтъ. Иногда выпаденіе существуетъ вмѣстѣ съ опухолью.

Очень часто страданіе долгое время остается неузнаннымъ пользующимъ больную врачомъ потому, что не былъ произведенъ осмотръ, а это упущеніе объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что другія существующія въ тоже время страданія, или иррадирующія боли симулируютъ заболѣванія матки, *gesp.* существуютъ и эти послѣднія. Но вполне точные разспросы относительно главнаго мѣста боли, относительно другихъ припадковъ, и повторное, основательное изслѣдованіе пациентки устраняютъ возможность долговременной ошибки въ діагнозѣ.

§ 45. **Этіологія:** Новообразованія мочеиспускательнаго канала встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ. Инглишъ, Геннигъ и я находили ихъ уже врожденными и у маленькихъ дѣтей; Меттенгеймеръ—у 6-лѣтней дѣвочки, Денюсе у 4 дѣвочекъ отъ 7—13 лѣтъ; West—у одной больной моложе 20 лѣтъ, у 5 между 20 и 30, у 6 между 30 и 40, у 4 между 40 и 50, у пяти старше 50; я самъ, кромѣ одной 60-лѣтней (см. выше), видѣлъ ихъ у женщины 70 и другой 92 лѣтъ.—Кто болѣе расположенъ въ нимъ, незамужнія или замужнія, пока нельзя рѣшить по слишкомъ малому числу наблюденій. Кромѣ упомянутаго на стр. 52 случая врожденнаго полипа мочеиспускательнаго канала, я видѣлъ еще 20 случаевъ ограниченныхъ новообразованій этого органа; всѣ пациентки, кромѣ одной, были замужемъ, послѣдняя даже рожала; 5 были безплодны, 5, напротивъ, рожали болѣе чѣмъ по 5 разъ. Что вмѣстѣ съ этими опухолями могутъ существовать и другія заболѣванія полового аппарата, на это указывалъ уже Сканцони, который не имѣлъ ихъ только въ 2 случаяхъ изъ 13; я также могу подтвердить это всѣми моими наблюденіями. Но Сканцони идетъ дальше и утверждаетъ, что такъ какъ такія больныя почти всегда страдаютъ хроническимъ катарромъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, то, безъ сомнѣнія, будетъ справедливо признавать послѣдній важнѣйшимъ этиологическимъ моментомъ для развитія этихъ новообразованій. Мои опыты противорѣчатъ этому заявленію. Вельпо также полагалъ, что сифилитическое (вѣрнѣе бленноройное) зараженіе является, повидимому, самую частою причиною, и съ нимъ согласны Шютценбергеръ и Кивишъ; но Симонъ, Норманъ, Штрейбелъ и я держимся того мнѣнія, что вообще (за исключеніемъ разумѣется кондиломъ) эти новообразованія не заразительнаго происхожденія и что истеченіе слизи изъ мочеиспускательнаго канала чаще бываетъ послѣдствіемъ новообразованія. Тоже самое нужно сказать о мастурбаціи, какъ о причинѣ, по крайней мѣрѣ, она также легко можетъ быть слѣдствіемъ (Инглишъ, Норманъ противъ Меттенгеймера).

Не подлежитъ конечно сомнѣнію, что затяжные катарры рукава могутъ наконецъ вызвать катарры мочеиспускательнаго канала, и эти послѣдніе—новообразованія описанныя нами; затѣмъ, что брачное сожителство, беременность, роды и послѣродовой періодъ, при которыхъ часто происходятъ поврежденія мочеиспускательнаго канала, служатъ важными предрасполагающими моментами,—это также не требуетъ доказательства, и Рише указывалъ на значеніе этого факта, въ особенности для венозныхъ ангиомъ. Болѣе рѣдки тѣ случаи, гдѣ опухоли матки, яичниковъ и остальныхъ тазовыхъ органовъ вызываютъ развитіе такихъ новообразованій, вслѣдствіе активной и пассивной гипереміи. Вернейль наблюдалъ одну больную съ фибромомъ матки, и сюда же принадлежитъ случай, описанный мною выше, гдѣ 92-лѣтняя пациентка страдала старческой кровяной опухолью матки. Старые, очень дряблыя и золотушные субъекты съ флебѣтазидами дѣтородныхъ частей расположены также въ опухолямъ мочеиспускательнаго канала.

Еслибъ дѣйствительно гонорройныя заболѣванія были важнѣйшей причиною, то эти новообразованія непременно должны были встрѣчаться часто и у мужчинъ, что однако случается очень рѣдко. Вирховъ цитируетъ, какъ

компетентнаго по этому вопросу автора, Гулара, о которомъ упоминалъ уже Морганьи. Въ послѣднее время Плумъ также нашелъ сосудистый полипъ въ мужскомъ мочеиспускательномъ каналѣ (Virchow-Hirsch, Baricht f. 1870. II. 197).

Приведенный выше случай Нейдерфера интересенъ въ этиологическомъ отношеніи, потому что тамъ была найдена цилиндрическая гипертрофія влиторы и его граеритіи и подъ нимъ пять пирамидальныхъ отростковъ, выстоявшихъ изъ мочеиспускательнаго канала. Здѣсь можно было бы предположить, что послѣдніе возникли вслѣдствіе постояннаго раздраженія, которое первая могла причинять отверстію urethrae.—Далѣе важно въ этиологическомъ отношеніи обнаруженное Гетчинсономъ наблюденіе полипозной сосочковой ангиомы у 33-лѣтней женщины, происходившей изъ кровоточивой семьи. Если здѣсь, по всей вѣроятности, существовало наследственное предрасположеніе, то всетаки не подлежитъ сомнѣнію, что большая часть описанныхъ новообразованій обязаны своимъ происхожденіемъ мѣстнымъ раздраженіямъ; но еще въ точности не разъяснено, какого рода бываютъ всего чаще эти раздраженія. Этилогія во многихъ отношеніяхъ еще неясна. Такъ часто какъ говоритъ Вейгель,—а онъ говоритъ, что можно утверждать, что мало найдется женщинъ, не имѣющихъ образованій, о которыхъ идетъ здѣсь рѣчь — такъ часто я ихъ не находилъ, и если я долженъ согласиться, что гипертрофія слизистой оболочки самаго нижняго отдѣла мочеиспускательнаго канала составляетъ у женщинъ одно изъ самыхъ частыхъ явленій, то съ другой стороны, я долженъ прибавить, что именно тѣ опухоли, которыя названы сосочковыми—полипозными ангиомами—ни въ какомъ случаѣ не принадлежатъ къ ежедневно встрѣчающимся явленіямъ. Изъ 2700 родильницъ, которыхъ я самъ точно изслѣдовалъ при выпискѣ, я нашелъ 493 или 18% съ ссадинами, трещинами и рубцами въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ устьемъ мочеиспускательнаго канала, но только у 18 оказались частью варикозные узлы, частью островочечныя бандиломы, частью маленькіе полипы мочеиспускательнаго канала, между тѣмъ какъ выпаденіе слизистой оболочки его встрѣтилось почти въ 10% всѣхъ случаевъ и именно, въ формѣ выпаденія одной или двухъ складокъ задней стѣнки канала.

§ 46. Исходъ и предсказаніе. Большая часть новообразованій женскаго мочеиспускательнаго канала: бандиломы, фибромы, полипы слизистой оболочки и висты экстирпируются легко и вѣрно и даютъ поэтому хорошій прогнозъ, тѣмъ болѣе, что онѣ не причиняютъ большаго безпокойства. Иногда даже, по наблюденію Шпальдерера, полипы отходятъ самопроизвольно съ мочою послѣ некротизаціи ихъ ножки. Напротивъ, ангиомы, именно венозныя и капиллярныя, гораздо злокачественнѣе, не только по причинѣ многочисленныхъ и интенсивныхъ припадковъ, которые онѣ влекутъ за собою, но въ особенности еще потому, что онѣ обнаруживаютъ такую сильную склонность къ рецидивамъ. Правда, удаленіе ихъ оперативнымъ путемъ нетрудно, и происходящее при этомъ кровотеченіе большею частью бываетъ незначительно, — но иногда, уже спустя 6 — 8 недѣль, начинаются возвраты; бываютъ также во время операціи и послѣ нея кровотеченія наружу (Вейгель) и въ мочево-

пузырь (Лисфранкъ—Фарже), столь значительныя, что пациентки могут сильно ослабѣть. Бываютъ далѣ случаи, гдѣ, несмотря на самыя энергическія мѣры, все новое и новое рецидивы отравляютъ и подрываютъ жизнь пациентки. Къ счастью, эти случаи составляютъ исключеніе, и въ большинствѣ случаевъ, за исключеніемъ луpezныхъ, элѣфантическихъ и раковыхъ опухолей, возможно радикальное излеченіе въ короткое время.

§ 47. Лечение: Если опухоли мочеиспускательнаго канала не вызываютъ никакихъ жалобъ, то нѣтъ причины вооружаться противъ нихъ; если онѣ причиняютъ какія либо неудобства, или боли и функциональныя разстройства, тогда во всякомъ случаѣ сдѣлаютъ хорошо, если выступятъ противъ-нихъ въ походѣ какъ можно скорѣе и какъ можно энергичнѣе. Способы, которыми до сихъ поръ пользовались, для ихъ устранения, были слѣдующіе:

1) Наложеніе лигатуры: Герсанъ, Ридъ, Геренъ.  
 2) Вырѣзываніе: Штрейбель.  
 3) Отрѣзываніе ножомъ или ножницами: Вельпо, Шютценбергеръ, Espezel, Фарже, Кивишъ, Норманъ, Симпсонъ, Инглишъ, Ридъ, Макдоннель, Нейдерферъ и др.

4) Каленое желѣзо: Миду, Ли, Dalamin, Ретцусъ, Симпсонъ.

5) Вырѣзываніе и энергическое прижиганіе основанія *Argento nitrico* или *Lapide mitigato*, или *Acido nitrico*, или каленымъ желѣзомъ, или прижигателемъ стриктуръ гальванонаустическаго аппарата: Вельпо, Макдоннель, Ридъ, Ветцеръ, Шу, Торе, Бераръ, Симпсонъ, Геренъ, Фейтъ, West, Бэкерь—Браунъ, Менетре.

6) Одни сильныя прижиганія: *Arg. nitrico in substantia*, концентрированной азотной кислотой: Гримъ, хромовой кислотой: Эдисъ.

При большихъ и высоко стоящихъ опухоляхъ прежде надрѣзывали мочеиспускательный каналъ, чтобы лучше экстирпировать опухоль: Царнеръ, Шу, Ветцеръ, Макдоннель.

Согласно взглядамъ всѣхъ новыхъ авторовъ, изъ этихъ методовъ только № 5 можно назвать наиболѣ цѣлесообразнымъ, № 1 (лигатура), 2 (перекручиваніе) слѣдуетъ признать устарѣвшими. И такъ, если нужно экстирпировать перечисленныя новообразованія, то пациентку сперва глубоко наркотизируютъ, потомъ приводятъ въ ягодично-спинное положеніе, ассистентъ обнажаетъ, насколько нужно, устье мочеиспускательнаго канала; опухоль вытягиваютъ подальше помощью брюечка, отрѣзаютъ ее у основанія ножницами или ножомъ и затѣмъ энергически прижигаютъ, въ теченіи нѣсколькихъ секундъ, основаніе, на которомъ сидѣла ножка, концентрированной азотной кислотой, или хромовой кислотой, или маленькимъ, островонечнымъ раскаленнымъ желѣзнымъ стержнемъ. Кровотеченіе при этомъ болѣею частью бываетъ незначительно; если же оно довольно сильно, то его можно остановить повторнымъ приложеніемъ каленаго желѣза, или *Liqu. ferri sesquichlorati*, можно также прижать мочеиспускательный каналъ черезъ ружавъ пальцемъ или пожалуй тампонами. Если опухоль сидитъ высоко въ мочеиспускательномъ каналѣ и не можетъ быть вытянута изъ его отверстія, то

можно расширить каналъ; если и тогда не удастся вытащить опухоль, то нужно обхватить ее ножку гальванокаустическою петлей. Если возвышенія въ мочеиспускательномъ каналѣ такъ плоски, что ихъ трудно захватить петлей, то можно послѣ расширенія воспользоваться Симоновскою ложкой для выскабливанія новообразованій. — При ретенціонныхъ вистахъ, у маленькихъ дѣтей, нужно готовить къ вырѣзыванію введеніемъ бужей и катетера. — При геморроидальныхъ опухоляхъ мочеиспускательнаго канала показано прежде всего методическое прижатіе ихъ расширителемъ мочеиспускательнаго канала или длинными тампонами; если же эти средства слишкомъ беспокоятъ и причиняютъ сильную боль, то показано вытягиваніе опухоли наружу, обкалываніе венъ и удаленіе опухоли, или наконецъ употребленіе каленаго желѣза съ цѣлью вызвать запусѣніе сосудовъ, а также удаленіе опухоли гальванокаустическою петлей. Рѣше достигалъ излеченія употребленіемъ расширителя, сдѣланнаго по образцу Фреръ—Комовскаго литотома. Наконецъ, при эпителиомахъ мочеиспускательнаго канала бѣднѣя средства всегда противопоказуются. Барденгейеръ употребилъ у своей пациентки выскабливаніе острой ложечкой. Лучшій способъ — вырѣзываніе пока опухоли изолированы и малы. Мельбиори оперировалъ даже во второй и третьей степени, чтобы хоть на время облегчить страданія больной. Онъ дѣлалъ полулунный, обращенный выпуклостью вверхъ, поперечный разрѣзъ черезъ мягкія части, за исключеніемъ мочеиспускательнаго канала, и извлекалъ опухоль по частямъ, отсепаровавъ всѣ прилежащія части внизу; затѣмъ онъ прорѣзалъ въ опредѣленномъ мѣстѣ обнаженный мочеиспускательный каналъ, накладывалъ лигатуры или перекручивалъ всѣ кровоточащія артеріи и останавливалъ паренхиматозное кровотеченіе ледяной водой, или кровоостанавливающими порошками и растворами и холодной водой. Лишь при продолжительномъ кровотеченіи онъ прибѣгалъ къ катетеру и тампонамъ, которые однако были удаляемы не позже какъ черезъ 24 часа. Излеченіе достигалось натяженіемъ сосѣднихъ мягкихъ частей на остатки мочеиспускательнаго канала, такъ что отъ *vestibulum* оставались наконецъ только слѣды. Упорнаго недержанія мочи опасаться нечего, если цѣла шейка мочеваго пузыря, и при должной опрятности легко предупредить и другія неприятыя послѣдствія. Если операція уже произведена быть не можетъ, то нужно приступить къ систематическому леченію, направленному противъ болей, нарушеній мочеиспусканія, зловоннаго отдѣленія, — г. е. къ наркотическимъ, катетеризаціи, противугнилымъ средствамъ.

Отъ употребленія внутреннихъ средствъ при названныхъ страданіяхъ, никогда никто не видѣлъ успѣха, о которомъ стоило бы говорить; мѣстно примѣняемые палліативы, какъ разведенная *Acidum hydrocyanicum* (1: 4), мази съ аконитомъ, хлороформомъ и морфіемъ, теплыя поясныя ванны (Симпсонъ) также рѣдко облегчали бользнь и еще того менѣ могли устранить ее.

Для послѣдовательнаго леченія и при началѣ рецидивовъ можно рекомендовать въ особенности энергическія прижиганія, повторяемыя черезъ каждые 3—4 дня. Для этой цѣли брали: неразведенный *Liquor plumbi* (West), *Liquor hydrargyri nitrici* (Фейтъ), *Arg. nitricum in substantia*, *Zincum muraticum* (Меттенгеймеръ) и опять таки каленое желѣзо.



## ГЛАВА V.

**Невралгіи женскаго мочеиспускательнаго канала.**

**Литература.** Helfft: Deutsche Klinik. 1856. Nro. 44. 45. Olshausen: puerperaler Blasencatarrh. Archiv f. Gynäkologie. Scanzoni 1, с. p. 313.

§ 48. Боли въ мочеиспускательномъ каналѣ и его судорожныя сокращенія, безъ сомнѣнія, являются обыкновенно лишь симптомомъ всѣхъ тѣхъ расстройствъ, которыя мы до сихъ поръ описывали, т. е. смѣщеній, гиперемій, катарровъ, язвъ и новообразованій. Если въ прежнее время на нихъ чаще смотрѣли, какъ на самостоятельное страданіе, чѣмъ это бываетъ на самомъ дѣлѣ, то происходило это, конечно, оттого, что, встрѣчая при катетеризаціи чрезмѣрную боль и судороги, сваливали вину на нервы, такъ какъ поставить болѣе точный діагнозъ было тогда еще не легко. Ольсгаузенъ полагаетъ, что Сванцони и я смѣшали перегибъ мочеиспускательнаго канала, обусловленный опущеніемъ матки въ послѣродовомъ періодѣ, съ судорогами этого органа; можетъ быть и такъ; но едвали можно сомнѣваться въ томъ, что слизистая оболочка женскаго мочеиспускательнаго канала иногда обнаруживаетъ сильную чувствительность безъ всякихъ признаковъ значительнаго заболѣванія, а также что при осторожномъ введеніи катетера или послѣ него, или,—какъ это наблюдалъ Сванцони, у новобрачныхъ *post cohabitationem* — каждый разъ наступаютъ на нѣкоторое время чрезвычайно болѣзненные сокращенія мочеиспускательнаго канала. Известныя свойства мочи вліяніемъ своимъ на слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала тоже могутъ вызвать въ немъ судорожныя сокращенія, подобныя тѣмъ, которыя наступаютъ у мужчинъ послѣ употребленія кислаго вина или различныхъ сортовъ пива и послѣ простуды. Во всякомъ случаѣ, важнѣйшую причину такихъ гиперестезій нужно искать въ мѣстныхъ раздраженіяхъ. Поэтому во всѣхъ случаяхъ нужно предпринимать самое обстоятельное мѣстное изслѣдованіе, прибѣгнуть, если нужно, къ расширенію зеркала, ощупыванію всей внутренней поверхности пальцемъ и освѣщенію слизистой оболочки, и никакъ не слѣдуетъ спѣшить съ діагнозомъ простаго невроза.

Если же окажется, что причина ненормальныхъ ощущеній и сокращеній не зависитъ ни отъ одного изъ описанныхъ выше заболѣваній, съ устраненіемъ которыхъ, въ противномъ случаѣ, исчезъ бы конечно и этотъ симптомъ, — тогда только можно начать дѣйствовать противъ невралгіи, мѣстно или внутренними средствами, смотря по обстоятельствамъ. Мѣстно рекомендуются въ особенности: тепловатая и теплая поясныя ванны, вырсыиванія въ рукавъ съ прибавленіемъ настоя бѣлены (15: 200), или суппозиторіи изъ масла бавао съ *Extr. belladonnae* (0,02:2,5), или *Extr. hyosciami* (0,1:2,0), или *Morphium hydrochloratum* (0,01:2,0). Далѣе, можно вводить прямо въ мочеиспускательный каналъ Галлертовскіе бужи съ *Extr. opii* или морфіемъ, или утолять боли черезъ прямую кишку клистирами изъ отвара льнянаго сѣмени, 50  $\text{grm.}$  съ 10—20 каплями *t-rae thebaicae*. Съ успѣхомъ употребляли для этой цѣли также растворъ хлораль-гидрата (1,0:50,0) *per Rectum*.

Если моча сильно раздражаетъ слизистую оболочку, то даютъ слизистое питье или заставляютъ пить много чая (изъ ромашки, померанцевыхъ цвѣтовъ), или даютъ *Extractum hyosciami* 1,5 или *extr. opii* (0,05— 0,1) въ миндальной эмульсиі черезъ часъ по столовой ложкѣ. Можно также рекомендовать лупулинъ съ опиѣмъ, или безъ него, (0,2—0,3) нѣсколько разъ въ день, *Extr. cannabis indicae* (0,05) нѣсколько разъ въ день и *Tinctura cannabis indicae* три раза въ день по 10—15 капель.

## ГЛАВА VI.

### Постороннія тѣла въ женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ.

**Литература.** Curling: med. Times Aug. 15. 1863. A. Mazario in A. E. von Siebold's Journal VII. 794. 795. 1828. S. auch die betr. Literatur bei den Fremdkörpern der Blase.

§ 49. Постороннія тѣла, которыя встрѣчаются въ женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ, происходятъ также какъ и тѣ, которыя наблюдаются въ мочевомъ пузырьѣ, или изнутри организма, и слѣдовательно это бывають: части содержимаго вишокъ, желчнаго пузыря (желчные камни), почечъ (почечные камни, кусочки почечной ткани и пузыри эхинококка), мочевого пузыря (мочевые камни и куски стѣнокъ пузыря), яичниковъ (волосы, кости, зубы), развившагося внѣ матки плода (кости); или же они вносятся въ мочеиспускательный каналъ извнѣ и тогда они, конечно, чрезвычайно разнообразны: катетеры, спиальки, булавки, колосья, кусочки дерева и пр. и пр. Застрѣваніе такихъ постороннихъ тѣлъ въ мочеиспускательномъ каналѣ должно зависѣть или отъ ихъ величины, которой не могло преодолѣть сопротивленіе стѣнокъ канала, или отъ направленія, не совпадавшаго съ направлениемъ канала и обусловившаго внѣдреніе ихъ въ его стѣнку. Если инородное тѣло, внѣдрившееся со стороны мочевого пузыря, слишкомъ велико, то скоро наступаютъ припадки затрудненнаго мочеиспусканія—сильное давленіе, затрудненіе или полная невозможность вывести мочу, какъ было напр. въ случаѣ Фабера (*Deutsche Klinik* 51. 1857), гдѣ при чрезвычайно сильномъ позывѣ къ мочеиспусканію черезъ каждыя 5—10 минутъ выдѣлялось по нѣскольку капель свѣтлой, желтоватой мочи, затѣмъ черезъ нѣсколько часовъ выдѣлилось разомъ около 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> фунта мочи, въ которой былъ найденъ пучекъ волосъ въ 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> дюйма длиною и толщиною въ крупное гусиное перо; пучекъ этотъ на одномъ концѣ былъ скрученъ въ видѣ кисточки (*plumaseau*) и соответствовалъ по своей формѣ и объему мочеиспускательному каналу пациентки. Эти волосы, безъ сомнѣнія, происходили изъ вскрывшейся въ мочевой пузырь дермоидной кисты яичника. — При описаніи расширенія мочеиспускательнаго канала мы уже говорили, что камни мочевого пузыря могутъ вволачиваться въ мочеиспускательный каналъ, если они слишкомъ велики, причѣмъ былъ приведенъ случай Скандони. Аманъ уда-

лить изъ мочеиспускательнаго канала одной родильницы мясистую массу олигообразной формы, содержащую 15 камешковъ различной величины.

Если постороннее тѣло происходитъ извнѣ и вѣдряется въ стѣнку мочеиспускательнаго канала, то оно можетъ вызвать мѣстное воспаление и даже образование абсцесса, но можетъ также обусловить образование камня въ самомъ мочеиспускательномъ каналѣ. Сюда относится приведенный выше случай Магаріо, гдѣ въ стѣнкѣ мочеиспускательнаго канала 22-лѣтней особы долго сидѣла игла, проткнувшая стѣнку въ направленіи къ рукаву, и вокругъ которой въ мочеиспускательномъ каналѣ образовался камень 3 дюймовъ длины и 4 дюймовъ 3 линій въ объемѣ; его можно было прощунать на нѣсколько линій черезъ отверстіе въ *septum urethrae-vaginae*. Пациентка могла мочиться только по каплямъ и съ болью, хотя мочеиспускательный каналъ былъ значительно расширенъ; кромѣ того у нея бывали сильныя боли при совокупленіи. Камень былъ извлеченъ послѣ разрѣза черезъ рукавъ, и пациентка выздоровѣла.—Мочеиспускательный каналъ можетъ также иногда быть закупоренъ кусками пилломъ мочеваго пузыря, но онѣ большею частью довольно мягки и обыкновенно уступаютъ черезъ нѣсколько времени напору мочи; тоже нужно сказать о кровяныхъ сгусткахъ при кровотеченіи изъ мочеваго пузыря, закупориваніе ими женскаго мочеиспускательнаго канала не бываетъ продолжительно.

Присутствіе инородныхъ тѣлъ въ мочеиспускательномъ каналѣ узнается зрѣніемъ, если они придвинуты близко къ *orificium urethrae externum*, осязаніемъ черезъ рукавъ и зондомъ, введеннымъ въ каналъ.

Если они вѣдряются изъ мочеваго пузыря и очень велики, то можно расширить мочеиспускательный каналъ и попытаться извлечь ихъ корндангомъ. Если это не удастся, то можно осторожно протолкнуть постороннее тѣло назадъ въ пузырь, раздробить его тамъ литотрикторомъ и затѣмъ извлечь отдѣльно осколки. Если протолкнуть тѣло въ пузырь невозможно, то приходится прорѣзать мочеиспускательный каналъ по длинѣ его со стороны рукава, извлечь постороннее тѣло, и тотчасъ закрыть рану, наложивъ соответственное число шелковыхъ или металлическихъ швовъ. Заживленіе не представитъ особенныхъ затрудненій.—Тѣла, проникшія извнѣ, нужно попытаться захватить корндангомъ за нижній конецъ и извлекать въ направленіи, противоположномъ вѣдренію; если нужно, то предварительно искусственно расширяютъ мочеиспускательный каналъ. Въ большинствѣ случаевъ послѣдняя операція бываетъ нужна уже для того, чтобы удостовѣриться, не проникаютъ ли кусочки посторонняго тѣла въ мочевою пузырь, и въ такомъ случаѣ немедленно извлечь и ихъ.

## ОТДѢЛЪ II.

### Пороки и заболѣванія женскаго мочеваго пузыря.

#### ГЛАВА I.

#### Пороки развитія мочеваго пузыря.

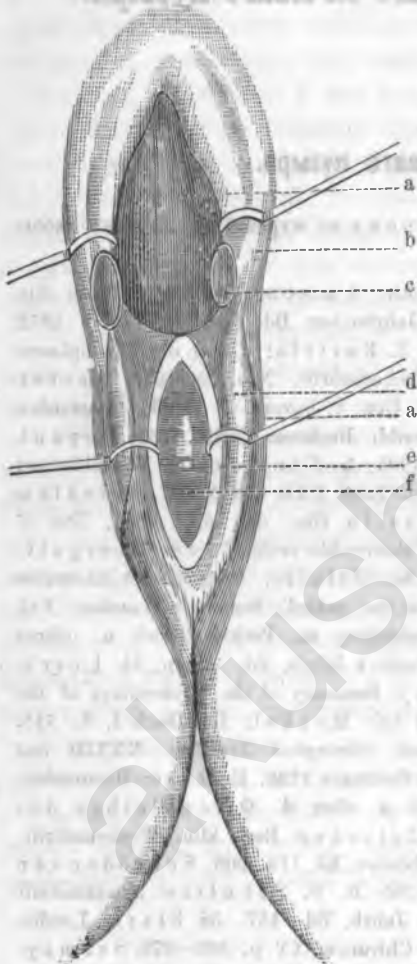
Старая Литература собрана Д-ромъ Шнейдеромъ въ журналѣ А. Е. фонъ Зиболь да Bd. XII. S. 271—276. 1832.

**Литература.** Ahlfeld; Archiv f. Gynäk. X. 394. Ammon; Die angeborenen chir. Krankh. Tafel 16. 17. J. Ashhurst; Schmidt's Jahrbücher. Bd. 156. 71. (1871) 1872. Asp; Med. Arch. Stockholm. Bd. III. Heft 1. Nro. 3. Bartels; Ueber die Bauchplaspalte. I.-D. Berlin 1867. Berend; Berliner kl. Wochenschrift. Nro. 35. 1872. Bertet; L'union medic. 147. 1856. Bonn; Verhandl. v. N. Gen. t. heverd. d. Heelk. Amsterdam 1791. D. I. bl. 147. Greve; Die Krankh. d. weibl. Beckens. Berlin. 1793. Depaul; L'union 135. 1855. Duncan; Edinb. med. Journal. 1805. A. Förster; Die Missbildungen des Menschen. II. Ausgabe. Jena 1865. p. 113—116 u. Tafel XXII und XXIII. Friedländer; Monatsschrift für Geburtskunde. VII. 244. Gosselin; Gaz. des hôpit. 1851. Nto. 37 (Mars). Grandjean; Thèse de Strasbourg de l'exstrophie vesical. 1868. Herrgott; de l'exstr. vesic. Thèse de Nancy. 1874. p. 95. G. St. Hilaire; Diction. des anomalies I. Ekstrophie de la vessie. Holmes; Transact. of the pathol. Society of London. Vol. XVII. p. 176. 1863. G. Krüger; Ueber eine Missbildung m. Perinaealbruch u. offener Blase. In.-D. Rostock 1872. Lichtenheim; Schmidt's Jahrb. Bd. 158. p. 54. Löschner; Prager Vierteljahrsschr. XIII. 4. 1856. Maury; Summary of the proceedings of the patholog. Society of Philadelphia. January 153. April 425. Meckel; Handbuch I. S. 715. Mörgelin; Diss. inaugur. Bern 1855. Paget; med. chirurgical Transact. XXXIII und XLIV. p. 14. Roose; De vesicae urinariae prolaps. Göttingen 1793. E. Rose; Harnverhaltung b. Neugeborenen. Monatsschrift XXV. 425—465 u. über d. Offenbleiben der Blase. Mtsschrft. XXVI. p. 244—272. Ruge u. Fleischer; Berl. klin. Wochenschrift. Nro. 28. p. 408. 1876. Scarenzio; Schmidt's Jahrbücher. Bd. 113. 203. Schröder van der Kolk; Sshmidt's Jahrbücher. Band 110. 283—285. B. S. Schultze; Monatsschrift f. Geburtskunde. VII. 249. Stadtfeldt; Schmidt's Jahrb. Bd. 157. 58 Starr; London med. Gaz. January 1844. Steiner; Archiv f. klin. Chirurgie. XV p. 369—373. Surmay; Union medic. Nro. 151. p. 580 1866. Thiersch; Berliner klinische Wochenschrift. 1875. S. 445 folgende. Voss; Inversio vesicae urinariae. Christiania 1857. Vrolik; Handb. I. 425. Tabulae ad illustr. embryologiam. T. 29—32. Winckel; Berichte u. Studien. I. p. 214 aus dem Dresdner Fntbindungsinstitute. 1874. J. Wood; Med. chir. transact. LII. p. 85.

§ 50. Анатомическія отношенія. Изъ пороковъ развитія женскаго пузыря первое мѣсто по важности и частотѣ занимаетъ: 1) незакрытіе его, расщепленіе мочеваго пузыря, зависящее отъ недостатка большей или

меньшей части передней его стѣнки и связанное въ большинствѣ случаевъ съ другими аномаліями сосѣднихъ органовъ. Почти всегда при этомъ пупокъ лежитъ ближе обыкновеннаго къ лонному сращенію, также какъ anus. Наблюдаются различныя степени этой аномаліи. Расщепленіе можетъ ограничиваться однимъ нижнимъ отдѣломъ пузыря и тогда, — какъ это видѣли Дезо, Паллетта, Котсъ и Госселанъ, — въ пузырьѣ подъ вѣлымъ, но закрытымъ лоннымъ сращеніемъ находится отверстіе шириною въ 1½ цтм. Клиторгъ можетъ быть при этомъ раздвоенъ: *Fissura vesicae inferior* (рис. 16). Болѣе высокую степень представляютъ тѣ случаи, гдѣ нижній отдѣлъ брюшной полости вмѣстѣ съ лонною дугой вполне замкнуты и сформированы хорошо, гдѣ наружныя половыя части съ мочеиспускательнымъ каналомъ и нижняя половина пузыря развиты нормально, а расщепленіе находится выше, вблизи пупка: *Fissura vesicae superior* (рис. 17). Ближе всего къ этой аномаліи стоитъ незакрытіе *Urachus*: *Fistula vesico-umbilicalis*; *Urachus* можетъ остаться незарощеннымъ по всей своей длинѣ и открываться наружу въ пупочномъ кольцѣ. Наконецъ, въ высшей степени расщепленія мочевого пузыря недостаетъ, повидимому, всей передней стѣнки. При этомъ нижняя область живота обыкновенно укорочена, вслѣдствіе чего пупокъ приближенъ къ тазу, брюшныя стѣнки расщеплены и шель выполнена стѣнкою пузыря; выпятившаяся, красная слизистая оболочка этой стѣнки переходитъ по краямъ щели въ наружную кожу. Слизистая оболочка мочевого пузыря представляется морщинистою, утолщеною, влажною, блестящею, по краямъ нерѣдко сухою и покрытою толстымъ слоемъ *epidermidis*. Въ нижнемъ концѣ выпяченнаго мочевого пузыря видны съ каждой стороны отверстія мочеточниковъ, которыя то скрываются въ складкахъ слизистой оболочки, то выступаютъ въ видѣ пуповчатыхъ возвышеній. Лонная дуга при этомъ никогда не бываетъ вполне замкнута, — несовершенно развитыя

Рис. 16.



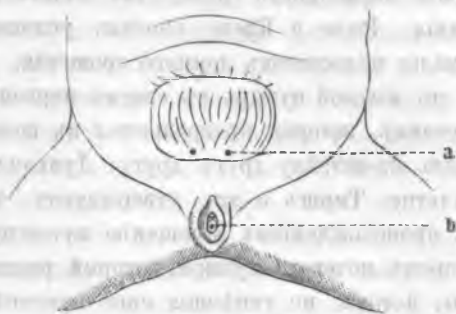
*Epispadia* по Клейнвектеру.

a: Расщелина пузыря. b: *Labium majus*. c: *Clitoris*. d: *Labium minus*, e: *Labium majus*.

e: *Numen*. f: *Introitus vaginae*.

лонныя кости отстоятъ одна отъ другой на 1—8 цтм. и сращены только фиброзною связочною массой. Такое расхожденіе лонныхъ костей встрѣчается, какъ доказано данными Дюбуа, Дюпюитрена, Мери и Литтра, уже у ново-

Рис. 17.



*Fissura vesicae superior.*

Defectus urethrae totalis. Недостает пушка. 20-ти-лѣтняя дѣвушка. (Ферстеръ, Пороки развитія Taf. XXII. рис. 4.) a: отверстие мочеточника. b: отверстие рукава.

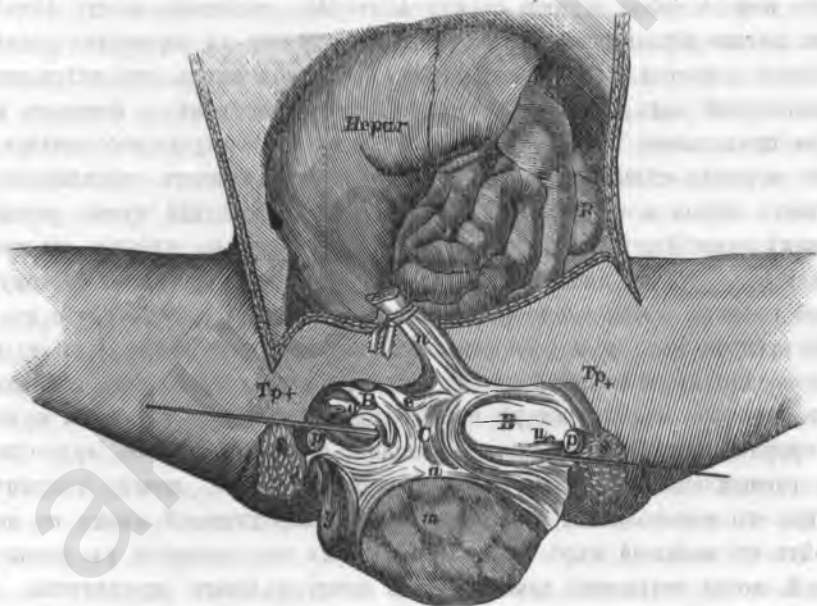
рожденныхъ. Мочеспускательнаго канала у дѣвочекъ большею частью совершенно недостаетъ. Клиторъ бываетъ или раздвоенъ и часть его видѣется съ каждой стороны надъ недоразвитой большой срамной губой, иногда въ видѣ лишь намека, или же его совсѣмъ нѣтъ. Подъ расщепленіемъ видѣнъ *hymen* съ центральнымъ отверстіемъ, или сплошной — *imperforatus*. Рукавъ можетъ отсутствовать, какъ наблюдали Гердеръ и Эшенбахъ, или онъ можетъ, также какъ и матка, быть раздѣленъ перегородкой. При этой высшей степени расщепленія мочевого пузыря встрѣчаются также зарощеніе рукава и неполное развитіе яичниковъ. Эту степень порока развитія можно назвать *Eversio* или *Extrophia vesicae*—выворотомъ мочевого пузыря. Если существуетъ только *fissura vesicae*, то происходитъ иногда выпаденіе задней стѣнки пузыря черезъ трещину: *Inversio vesicae cum prolapsu per fissuram*, въ отличіе отъ описываемаго ниже *Inv. ves. c. prol. per uterum*. Мочеточникъ,—въ чемъ легко убѣдиться при помощи зонда,—обыкновенно бываютъ значительно расширены; Ценфламъ находилъ ихъ расширенными до 9½ и 14 линій, Пети—до 2 дюймовъ, Флянини и Байль видѣли ихъ шириною въ 4 дюйма, Дезо—въ 3 дюйма, Литтръ—въ 2½ дюйма, и встрѣчали въ нихъ камни. Направленіе ихъ въ большинствѣ случаевъ измѣнено, такъ какъ они опускаются въ тазъ глубже обыкновеннаго и оттуда поднимаются къ пузырю. Но они не всегда бываютъ расширены. Боннъ находилъ ихъ (1818) нормальной длины и ширины, и я самъ видѣлъ одинъ случай (s. o. стр. 219), гдѣ ни въ нихъ, ни въ почкахъ не оказалось никакихъ измѣненій.

§ 51. *Этіологія.* При вопросѣ о происхожденіи этой аномаліи развитія мочевого пузыря мы должны сперва бросить короткій взглядъ на развитіе этого органа вообще. *Allantois*, первичный мочевой пузырь зародыша, возникаетъ первоначально въ видѣ слѣпаго мѣшка изъ прямой кишки, слѣдовательно онъ происходитъ изъ кишечнаго листка и является результатомъ растяженія, обусловленнаго выдѣляющеюся изъ первичныхъ почекъ и скопляющеюся въ клоакѣ первичной мочей. Этотъ *Allantois* у человѣка существуетъ вообще лишь короткое время и вначалѣ бываетъ парный; на 4-й недѣлѣ бе-

ременности его уже нѣтъ; но онъ можетъ удержать свою первоначальную двураздѣльную форму долѣе нормальнаго срока, если имѣются какія-нибудь препятствія для его слятія. Роозе и Крeve считали условнымъ моментомъ для образованія этой аномаліи недостатокъ лоннаго сращенія. Меккель исходилъ изъ того положенія, что мочевоу пузырь въ своемъ первомъ зачатѣѣ представляетъ свободную пластинку, которая превращается въ полое пространство путемъ разростанія краевъ на-встрѣчу другъ другу. Дунканъ, потомъ А. Боннъ и за ними Б. С. Шульцце, Тиршъ и др. утверждаютъ, что расщепленіе бываетъ обязано своимъ происхожденіемъ зарощенію мочеиспускательнаго канала съ сильнымъ растяженіемъ мочеваго пузыря, который раздвигаетъ сперва прямыя брюшныя мышцы. потомъ, не успѣвшія еще окостенѣть, хрящевыя лонныя кости, и наконецъ происходитъ разрывъ пузыря. Клебсъ (Руководство къ Патологической анатоміи I. р. 688) указываетъ на одинъ моментъ, говорящій за такую причину разстройства, дѣйствіе которой распространяется на большую часть поверхности тѣла, стало быть за участіе Amphion—имено на довольно часто встрѣчающіяся, на-ряду съ расщепленіемъ мочеваго пузыря, расщепленія и задержки въ развитіи другихъ частей на поверхности, какъ напр. *Fissura labii*, *Anencephalia*, *Spina bifida* и т. д. Э. Розе, напротивъ. объясняетъ всѣ случаи расщепленія мочеваго пузыря, остановкою обратнаго развитія *Ugachus*, который остается открытымъ вслѣдствіе нарушенія развитія мочеиспускательнаго канала. Онъ основывается, главнымъ образомъ на томъ, что на свѣжемъ препаратѣ края мочеваго пузыря представляютъ гладкое уплощеніе, безъ всякаго слѣда рубцовъ или каллезныхъ массъ. Разрывъ онъ признаетъ причиноу только для тѣхъ случаевъ, гдѣ явственно видны его слѣды. Мергелинъ также находилъ несостоятельнымъ предположеніе о разрывѣ мочеваго пузыря вмѣстѣ съ передней брюшной стѣнкою, такъ какъ при чрезмѣрномъ накопленіи мочи въ пузырь скорѣе произошло бы вновь открытіе *Ugachus*, или разрывъ пузыря въ брюшную полость, чѣмъ разрывъ брюшной стѣнки. Поэтому онъ принимаетъ разрывъ *Allantois*, происходящій раньше чѣмъ закроется спереди брюшная стѣнка. Но противъ этого нужно замѣтить, что Геккеръ (*Klinik* I р. 122) извлекъ зародышъ съ *Atresia ani vesicalis* и громаднымъ, растянутымъ, еще не лопнувшимъ пузыремъ; у этого зародыша оказался зарубцевавшійся и покрытый брюшиной разрывъ брюшныхъ покрововъ,—фактъ, ставящій внѣ сомнѣнія возможность болѣе поздняго разрыва брюшной стѣнки такъ же какъ и стѣнки пузыря.—Подъ объясненіе Розе не подходятъ случаи, гдѣ пупочный канатикъ былъ сформированъ нормально, никакой фистулы *Ugachus* не было, пупочное кольцо было плотно закрыто, и расщепленіе ограничивалось нижнею частью передней стѣнки пузыря,—такіе случаи описаны Госселеномъ, Берте и др. Здѣсь отверстіе не могло произойти путемъ отшнуровыванія пупочнаго канатика. Какъ бы то ни было, большинство новыхъ авторовъ согласны въ томъ, что дѣло заключается прежде всего въ препятствіи къ выведенію мочи, а это препятствіе, какъ показалъ Розе и какъ мы уже не разъ упоминали, можетъ состоять или въ недостаткѣ мочеиспускательнаго канала, или въ его зарощеніи. Другая возможность—препятствіе къ развитію мочеиспускательнаго канала или прижатіе уже существую-

шаго канала, вследствие опущения въ малый таз болѣе крупныхъ, плотныхъ органовъ. Такъ Э. Розе нашелъ однажды въ маломъ тазу правую почку, а я, въ случаѣ, описанномъ моимъ ученикомъ д-мъ Крюгеромъ, констатировалъ, что лѣвая доля значительно увеличенной печени и цѣлый пакетъ тонкихъ кишокъ совершенно выполнили малый тазъ, и *diaphragma pelvis* была шарообразно выпячена ими сводомъ книзу. Подобное препятствіе къ выведенію мочи книзу, конечно, только въ такомъ случаѣ вызоветъ настоящее расщепленіе мочевого пузыря, а не фистулу *Urachus* или незакрытіе верхней заслонки, если оно появится въ то время, когда отшнуровываніе *Urachus* и закрытіе мочевого пузыря вверху уже совершилось вполне и прочнымъ образомъ. Однако такое полное расщепленіе встрѣчается и въ очень раннее время, — раньше даже, чѣмъ обѣ половины *Allantois* успѣютъ слиться; такъ было въ случаяхъ Фридлэндера, Э. Розе и моемъ. При этомъ между, передъ и надъ двойнымъ или простымъ расщепленнымъ мочевымъ пузыремъ находятся иногда, какъ наблюдали Розе и я, еще севозныя складки кожи, позади которыхъ можно провести напр. зондъ (см. рис. 18); явленіе это объясняется

Рис. 18.



В В: обѣ половины пузыря. С: *Membrana reuniens inferior*. у: *Apertura Recti*. и: *Ureter*.

гѣмъ, что нижняя серозная соединительная оболочка, *Membrana reuniens inferior* Ратке, замыкающая брюшную полость до развитія кожной и мышечной системъ, образуетъ покровъ для всѣхъ фистулъ *Urachus*, открытыхъ пузырярей и сохранившихся мочевыхъ мѣшковъ. Гдѣ давленіе мочи сильнѣе, тамъ мочевые пузыри соприкасаются и не допускаютъ развиваться въ промежуткѣ между ними



какому либо болѣе плотному образованію; гдѣ это давленіе слабѣе, тамъ рядомъ съ соединительной оболочкой развиваются брюшные покровы (брюшныя пластинки) обычнымъ путемъ, стало быть вокругъ открытаго мочеваго пузыря. а если ихъ два, то и въ промежутѣ между ними. Вслѣдствіе податливости нижней соединительной оболочки это промежуточное образованіе остается въ видѣ перемычки, тамъ же, гдѣ оба шарообразныхъ пузыря сходятся и соприкасаются, такъ что плотнаго образованія между ними произойти не можетъ. тамъ она имѣетъ видъ мостовой арки (Розе).—Въ такихъ случаяхъ причина, обуславливающая проходимость *Utrachus* resp. расщепленіе мочеваго пузыря, болѣею частію ведетъ за собою также незакрытіе брюшныхъ покрововъ и задерживаетъ развитіе прямыхъ брюшныхъ мышцъ въ ихъ нижнемъ отдѣлѣ, а затѣмъ ведетъ и къ обезображенію таза. Расщепленіе брюшныхъ покрововъ можетъ впрочемъ произойти и безъ расщепленія мочеваго пузыря, и тогда замкнутый пузырь можетъ выпасть черезъ трещину брюшной стѣнки: *Ectopia vesicae*, аномалія положенія органа, которую мы рассмотримъ впослѣдствіи. Въ послѣднее время Альфельдъ высказалъ гипотезу, что *Eversio vesicae* находится въ связи съ оттягиваніемъ *Ductus omphalo-meseraici* подъ острымъ угломъ внизу, вслѣдствіе чего конечная часть кишечнаго канала отбѣсняется впереди, толкаетъ передъ собою заднюю стѣнку *Allantoidis*; сообщеніе между *Allantois* и концомъ кишки закладывается, *Allantois* переполняется до огромныхъ размѣровъ и наконецъ лопається. Руге и Флейшеръ оспариваютъ мысль, что здѣсь играетъ роль желточный ходъ, и считаютъ напряженный шнурокъ, о которомъ идетъ рѣчь, за продолженіе *Utrachus*. Такъ какъ я также держусь того мнѣнія, что разрывъ мочеваго мѣшка въ раннюю пору развитія бываетъ важнѣйшимъ послѣдствіемъ застоя мочи и что, стало быть, этотъ послѣдній нужно разсматривать, какъ важнѣйшую причину расщепленія мочеваго пузыря, то противъ мнѣнія Розе,—что эта аномалія возникаетъ не путемъ разрыва, потому что при ней рубцовъ обыкновенно не бываетъ,—я могъ бы возразить, что въ образованіи рубцовъ нѣтъ и надобности, такъ какъ брюшныя покровы въ то время еще не соединены и поврежденіе на нихъ не распространяется, а также, что я нѣсколько разъ видѣлъ скорѣе послѣ рожденія дѣтей, у которыхъ пушovina была сформирована совершенно нормально, и несмотря на то, существовало полное расщепленіе мочеваго пузыря. Непонятно также, почему разрывъ пузыря при его переполненіи въ ранніе періоды зародышевой жизни не можетъ произойти по меньшей мѣрѣ также легко, какъ это случается въ жизни въѣтробной, когда вслѣдствіе какого-нибудь непреодолимаго препятствія выведение мочи обыкновеннымъ путемъ становится невозможнымъ, напр. при *retroflexio uteri gravidi*. За вѣрность мнѣнія, что аномаліи мочеиспускательнаго канала существеннымъ образомъ предрасполагаютъ къ расщепленію мочеваго пузыря, говоритъ тотъ фактъ, что у особей мужескаго пола, у которыхъ аномаліи мочеиспускательнаго канала существеннымъ образомъ предрасполагаютъ къ расщепленію мочеваго пузыря, говоритъ тотъ фактъ, что у особей мужескаго пола, у которыхъ мочеиспускательный каналъ гораздо длиннѣе и слѣдовательно легче можетъ представить препятствіе, эта аномалія встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у дѣвочекъ. Штадтфельдтъ, напр., находилъ *fistulae vesico-umbilicales* изъ 14 слу-

чаевъ 12 разъ у мальчиковъ и только 2 у дѣвочекъ. Интересенъ случай д-ра Вундера въ Альтенбургѣ: онъ представилъ на сѣздѣ австрійскихъ врачей въ Альтенбургѣ въ 1831 г. двухъ мальчиковъ 8 и 11 лѣтъ съ *Inversio vesicae utripaiae congenita*, матери которыхъ были сестры (Шнейдеръ). Упомянутыя выше аномалии таза, какъ то расщепленіе лонныхъ костей, ихъ уплощеніе и недоразвитіе; далѣе, встрѣчающійся въ тоже время врожденный вывихъ обѣихъ головокъ бедренныхъ костей, какъ наблюдалъ Фоссъ при *Eversio vesicae*,—все это, конечно, послѣдствія тѣхъ же условий, которыя вызвали расщепленіе мочевого пузыря. Растянутый мочевой пузырь раздвигаетъ горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей, измѣненіе направленія и роста этихъ костей вызываетъ постепенно уменьшеніе окружности *Acetabulum* и тѣмъ самымъ затрудняется взаимное приспособленіе между послѣдними и головками бедренныхъ костей (Фоссъ).

§ 52. Признаки: Расщепленіе мочевого пузыря и фистулы *Urachus* суть такія уклоненія, которыя хотя и весьма вредно отзываются на жизни дѣтей въ раннее время, но далеко не всегда ведутъ къ преждевременной смерти. Много такихъ дѣтей родится живыми, продолжаютъ жить и могутъ даже достигать довольно поздняго возраста. Лебертъ видѣлъ этотъ порокъ развитія въ парижскомъ госпиталѣ *Salpêtrière*, у старухи. Красная слизистая оболочка у новорожденныхъ обыкновенно весьма чувствительна къ прикосновенію и можно видѣть, какъ моча сочится по ней изъ отверстій мочеточниковъ, а иногда она даже вытекаетъ тонкой струйкой. Слизистая оболочка при этомъ часто выпячивается подѣ вліаніемъ передвиженій кишокъ, и если отверстие въ пузырь невелико, то она иногда вкочлачивается въ него, какъ напр. черезъ *Urachus*, *Inversio vesicae per Urachum*, или черезъ щель въ пузырь *Inv. ves. per fissuram*. Если же щель очень мала, то страданіе, какъ наблюдалъ Мергелингъ, можетъ просуществовать цѣлые годы безъ выворота. Когда вправляютъ выпавшую слизистую оболочку и при этомъ косвеннымъ образомъ надавливаютъ на расширенныя мочеточники, то моча выбрасывается брызгами. Иногда субъекты бываютъ въ состояніи до нѣкоторой степени удерживать мочу, и это бываетъ при слѣдующихъ условіяхъ: во первыхъ, при фистулахъ *Urachus* случается, что при пупочной грыжѣ задняя часть слизистой оболочки мочевого пузыря вгоняется петлями кишокъ въ отверстие фистулы и запираетъ его на нѣкоторое время. Такой случай описалъ Паже: грыжа имѣла величину гусиного яйца, грыжевой мѣшокъ состоялъ изъ вытолкнутой впередъ задней стѣнки слизистой оболочки, окружавшей фистулу; такимъ образомъ, когда грыжа выдавалась впередъ, моча не выходила. Когда же пациентъ хотѣлъ помочиться, то при первыхъ сокращеніяхъ пузыря грыжевая опухоль начинала постепенно подаваться назадъ и когда она исчезала, изъ отверстія показывалась довольно сильная струя мочи; затѣмъ моча начинала вытекать и черезъ моченспускательный каналъ, причѣмъ истеченіе черезъ пунонь прекращалось, если не дѣйствовалъ усиленно брюшной прессъ. Съ другой стороны, и при болѣе полномъ *Eversio vesicae* можетъ быть достигнуто на время удержаніе мочи дѣйствіемъ мускулатуры утолщенной стѣнки пузыря, пучки кото-

рой служатъ какъ бы сфинктерами. Такъ напримѣръ въ случаѣ, описанномъ Фоссомъ, у 20-лѣтней дѣвушки моча при спокойномъ положеніи вытекала не такъ легко какъ обыкновенно—стѣнка мочевого пузыря ея имѣла по срединѣ въ толщину почти 2 цтм. и мочеточники, расширенные передъ входомъ въ стѣнку пузыря до 6 — 7 мм., значительно суживались въ послѣдней.—При глубокомъ расщепленіи мочевого пузыря съ одновременнымъ существованіемъ паховыхъ грыжъ, которыя Берте констатировалъ въ описанномъ имъ случаѣ съ обѣихъ сторонъ, быть можетъ также можетъ образоваться нѣчто въ родѣ затвора для трещины, который и будетъ удерживать мочу по временамъ, но я ни одного такого случая не знаю. —Вслѣдствіе постояннаго истеченія мочи обружность нижней части щели вообще скоро краснѣетъ, покрывается ссадинами, мокнетъ, инерустируется, изъязвляется, становится болѣзненною, чешется, горитъ, и больная распространяетъ вокругъ себя чрезвычайно непріятный запахъ. Замѣчательно, что *epidermis* очень скоро переходитъ съ краевъ кожи на поверхность собственно слизистой оболочки и мало по малу видимо уменьшаетъ эту послѣднюю. Иногда разсматривая отверстія мочеточниковъ, можно замѣтить, что обѣ почки совершенно независимы одна отъ другой, — напр. изъ праваго мочеточника вытекаетъ моча, а изъ лѣваго нѣтъ, или наоборотъ. Постоянно открытая часть слизистой оболочки подвергается иногда измѣненіямъ, которыя описывали подъ именемъ фунгозныхъ разрыхленій и которыя, по своей сильной склонности къ кровотеченію, могутъ произвести впечатлѣніе злокачественнаго новообразованія. Расхожденіемъ тазовыхъ костей объясняется свособразная, всегда невѣрная и шаткая походка страдающихъ расщепленіемъ мочевого пузыря. Палетъ встрѣчалъ даже ясно выраженную хромоту. Удаленіе другъ отъ друга лонныхъ костей существенно измѣняетъ отношеніе босыхъ размѣровъ таза къ прямымъ, косые значительно преобладаютъ надъ прямыми, и тѣмъ въ большей степени, чѣмъ старше становятся субъекты; говорятъ, что увеличеніе по отношенію къ возрасту можетъ быть двойнымъ, часто даже тройнымъ (Мергелинъ). Какъ показываютъ наблюденія Нухамъ, Олливера, Бонне (*Philosophical Transactions* Vol. XXIII p. 408 и Vol. XXIII p. 142), Эйрса и др., женщины съ расщепленіемъ мочевого пузыря могутъ не только зачать, но даже рожаютъ безъ особенныхъ затрудненій. Въ случаѣ, излеченномъ Эйрсомъ оперативнымъ путемъ, *post partum* произошло выпаденіе матки.

§ 53. Діагнозъ. Уже Тенонъ, Буксдорфъ и Кастара признавали видѣнцію ими опухоль за мочевой пузырь, не распознавъ однако, что передъ ними находилась его внутренняя поверхность. Это опредѣлялъ первый Девальневъ по прусутствію отверстій мочеточниковъ и по соответствующему слизистой оболочкѣ характеру опухоли. Бонни считалъ возможнымъ сдѣлать этотъ выводъ еще на томъ основаніи, что вводя палецъ въ прямую кишку онъ не прощупывалъ пузыря, а попадалъ прямо въ пространство между лонными костями. Опредѣленіе мочи, непосредственно капающей съ этой слизистой оболочки, нахожденіе отверстій мочеточниковъ и прощупываніе расхожденія лонныхъ костей дѣлаютъ распознаваніе въ большинствѣ случаевъ весьма легкимъ; притомъ это страданіе встрѣчается не особенно рѣдко. Зикель на

12689 новорожденныхъ дѣтей при 27 случаяхъ пороковъ развитія встрѣтилъ его 2 раза; я видѣлъ 1 случай на 350 дѣтей, родившихся въ дрезденскомъ Институтѣ отъ 1872—75 г.; Вельпо въ 1833 могъ указать уже болѣе 100 случаевъ, извѣстныхъ ему изъ литературы, а Перси утверждалъ, что встрѣтилъ въ своей практикѣ болѣе 20 лицъ, одержимыхъ этимъ страданіемъ. Я самъ наблюдалъ его всего только 5 разъ, 3 раза у дѣвочекъ и 2 у мальчиковъ. Филипсъ собралъ 21 случай выворота мочевого пузыря у дѣвочекъ. Изъ 20 же случаевъ Вуда только 2 были у женщинъ.

§ 54. Предсказаніе нужно назвать рѣшительно неблагопріятнымъ. Большинство дѣтей, одержимыхъ этимъ страданіемъ, умираютъ рано и бывають хилыми еще до рожденія. При жизни они кромѣ того сильно страдаютъ вслѣдствіе легкой ранимости. Это обстоятельство и запахъ, который они распространяютъ вокругъ себя, дѣлаютъ весьма жалкимъ состояніе тѣхъ изъ нихъ, которыя остаются въ живыхъ. Къ тому же аппараты, употребляемые для предовращенія вытеканія мочи, весьма сложны и потому обременительны, а устраненіе этого страданія оперативнымъ путемъ очень трудно, очень продолжительно и возможно только для очень искусныхъ рукъ, и только отчасти. Но все до сихъ поръ сказанное относится лишь къ полному расщепленію пузыря. Тѣ случаи, гдѣ имѣется фистула *Ugachus*, или простая *fissura superior* надъ лоннымъ сращеніемъ, *resp. inferior* съ развитымъ лоннымъ сращеніемъ, даютъ гораздо лучшее предсказаніе и нерѣдко могутъ быть совершенно излечены.

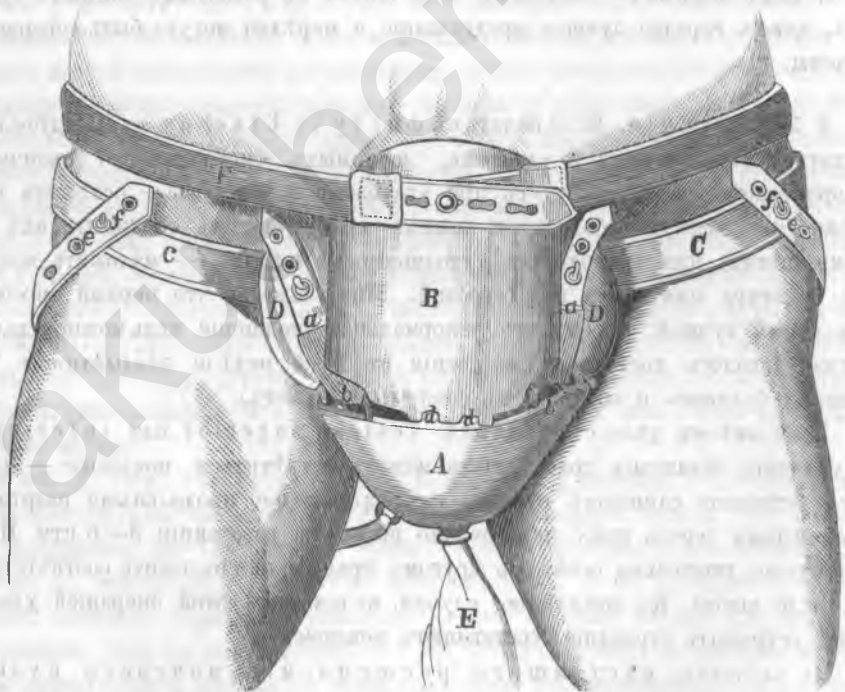
§ 55. Лечение. Если начать съ фистулы *Ugachus*, то Штадтфельдтъ констатируетъ, что изъ 8 случаевъ, леченныхъ оперативно, 7 окончились выздоровленіемъ. Онъ совѣтуетъ при углубленной фистулѣ — освѣжить хорошенько ея слизистую оболочку и кожные края и затѣмъ соединить ихъ кровавыми швами; при выступающихъ, утолщенныхъ краяхъ — наложить вокругъ нихъ лигатуру или сжать ихъ скобкой. Мнѣ кажется что первый способъ и здѣсь самый лучший, потому что ненормальное утолщеніе вѣдь можно удалить. Иногда удавалось достигнуть излеченія въ 2—4 недѣли вкалываніемъ 1—3 длинныхъ булавокъ и обвиваніемъ фистулы (Пэджетъ).

Если имѣемъ дѣло съ *fissura vesicae superior* или *inferior*, то для удачнаго сближенія краевъ щели можетъ встрѣтиться показаніе — попытаться устранить слишкомъ сильное ихъ напряженіе продольными разрѣзами, проведенными черезъ кожу параллельно щели, на разстояніи 3—6 цтм. Послѣ этого нужно тщательно освѣжить кругомъ края щели и наложить соответствующее число швовъ. Къ сожалѣнію, случаи, въ которыхъ этой операціей удается вполне устранить страданіе, составляютъ исключеніе.

Въ случаяхъ настоящаго расщепленія мочевого пузыря прежде не отваживались предпринимать никакихъ операцій, а ограничивались примѣненіемъ аппаратовъ для прикрытія слизистой оболочки пузыря и для собиранія мочи. Такіе аппараты были предложены Фридомъ, Штольге, Вонномъ. Лобштейномъ, Роозе, Штаркомъ, Юринъ, Бойе,

Бреше, Дюбуа и др.; употребляли металлическія коробки съ прикрѣпленными къ нимъ резервуарами для мочи; снаряды эти частью, какъ напр. аппараты Vichau, были годны развѣ только при стоячемъ положеніи больныхъ. Затѣмъ Вольферманъ устроилъ, по идеѣ Демме, аппаратъ, который сначала, при горизонтальномъ положеніи пациентки, оказывалъ продолжительное, постоянное давленіе на мочевой пузырь по направленію спереди назадъ, причемъ одновременно механически закрывалась ведущая наружу щель пузыря, препятствуя такимъ образомъ вытеканію мочи, которая, оставаясь въ пузырьѣ, расширяла его; чтобы сблизить между собою лонныя кости, онѣ также подвергались продолжительное время давленію съ боковъ. Въ случаяхъ, описанныхъ Мергелиномъ, аппаратъ былъ примѣненъ только у 3 мальчиковъ, у которыхъ для закрытія щели пузыря былъ употребленъ penis. Аппаратъ Вольфермана (рис. 19) состоитъ: А) изъ металлическаго сосуда, который, нѣсколько приостряясь взади, плотно прилегаеть къ промежности и доходитъ до передняго края заднепроходнаго отверстия, В) изъ металлической пластинки, которая простирается отъ верхняго края расщелины пузыря до сосуда; она соединяется посредствомъ шарнира съ сосудомъ А и также какъ послѣдній покрыта растворомъ каучука. С) изъ пружины для таза съ ея полотомъ D), имѣющихъ цѣлю сблизеніе лонныхъ костей; F) изъ пояса, надѣваемаго на животъ, для фиксированія

Рис. 19.



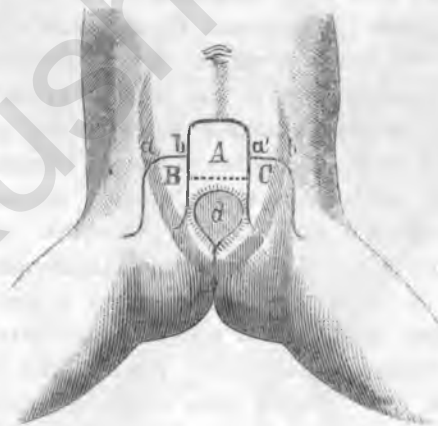
металлической (пластинки В, и Е) изъ прикрѣпленнаго къ сосуду А и висящаго между бедеръ резервуара. Этотъ аппаратъ въ трехъ случаяхъ Демме удовлетворилъ всѣмъ требованіямъ, «какія только можно предъявлять относи-

тельно палліативнаго приспособленія для расщепленія мочеваго пузыря». Въ двухъ изъ нихъ какъ расширение пузыря, такъ и сближеніе лонныхъ костей удалось исполнѣть, такъ что для оперативнаго вниманія не оставалось больше никакихъ препятствій. — Аппаратъ, предложенный Берендомъ, подобенъ этому.

Первая попытка къ закрытію расщелины мочеваго пузыря оперативнымъ путемъ (около 1844) принадлежитъ, повидимому, Жерди, который, когда ему не удалось вправить вывернутый мочевой пузырь, счелъ возможнымъ образовать достаточно объемистый мѣшокъ сзади путемъ частичнаго вырѣзыванія мочеточниковъ; но больной погибъ отъ перитонита и нефрита. Предложенный въ 1853 Жилемъ Ру способъ образованія искусственной клоаки, по которому нужно было, отдѣливъ мочеточники отъ пузыря, вросить ихъ въ Rectum, былъ однажды успѣшно примѣненъ I. Симономъ, однако больной черезъ 11 мѣсяцевъ умеръ отъ перитонита и истощенія. Послѣдующая попытка его — закрыть дефектъ пузыря двумя перевернутыми лоскутами кожи, взятыми съ боковъ и снизу, окончилась несчастливо, потому что лоскуты на 4 день омертвѣли. Спустя десять лѣтъ, попытки эти были возобновлены съ большимъ успѣхомъ Джономъ Вудомъ и Гольмсомъ, и результаты ихъ уже разобраны Подрацкимъ (Томъ III, отдѣлъ II, выпускъ 8 Хирургіи Пита и Бильрота на стр. 49—50). Первый операторъ, объявившій, что онъ вылечилъ женщину, одержимую этимъ страданіемъ, былъ Эйрсъ въ Нью-Йоркѣ; онъ взялъ длинный лоскутъ изъ нижней и средней части брюшныхъ покрововъ, обернулъ его эпидермоидальною поверхностью къ дефекту и пришилъ къ возвышающейся кожѣ на обоихъ углахъ мочеваго пузыря; въ этомъ случаѣ неясно описано образованіе мочеиспускательнаго канала. Послѣ него Вудъ оперировалъ однажды полторагодовую дѣвочку, у которой вслѣдствіе расщепленія пузыря былъ совершенно обнаженъ и Sinus urogenitalis, такъ что шейка и рыльце матки постоянно орошались мочою. Онъ взялъ съ одной стороны лоскутъ изъ области пупка и другой изъ паховой области, обернулъ ихъ эпидермоидальною поверхностью къ пузырю и покрылъ большимъ лоскутомъ, взятымъ съ противоположной стороны: но слизистая оболочка мочеваго пузыря, оттѣсняясь все болѣе внизъ, прорвала наконецъ нѣжныя сращения. — Гораздо успѣшнѣе былъ случай Ашгерета, гдѣ изъ кожи подъ пупкомъ былъ вырѣзанъ большой, совершенно закрывающій дефектъ лоскутъ А (рис. 20); лоскутъ этотъ былъ перегнутъ внизъ и наружныя стороны его покрыты двумя боковыми лоскутами В и С, которые были слегка перекручены и натянуты на него такимъ образомъ, что верхніе края ихъ а'в' и а'в' сходились по средней линіи. Эти лоскуты были соединены швами, и черезъ каждую сторону верхняго лоскута были проведены 2 петли гибкой желѣзной проволоки такимъ образомъ, что каждая проволока протягивалась двумя иголками; наконецъ, концы проволоки были протянуты черезъ основаніе пересеженныхъ боковыхъ лоскутовъ и закручены на маленькихъ трубочкахъ ликаго пластыря. Швы напряглись не сильно, лоскуты зажили *per primam intentionem*, послѣдній шовъ былъ удаленъ на 8-й день, остальные раны зажили грануляціями. Недержаніе мочи продолжало существовать при стоячемъ положеніи, такъ что пациентка при ходьбѣ должна была носить мочепріемникъ; но при лежаньи

положеніи на спинѣ она могла удерживать мочу въ теченіи 2 часовъ, и ея общее состояніе существенно улучшилось.—Ангерстъ представилъ вмѣстѣ съ тѣмъ обзоръ всѣхъ 20 случаевъ расщепленія мочевого пузыря, въ которыхъ было до сихъ поръ предпринято оперативное леченіе; изъ нихъ въ 14-ти,—Эйрса, Гольмса, Вуда, Мори, Баркера,—операция была произведена съ успѣхомъ, въ 3-хъ, Гольмса и Вуда,—безъ успѣха и въ 3-хъ,—Ричарда, Тенкоста и Вуда,—съ смертельнымъ исходомъ. Въ 2-хъ изъ числа послѣднихъ причина смерти не имѣла никакой связи съ операцией.—Всѣ эти операции съ перевернутыми лоскутами, обращенными эпидермоидальною поверхностью къ пузырю, представляютъ ту невыгоду, что присутствіе на ней уже выросшихъ или имѣющихъ вырости впоследствии волосъ подаетъ поводъ къ безконечному отложенію инкрустацій. По этой причинѣ, а также потому, что при отдѣленіи кожи, лежащей надъ пузыремъ, между прямыми брюшными мышцами, несмотря на величайшую осторожность, возможно пораненіе брюшины, а лоскутъ, если онъ объемистъ, легко омертвѣваетъ вслѣдствіе недостаточнаго притока крови,—Тиршъ не совѣтовалъ прибѣгать къ этому методу. Онъ предложилъ закрывать дефекты простыми боковыми лоскутами, которые онъ накладывалъ черезъ пузырь въ поперечномъ направленіи. Онъ беретъ два лоскута такой ширины, чтобы каждый изъ нихъ, въ свѣжемъ состояніи, могъ одинъ покрыть дефектъ пузыря. Онъ отпаровываетъ сперва нижній лоскутъ такимъ образомъ, чтобы внутренній край его, начиная сверху, соответствовалъ внутреннему краю *M. recti*, затѣмъ разрѣзъ ведется подлѣ самаго боковаго края пузыря и вдоль его нижняго края, приблизительно до середины послѣдняго. Наружный край

Рис. 20.



лоскута идетъ параллельно въ соответственномъ разстояніи внизу до Пупартовой связки и даже заходитъ за нее. Ограниченная такимъ образомъ полоса остается сверху и снизу въ соединеніи съ кожей, но отпаровывается по всей своей длинѣ отъ подлежащей ткани, причемъ пужно тщательно отдѣлить ее вплоть до апоневротическихъ слоевъ влагалища *M. recti*, сухожилія *obliqui externi* и *Fascia lata*, чтобы обезпечить лоскуту необходимый притокъ крови. Затѣмъ оставляютъ лоскутъ гранулировать *in situ* на подложенной подъ него пластинѣ

изъ олова, слоновой кости или стекла, причѣмъ нужно заботиться, чтобы грануляціи не поднимались высоко и были плотны. Черезъ 3 недѣли перерѣзываютъ верхнее соединеніе лоскута въ косвенномъ направленіи снизу и изнутри кверху и снаружи, накладываютъ лоскутъ поперегъ на нижнюю часть пузыря, освѣжаютъ въ соответствующемъ мѣстѣ противоположный край пузыря до лоннаго срощенія и пришиваютъ къ нему освѣженный конецъ лоскута. Нѣсколько сморщившійся лоскутъ покрываетъ теперь около двухъ нижнихъ третей пузыря. Тиршъ во всѣхъ своихъ 6-ти случаяхъ укрѣплялъ лоскутъ надъ пузыремъ и стало быть приводилъ его раненую поверхность въ непосредственное и постоянное соприкосновеніе съ мочею только тогда, когда лоскутъ вступалъ въ періодъ стаціонарныхъ грануляцій. Когда соединеніе этого нижняго лоскута вполнѣ удалось, тогда только можно закрыть также и верхнюю часть пузыря. Второй лоскутъ берется съ другой стороны, внутренней разрѣзъ его доводится до мѣста приврѣпленія нижняго лоскута, наружный разрѣзъ также ведется не такъ далеко, какъ при первомъ лоскутѣ. Въ тоже время тщательно снимаютъ полоску кожи шириною въ  $1\frac{1}{2}$ —2 цтм. вдоль верхняго края пузыря, между ММ. testis, чтобы получить здѣсь гранулирующую поверхность, на которой, также какъ на лоскутѣ, не слѣдуетъ давать грануляціямъ слишкомъ разрастаться. Черезъ 3—4 недѣли перерѣзаютъ, по описанному способу, верхній конецъ лоскута и заворачиваютъ его поперегъ черезъ пузырь; нижній край его прилегаетъ къ верхнему краю перваго поперечнаго лоскута, освѣженный конецъ его пришивается къ освѣженному мѣсту противоположнаго края кожи, его гранулирующая поверхность покрываетъ верхній отрѣзокъ слизистой оболочки мочевого пузыря, заходитъ за нее и покрываетъ также гранулирующую поверхность, полученную у верхняго края пузыря. Послѣ этого соединяютъ прилежащіе края обоихъ поперечныхъ лоскутовъ, образуя на каждомъ изъ нихъ чистую поверхность раны шириною въ  $1$ — $1\frac{1}{2}$  цтм. и сшивая ихъ частью глубокими, частью поверхностными швами; отнынѣ моча должна будетъ вытекать вниз, и истеченіе ея облегчаютъ введеніемъ короткой серебряной трубочки. — Такъ какъ у мужчинъ нужно около 4 лишнихъ недѣль для пластической операціи glandis и praeputii, котрая дѣлается въ 2 приема, и требуется еще около 8 недѣль для соединенія лоскута, образующаго glans и praeputium съ нижнимъ краемъ поперечнаго лоскута, то Тиршъ потратилъ цѣлый годъ, пока достигъ полнаго закрытія мужскаго мочевого пузыря, а потомъ устроилъ compressorium, прерывавшій сообщеніе между glans и пузыремъ, благодаря которому больной могъ удерживать до 200 куб. цтм. мочи; послѣ снятія нажима все это количество мочи выливалось струею. Тиршъ придаетъ особенное значеніе тому, чтобы лоскуты для закрытія пузыря брались по возможности длиннѣе и шире, такъ какъ онъ нашель, что емкость пузыря возрастала, если передняя его стѣнка была податлива. Поэтому зажимъ долженъ быть соединяемъ съ полой коробкой полушарообразной формы, которая позволяла бы передней стѣнкѣ пузыря приподниматься.

У дѣвочекъ, у которыхъ нѣтъ надобности въ только что упомянутыхъ пластическихъ операціяхъ, имѣющихъ цѣлю образованіе длиннаго мочеиспускательнаго канала, вся операція по способу Тирша должна быть проще и



значительно короче. Даже въ случаѣ полной удачи операціи, если пузырь закрытъ весь, за исключеніемъ какого нибудь маленькаго отверстія, — никогда нельзя рассчитывать на полное держаніе мочи, потому что образовать сфинктеръ невозможно; но зато достаточно легкаго давленія инструмента, чтобы вызвать мало по малу извѣстную степень растяженія мочеваго пузыря скопляющагося въ немъ мочей, а этимъ уже достигается очень многое. Пациента не подвергается больше постоянному орошенію, отъ нея перестаетъ всегда пахнуть мочей, перестаютъ появляться ссадины, нѣтъ больше постоянныхъ болей отъ раздраженія обнаженной слизистой оболочки, и ея общее состояніе улучшается, — всѣ эти послѣдствія, конечно, легко могутъ побудить большинство одержимыхъ этимъ страданіемъ скоро и охотно рѣшиться на эту безопасную по своей сущности операцію.

2) Задержки въ развитіи мочеваго пузыря, двойной пузырь, *Vesica duplex*. Перегородки пузыря, *Vesica bilocularis*.

**Литература.** Gerardi Blasii: *observaciones medicae rariores*. Amstelodami 1677. p. 59. Observ. XIX. Isaaci Cattieri: *observ. med.* Petro Borello communicate. Francofurti 1670. obv. 20. p. 85. Chóński: Förster: *Missbildungen*. Tf. XXXIII. fig. 10. Klebs. *Handbuch der pathol. Anatomie*. Band I. p. 690. 691. Meckel: *pathol. Anatomie*. Bd. I. S. 652 (Karpinsky). S. 651 (Ash). S. 652 (Testa). E. Rose. *Monatsschrift für Geburtskunde*. XXVI. S. 252—255. Scanzoni: *Krankheiten der weibl. Brüste u. Harnwerkzeuge*. II. Aufl. Prag 1859. p. 278. Fr. Schatz: *Archiv für Gynäkologie*. Bd. III. S. 304 — 309. 1872. Vidal-Bardleben IV. p. 154. 1859.

§ 56. «По мѣрѣ успѣховъ патологической анатоміи, случаи двойнаго мочеваго пузыря встрѣчаются все рѣже», сказалъ Видалъ, и замѣтилъ, что по всей вѣроятности патологическое образованіе перегородокъ въ пузырь принимали за первично развившіяся его отдѣленія. Онъ упоминаетъ еще, что Молинетти, въ своихъ *Dissertationes anatomico-pathologicae*, говоритъ объ одной женщинѣ съ пятью мочевыми пузырями, пятью почками и шестью мочеточниками, и что Блазіусъ описалъ случай полного раздѣленія мочеваго пузыря на двѣ половины, которыя у шейки его переходили въ одинъ общій мочеиспускательный каналъ, но имѣли каждая свой особый мочеточникъ. Кромѣ этого примѣра двойнаго пузыря, найденнаго Герардомъ Блазіусомъ при вскрытіи у взрослого мужчины, находили двойные пузыри и у маленькихъ дѣтей, напр. Исаакъ Катте, у 15-ти-дневнаго ребенка, котораго оба мочевые пузыри были отдѣлены одинъ отъ другаго на разстояніе ширины пальца прямою кишкой; далѣе, двойной пузырь нашелъ Земмерингъ на трупѣ 2-хъ-мѣсячнаго ребенка и въ послѣднее время Шатцъ у прожившей только 12 часовъ, очень плохо упитанной, но доношенной дѣвочки, у которой кромѣ того имѣлось полное раздвоеніе всего половаго аппарата и врожденная двойная пузырно-влагалищная фистула (см. стр. 30, рис. 12). Съ другимъ видомъ двойнаго пузыря, незамкнутаго, мы уже познакомились при расщепленіи этого органа (стр. 71). При двойномъ мочевомъ пузырьѣ парный зачатокъ *Allantoidis* вслѣдствіе какого-

нибудь препятствія не слился, а каждая часть его отдѣльно развилась въ полное образованіе, въ которое впадаетъ соответственный мочеточникъ. Что этотъ недостатокъ развитія, возникающій очевидно въ теченіи первыхъ 4-хъ недѣль зародышевой жизни, не всегда вредитъ существованію, доказывается случаемъ Блазіуса. Но изъ остальныхъ случаевъ слѣдуетъ, что онъ рѣдко встрѣчается одинъ, и потому, въ соединеніи съ другими пороками развитія, онъ имѣетъ гораздо болѣе серьезное значеніе. Предметомъ врачебной помощи эта аномалія конечно никогда не сдѣлается. Диагнозъ ея при жизни возможенъ въ томъ случаѣ, если при помощи катетера будетъ доказано существованіе двухъ половинъ мочевого пузыря, двухъ отдѣльныхъ одна отъ другой полостей, и если черезъ брюшные покровы будетъ прощупываться перехватъ въ *vertex vesicae*.

§ 57. Менѣе значительную степень задержки въ развитіи мочевого пузыря представляетъ тотъ случай, когда снаружи органъ представляется простымъ, или, самое большее, съ намекомъ на вдавленіе на поверхности, тогда какъ внутри его находится перегородка: *Vesica bilocularis*. Такъ Карпинскій нашелъ перегородку безъ раздвоенія снаружи, шедшую отъ дна пузыря до самаго мочеиспускательнаго канала, но внизу неполную; Ашъ констатировалъ плотную, кожистую промежуточную стѣнку, сообщающее отверстие которой было такъ узко, что связь между обѣими полостями пузыря едва существовала; Теста указалъ на простую полную перегородку. Сканцони упоминаетъ, что онъ у одной лечившейся отъ буторчатки женщины случайно нашелъ *post mortem* раздѣленіе мочевого пузыря на двѣ боковыя половины; но онъ не говоритъ, было ли раздѣленіе замѣтно по наружной формѣ и была ли перегородка сплошная, или сквозная. Во всѣхъ этихъ случаяхъ перегородка была вертикальная, соответственно слиянію обоихъ бугровъ. Въ отличіе отъ сейчасъ описанныхъ находили также и горизонтальныя перегородки, но послѣднія встрѣчаются въ видѣ отшнуровыванія большей или меньшей части тѣла мочевого пузыря, и находятся быть можетъ въ связи съ процессомъ обратнаго развитія *Utrachus*.

Сюда же нужно причислить, описанный недавно Розеромъ (въ Марбургѣ) случай кисты *Utrachus* у одной дамы, въ которомъ *Utrachus*, расширенный до громадныхъ размѣровъ и закрытый со стороны пупка, сообщался съ мочевымъ пузыремъ маленькимъ отверстиемъ; при сокращеніяхъ пузыря наполнялся сперва мѣшкой *Utrachus*, пока наконецъ при новыхъ усиліяхъ брюшнаго пресса этотъ мѣшокъ и пузырь не опорожнялись реѣ *urethram*. Впрочемъ, во многихъ случаяхъ съ задержками развитія смѣшивали образованіе выпячиваній въ мочевомъ пузырьѣ, о которыхъ мы будемъ говорить впоследствии: Э. Розе констатировалъ такое выпячиваніе въ случаѣ, изслѣдованномъ Тенономъ, гдѣ пузырь былъ раздѣленъ стѣнкой, прободенной по срединѣ. При болѣе точномъ изслѣдованіи оказалось, что оба большія отдѣленія пузыря состояли лишь изъ выпячиваній слизистой оболочки между петлями мѣсистаго переплета. Въ случаѣ Вольхеруса Койтера, описавшаго дѣвушку съ двумя мочевыми пузырями, на самомъ дѣлѣ существовалъ только одинъ пузырь и подлѣ него водяночная киста, и Розе полагаетъ, что въ случаѣ Молинетта съ 5-ю почками, 6-ю мо-

четочниками и 5-ю мочевыми пузырями—порокъ развитія обуславливали, можетъ быть, только многочисленные и отчасти мѣшкообразно расширенныя мочеточники. Изъ всѣхъ этихъ фактовъ слѣдуетъ, что даже при изслѣдованіяхъ на трупѣ легко сдѣлать ошибку въ діагнозѣ задержекъ развитія мочевого пузыря, и что при распознаваніи ихъ нужно обращать вниманіе на форму органа, на существующія перетяжки, дажѣ на перегородки внутри его, на ихъ строеніе, направленіе и на свойство стѣнокъ обѣихъ половинъ пузыря. Самая легкая степень задержки въ развитіи мочевого пузыря описана Хонсемъ: здѣсь была найдена простая, видимая также снаружи, глубокая продольная перетяжка пузыря.

§ 58. Діагнозъ. Вертикальную перегородку въ пузырьѣ можно распознать при помощи катетера, или, если нужно, пальцемъ, послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускат. канала; горизонтальную—только послѣ расширенія Urethrae. Если надъ опорожненнымъ мочевымъ пузыремъ находится опухоль и нельзя убѣдиться въ сообщеніи ея съ пузыремъ путемъ ощупыванія снаружи, стало быть нельзя напр. опорожнить ее въ пузырь при помощи наружнаго давленія,—то нужно также расширить мочеиспускат. каналъ и ощупать введеннымъ въ пузырь пальцемъ мѣсто сообщенія, и если можно, то провести черезъ него въ верхнюю опухоль длинный эластическій катетеръ.

§ 59. Лечение. Объ устраниеніи найденной въ пузырьѣ перегородки, конечно, нечего и думать; поэтому единственная возможность, о которой можетъ быть рѣчь на практикѣ при этой аномаліи развитія—это констатировать въ случаѣ заболѣванія пузыря, одна ли половина его поражена, или обѣ; это нужно опредѣлить также при помощи катетера, геср. зеркаль и Рутенберговскаго аппарата для освѣщенія мочевого пузыря,—и затѣмъ приступить къ леченію соотвѣтственно діагнозу. Если бѣ была найдена, какъ въ приведенномъ выше случаѣ Розера, киста Utrachus надъ мочевымъ пузыремъ, постоянное расширеніе которой подъ влияніемъ сокращеній пузыря, могло бы повести къ неприятымъ припадкамъ, то единственный приемъ, способный радикально излечить пациентку, заключается въ экстирпаціи кисты черезъ брюшныя покровы, въ освѣженіи и зашиваніи хода, сообщавшаго ее съ пузыремъ, геср. въ приращеніи темени пузыря къ нижнему углу раны.

## ГЛАВА II.

### Неправильности положенія и формы женскаго мочевого пузыря.

I. Смѣщенія пузыря, вообще и въ частности пузырно-влагалищная грыжа: *Cystocele vaginalis*.

Литература. Baker Brown: med. Times a. Gaz. April 1853. Beigel: Krankheiten des weibl. Geschlechts. Stuttgart. Enke. II. Bd. p. 293. 294 figde. Golding Bird: med.

Times a. Gaz. Jan. 1853. Charrier: Gaz. des hôp. 6. 1866. Forget: Bull. de théor. Janvier 1844. v. Franqué: Vorfal der Gebärmutter. Würzburg. Stahel 1860. p. 523. Gendron: Bull de l'acad. T. XXIV. p. 47. Octob. 1858. Mc. Kee: Phil. med. Exam. Oct. 1852. Schmidt's Jahrbücher Bd. 77. 215. Ramsbotham: med. Times a. Gaz. Jan. 1. 1859 u. Rigby: med. Times. Aug.—Novbr. 1845. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 49 u. 52 S. 186. Scanzoni: Krankheiten der weibl. Harnwerkzeuge. II. Aufl. Prag 1859. p. 284—289. Schröder, C.: Handbuch etc. 1874. p. 179 — 199. Sims-Beigel: Klinik der Gebärmutterchirurgie. Erlangen 1866. p. 228 — 240.

§ 60. Неповрежденный мочевой пузырь может смѣщаться какъ одно цѣлое въ самыхъ разнообразныхъ направлѣнiяхъ: вверху, впереди, взади, въ стороны и внизу, наконецъ, онъ можетъ заворачиваться самъ въ себя.

Смѣщенiе вверху происходитъ вслѣдствiе влеченiя, которому подвергается пузырь, или подъ влiянiемъ давленiя, дѣйствующаго на него снизу. Влеченiе можетъ дѣйствовать на стѣнку органа черезъ ея брюшинный покровъ, который подвергается извѣстной степени натяженiя при смѣщенiи вверху внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ; оно можетъ также быть слѣдствiемъ сращенiя поверхности мочевого пузыря съ яичникомъ, маткой, вiшкой; такiя сращенiя встрѣчаются нерѣдко (см. § 20) въ формѣ широкихъ и прочныхъ связокъ. Поэтому причинами смѣщенiя могутъ явиться и беременная матка, увеличивающаяся въ объемѣ, и растущая опухоль яичника, и вiшечная петля. Но тазовые органы могутъ оказывать существенное влiянiе на форму и положенiе мочевого пузыря и помимо поднятiя ихъ изъ полости малаго таза, — напр. при загибѣ матки назадъ, причѣмъ непременно должно произойти большее или меньшее вытягиванiе нижней стѣнки мочевого пузыря взади и вверху (см. рис. 25 на стр. 91). Снизу вверху оттѣсняется мочевой пузырь опухолями, которыя, начинаясь подъ шейкою пузыря, растутъ изъ полости малаго таза вверху, напр. малевьи опухоли яичниковъ, пока онѣ находятся въ полости таза, опухоли прямой вiшки, стѣнозъ таза и мн. др. Мочевой пузырь можетъ быть оттѣсненъ или оттянутъ въ ту или другую сторону; такъ напр. это находили въ большихъ паховыхъ, бедренныхъ грыжахъ, частiю даже въ Foramen ovale (см. Förster, Handbuch d. pathol. Anat. II. 534).

Всѣ эти смѣщенiя названнаго органа важны лишь въ томъ отношенiи, что они могутъ обусловить смѣщенiе, искривленiе и прижатiе мочеиспускательнаго канала, и вызвать этимъ дизурiю и ишурiю, — припадки, болѣе обыкновеннаго неприятные въ этомъ случаѣ по причинѣ большей трудности введенiя катетера. Съ устраненiемъ производящей причины, если это возможно, смѣщенiе пузыря болѣею частью исчезаетъ быстро и безъ дальнѣйшихъ послѣдствiй. Мы уже упоминали въ § 15 стр. 22, при описанiи различныхъ способовъ изслѣдованiя мочевого пузыря, что въ случаяхъ сращенiя пузыря съ окружающими частями, при неосторожной катетеризаціи, слишкомъ быстромъ выведенiи мочи, слишкомъ горизонтальномъ положенiи паціента и несвоевременномъ закрытiи отверстiя катетера, черезъ послѣднiй въ пузырь можетъ проникнуть воздухъ. Впрочемъ, воздухъ не такъ вреденъ, какъ вообще полагали прежде; объ этомъ свидѣтельствуетъ всего лучше производимое безъ всякаго вреда повторное изслѣдованiе по методу Рутенберга. И здѣсь также, какъ при другихъ обстоятельствахъ, вредную причину, вызывающую послѣдовательное за-

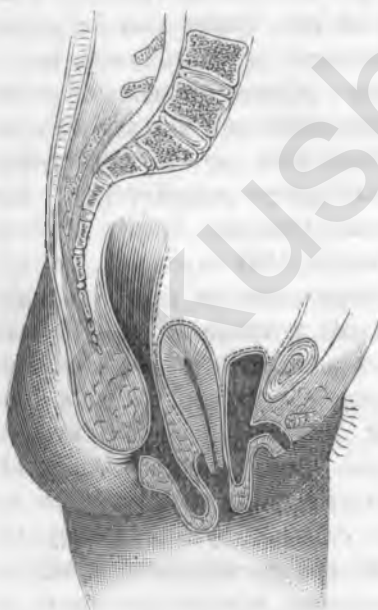
болѣваніе слизистой оболочки мочевого пузыря, слѣдуетъ въ большинствѣ случаевъ искать не въ воздухѣ, а въ нечистыхъ инструментахъ.

Чѣмъ дальше существуютъ сращения между пузыремъ и окружающими его частями, тѣмъ скорѣе ослабѣваетъ ихъ вредное вліяніе, такъ какъ благодаря постоянно повторяющимся подергиваніямъ, идущимъ рука объ руку съ наполненіемъ и опорожненіемъ этого резервуара, сращения постепенно становятся все болѣе податливыми, растяжимыми, удлиняются и представляютъ все меньше препятствій.

§ 61. Несравненно болшую важность представляетъ та аномалія положенія, которая называется пузырно-влагалищною грыжей, *Cystocele vaginalis*.

§ 62. Причины ея приходится обыкновенно искать въ предшествующей беременности и родахъ. Въ этихъ состояніяхъ не только пузырно-влагалищная стѣнка сильно гиперемирруется, разрыхляется, удлиняется, подвергается часто давленію сверху, въ силу котораго, именно въ періодѣ изгнанія плода, нижняя часть стѣнки мочевого пузыря, *Tuberculum vaginae* выталкивается впередъ, такъ что мочеиспускат. каналъ загибается своимъ верхнимъ концомъ книзу (рис. 21),—но и всѣ образованія мягкаго дна таза до таковой степени растягиваются

Рис. 21.



Первичное выпаденіе рукава по К. Шредеру. *Cystocele, Rectocele, Descensus uteri*.

пузырѣ много мочи. Обыкновенно это смѣщеніе пузырно-влагалищной стѣнки составляетъ первичное явленіе, а за нимъ слѣдуетъ опущеніе и неполное вы-

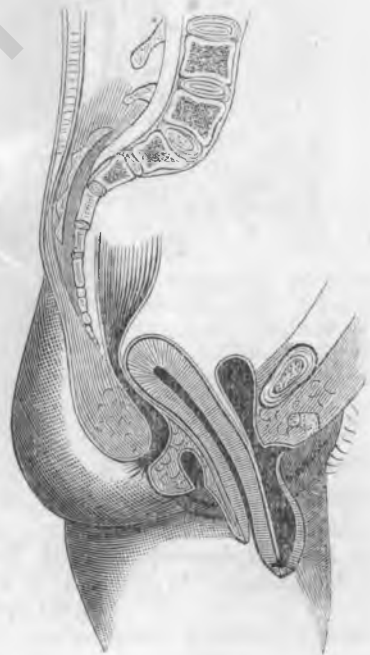
и уступаютъ давленію, входъ рукава часто такъ расширяется, что эта стѣнка не находитъ въ нихъ больше достаточной опоры и опускается внизъ. Это случается всего чаще, конечно, въ томъ случаѣ, когда *Rima vulvae* зияетъ сильнѣе вслѣдствіе разрыва промежности. При такихъ предрасполагающихъ условіяхъ, случайными моментами, непосредственно вызывающими образованіе пузырно-влагалищной грыжи, бываютъ обыкновенно: сильное напряженіе брюшнаго пресса при поднятіи и носкѣ тяжелыхъ предметовъ, сильное жгленье при затрудненной дефекаціи, особенно быстро дѣйствуютъ эти вліянія при средней или сильной степени наполненія пузыря. Заставивъ пациентку натуживаться по-сильнѣе, легко удостовѣриться, какъ при этомъ вмѣстѣ съ опущеніемъ *Tuberculi vaginae* половая щель начинаетъ раскрываться, какъ растягивающая ее опухоль быстро увеличивается отъ размѣровъ голубиного до куриного яйца и кулака, и какъ легко вызвать это явленіе въ нѣсколько минутъ, если въ

это явленіе въ нѣсколько минутъ, если въ

паденіе матки. Но во многихъ случаяхъ дѣло происходитъ въ обратномъ порядкѣ, т. е. сперва оттягивается гесп. стлживается внизъ матка вслѣдствіе гипертрофіи ся шейки (рис. 22), или опухолями ея стѣнокъ, или опухолями, сидящими надъ нею, а за ея смѣщеніемъ слѣдуетъ постепенно и смѣщеніе мочеваго пузыря. Предрасполагающими условіями являются возрастъ, таъ какъ это страданіе встрѣчается всего чаще въ 30—40-хъ годахъ, и занятія: продолжительное стояніе, поднятіе и носка тяжестей предрасполагають къ нему и особъ перожавшихъ.

Остальныя причины *Cystocele vaginalis*, въ сравненіи съ только что названными, чрезвычайно рѣдки. Она можетъ произойти какъ острый случай вмѣстѣ съ выпаденіемъ матки у лицъ, еще не рожавшихъ, напр. вслѣдствіе паденія или очень сильнаго напряженія: наблюденіе Мальгени; ее производятъ, далѣе опухоли пузырно-влагалищной стѣнки, увлекающія внизъ и послѣднюю своей величиною. Она можетъ возникнуть въ видѣ дивертикула мочеваго пузыря, если въ послѣднемъ образуются камни, которые своимъ положеніемъ и своею тяжестью обусловливають выпячиваніе этихъ частей, — таковой фактъ нужно принять въ случаѣ Рюйша и мн. др. (ср. гл. VI: камни мочеваго пузыря); но большею частью въ подобныхъ случаяхъ ходъ дѣла бываетъ обратный, т. е. сначала образуется *Cystocele*, а послѣ и вслѣдствіе этого происходитъ образованіе камней: таъ было въ случаѣ Жандрена, гдѣ 65-лѣтняя старуха, имѣвшая 7 дѣтей, страдала пузырною грыжей, изъ которой самопроизвольно выдѣлились два камня мочеваго пузыря.

Рис. 22.

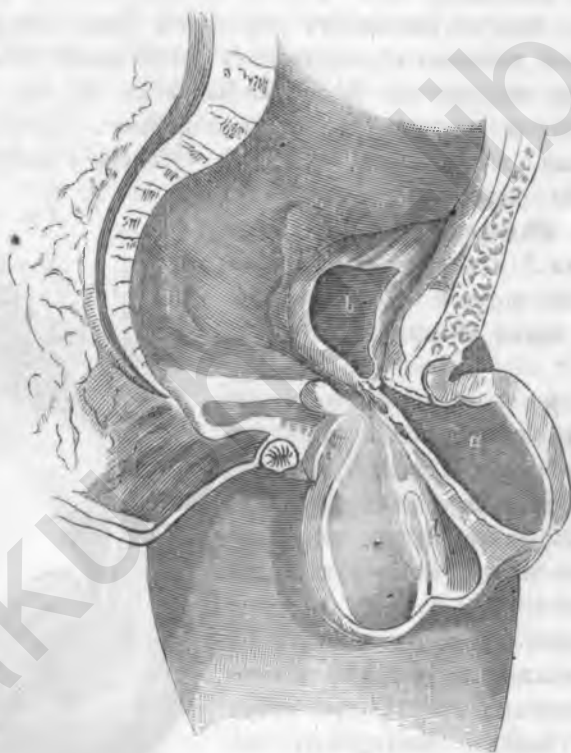


§ 63. Анатомическія отношенія. При незначительныхъ степеняхъ этой аномалии положенія бываетъ лишь нѣсколько углублена самая нижняя часть пузыря; при среднихъ пузырь имѣетъ форму песочныхъ часовъ, раздѣленъ на двѣ почти равныя половины (рис. 22 и 23), которыя дѣлятся, по срединѣ идущимъ, почти горизонтально, мочеиспускат. каналомъ на верхнюю и нижнюю; въ мочеиспускат. каналѣ при этихъ обстоятельствахъ нерѣдко наблюдаются незначительныя гипертрофіи слизистой оболочки. При самыхъ высокихъ степеняхъ (ср. рис. 24 по Шредеру), съ полнымъ выпаденіемъ матки, мочевой пузырь можетъ быть обезображенъ до того, что *orificium urethrae* лежитъ кверху, мочеиспускат. каналъ идетъ отвѣсно внизъ въ стоящій на верхушкѣ пузырь, темя котораго находится внизу недалеко отъ маточнаго зѣва. — При продолжительномъ существованіи этого страданія можно констатировать

Неполное Prolapsus uteri съ *Cystocele vaginalis*.  
по К. Шредеру.

измѣненія и въ стѣнкахъ пузыря: онѣ представляются утолщенными, болѣе сочными, не вслѣдствіе застоевъ и отека, а прямо гипертрофированными (ср. рис. 24). Слизистая оболочка иногда находится въ состояніи хронической гипереміи и катарра. Подергиваніе дна пузыря можетъ вслѣдствіи повести къ расширенію мочеточниковъ и къ Hydronephrosis; подобныя послѣдствія констатированы Филипомъ, Фроррипомъ, Вирховымъ, Брауномъ и мною. Для этой аномаліи положенія имѣетъ значеніе еще то обстоятельство, что при ней Excavatio vesico-uterina, большею частью, углубляется, и брюшина въ одномъ мѣстѣ можетъ доходить до влагалища. При значительномъ выпаденіи — въ Excavatio vesico-uterina опускаются петли тонкихъ кишекъ. Впрочемъ, этотъ карманъ чаще находятъ замкнутымъ, такъ что на разрѣзѣ онъ представляетъ какъ бы третью полость (см. Франке).

Рис. 23.

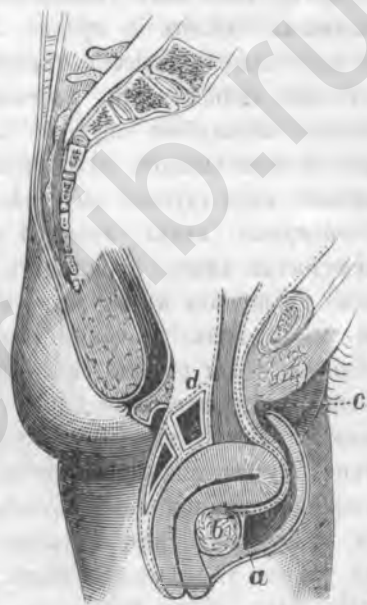


Изъ Хирургіи Фроррипа. Рис. 416. Prolapsus uteri completus. Inversio par. vaginae anterioris et posterioris. Cystocele: *a* и *b* половники пузыря. *c*. Urethra загнутый книзу. *d*. Uterus: Atresia orificii externi.

§ 64. Признаки Cystocele vaginalis отчасти тѣже, какъ при выпаденіи рубца и матки; мы ограничимся, конечно, описаніемъ тѣхъ изъ нихъ, которые обуславливаются мочевымъ пузыремъ и наблюдаются на немъ самомъ. Въ началѣ нерѣдко замѣчается только опущеніе потягиванія въ области пупка, зависящее вѣроятно отъ напряженія верхней связки мочевого пузыря, затѣмъ

аномалии выделения мочи: пациентки мочатся дольше обыкновенного, иногда могут испускать мочу только с болью, или совсем не могут, пока не отъснят назад опухоль, которая прощупывается между наружными частями. Однако я находил, что эти припадки встречаются далеко не такъ часто, какъ следовало бы ожидать, что очень многія женщины, несмотря на довольно значительныя степени смъщенія органа, не испытывали ни малѣйшаго неудобства ни до, ни во время, ни послѣ мочеиспусканія. Я долженъ также прибавить, что изъ 68 случаевъ Cystocele я ни разу не видѣлъ катарра мочевого пузыря, который, по заявленію Гольдингга, Берда долженъ особенно легко возникать у тѣхъ изъ страдающихъ этою болѣзнью женщинъ, которыя находятся въ климактерическомъ возрастѣ. Но я согласенъ съ мнѣніемъ, что катарръ можетъ развиться тѣмъ скорѣе, чѣмъ больше часть пузыря выступившая изъ половой щели, чѣмъ дольше стало быть въ ней задерживается моча, чѣмъ чаще необходимъ катетеръ.—Что Cystocele можетъ послужить препятствіемъ при родахъ, часто наблюдалъ Ramsbotham у многородящихъ, особенно при легкомъ суженіи выхода таза. Маеъ Кп былъ однажды приглашенъ въ подобному случаю, и ему не удалось ввести катетеръ въ наполненный выпавшій пузырь, мѣшавшій изгнанію плода. Тогда онъ прокололъ его ланцетомъ, опорожнилъ, роды быстро окончились и женщина выздоровѣла. Ramsbotham приводитъ свидѣтельство Мерримэна что одинъ врачъ принималъ *in partu* выпавшій пузырь за головную водянку и прокололъ его.—Характерны были при всѣхъ этихъ родахъ сильныя давящія боли, которыя не соответствовали началу родовъ и исчезали съ опороженіемъ пузыря.

Рис. 24.



Prolapsus uteri completus. In anteflexione съ мѣшкою на мѣстѣ перегиба (b): Темя пузыря обращено внизъ у a, моч. каналъ вверху у c. Кишка (d) глубоко въ маломъ тазу. по К. Шредеру.

Если Cystocele vaginalis въ большинствѣ случаевъ далеко не представляетъ всѣхъ тѣхъ признаковъ, которые ей обыкновенно приписываютъ, то всетаки нужно согласиться, что если происходитъ катарральное заболѣваніе ея внутренней поверхности и рядомъ съ нимъ идетъ аммиакальное разложеніе мочи, то вызываемые этими двумя условіями припадки при Cystocele могутъ имѣть гораздо болѣе непріятный характеръ, чѣмъ тогда, когда нѣтъ смъщенія пузыря, потому что при этой перемѣнѣ его положенія и безъ того болѣзненныя стѣнки его легко и часто подвергаются давленію, дерганію, а опороженіе его не всегда совершается вполне, баеъ это бываетъ при нормальномъ положеніи и формѣ органа. Если вслѣдствіе продолжительнаго дерганія и утолщенія стѣнки пузыря дѣло доходитъ до застоевъ мочи, до расширенія мочеточниковъ



и до Hydronephrosis, то наконецъ наступаютъ и уремическія явленія. Вслѣдствіе одного только подергиванія брюшины развиваются иногда также подострые воспалительные процессы въ окружности мочевого пузыря—Pericystitis, и могутъ при запущенной болѣзни и продолжительномъ существованіи выпаденія привести наконецъ въ такимъ многочисленнымъ срощеніямъ названныхъ органовъ и нарушеніямъ ихъ нормальнаго положенія, что возвращеніе ихъ на свое мѣсто становится невозможнымъ.

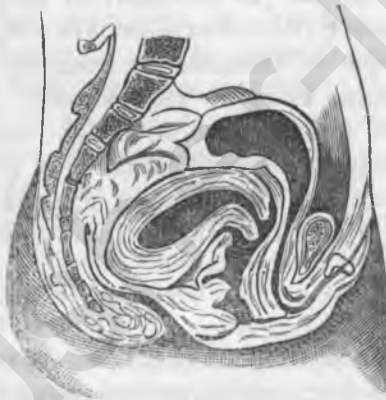
§ 65. Діагнозъ. Большинство паціентокъ, замѣтивъ у себя опухоль, выступающую изъ наружныхъ дѣтородныхъ частей, очень скоро обращаются къ врачу, такъ какъ «выпаденія» вообще чрезвычайно боятся, и тогда распознаваніе сдѣлать не трудно. Изъ 74 случаевъ выпаденія рукава Мальгень 39 разъ нашелъ Cystocele vaginalis. Паціентку приводятъ въ такое положеніе какъ при камнешъченіи, заставляютъ ее сильно натуживаться, наблюдаютъ способъ выходенія опухоли, и когда она достигла своего наибольшаго объема, ее захватываютъ лѣвой рукой, распознаютъ зыбленіе, прощупываютъ per vaginam, какъ глубоко опустился маточный зѣвъ, и затѣмъ проводятъ черезъ мочеиспускательный каналъ мужской металлическій катетеръ и пытаются, держа его ворнутостью внизу, проникнуть въ опухоль, — если это удастся, то катетеръ легко прощупать въ опухоли, и тогда діагнозъ несомнѣненъ; затѣмъ остается еще изслѣдовать, на какую высоту можно провести катетеръ за лоннымъ срощеніемъ, чтобы рѣшить, какъ велика смѣстившаяся часть пузыря, и наконецъ нужно изслѣдовать выведенную инструментомъ мочу на гной, бѣлокъ и цилиндры. Послѣ выведенія мочи изъ опухоли она становится меньше, и на стѣнкѣ рукава видны поперечныя складки. Затѣмъ нужно конечно устранить существующія причины аномаліи положенія назначеніемъ рациональнаго леченія, и наконецъ слѣдуетъ вправить органъ, чтобы видѣть, подвиженъ ли онъ, или успѣлъ уже фибрироваться. — Если, какъ въ случаѣ Жюбера, діагнозъ Cystite былъ точно поставленъ при жизни, а потомъ на трупѣ ея не находятъ, то это вовсе не доказываетъ ошибочности діагноза, такъ какъ уже при одномъ продолжительномъ горизонтальномъ положеніи опухоль, въ большинствѣ случаевъ, отходитъ назадъ, а въ самомъ пузырьѣ, при кратковременномъ существованіи, не вызываетъ никакихъ анатомическихъ измѣненій.

§ 66. Предсказаніе, въ большинствѣ случаевъ, можно назвать хорошимъ въ той мѣрѣ, что страдакіе это причиняетъ мало безпокойства и можетъ быть совершенно остановлено паліативными средствами. Но если разстройство запущено, то оно не только все болѣе и болѣе увеличивается и тогда, конечно, становится все болѣе обременительнымъ, но у пожилыхъ особъ оно весьма непріятно по причинѣ большой вялости и тонкости стѣнокъ органовъ, тѣмъ болѣе, что часто трудно бываетъ пріискать подходящія удерживающія средства. Въ молодые годы, правда, достигали радикальнаго устраненія болѣзни,—Симсъ, Симонъ, Хегаръ, авторъ и др., однако и при оперативномъ леченіи случаи Cystocele не всегда излечиваются прочнымъ образомъ. Сканцони утверждалъ даже (1859), что онъ никогда не видѣлъ прочнаго успѣха

оперативнаго леченія *Cystocele vaginalis*, такъ что онъ былъ при своихъ операціяхъ менѣе счастливъ чѣмъ раньше названные авторы.

§ 67. Лечение. Вправление и удержаніе на мѣстѣ — вотъ два единственныхъ показанія при занимающемъ насъ страданіи. Но насколько просто первое, настолько трудно иногда въ тяжелыхъ случаяхъ удовлетворить послѣднему. Вправление производится при лежачемъ положеніи на спинѣ, и рукою, катетеръ для этого почти никогда не бываетъ нуженъ, развѣ только для того чтобы вывести сперва мочу, если ея имѣется много. Если вправление удалось, то обыкновенно нужно бываетъ пріисвать пессарій. Относительно этого выбора я отсылаю читателя ко всѣмъ учебникамъ гинекологіи, гдѣ разсматриваются всѣ инструменты этого рода, и замѣчу только, что я почти никогда больше не употребляю гисторофора Розера-Сканцони, такъ какъ онъ слишкомъ обременителенъ для пациентокъ и даже съ толстой скобой не въ состояніи оказать достаточную поддержку передней стѣнкѣ рукава противъ сильнаго напора брюшнаго пресса. Инструментъ, почти всегда оправдывавшій

Рис. 25.



Измѣненіе формы и положенія пузыря при *Retroflexio uteri puerperalis* по Шатцу.

мон ожиданія въ подобныхъ случаяхъ, есть стебельчатый пессарій Эд. Мартина, состоящій изъ круглаго вольца изъ павли, покрытаго холстомъ и лакомъ, и стебелька 6—8 цтм. длиною, идущаго отъ него тремя корнями, съ небольшимъ пуговчатымъ утолщеніемъ на концѣ. Инструментъ этотъ лежитъ весьма плотно, отлично поддерживаетъ пузырно-влагалищную стѣнку, и пациентка можетъ сама вынимать его по временамъ и владывать снова. Нѣкоторыя изъ моихъ пациентокъ отлично умѣютъ обращаться съ этимъ снарядомъ, такъ напр. одна изъ нихъ, отправляясь въ дальній путь, всегда беретъ съ собою такой «запасный пессарій». Въ отчаянныхъ случаяхъ, гдѣ самыми большими инструментами этого рода не удастся удержать выпадающій пузырь, если пациентка не можетъ рѣшиться на радикальную операцію—нужно ввести одинъ изъ самыхъ большихъ нестебельчатыхъ пессаріевъ изъ того же матеріала, такъ какъ отсутствіе стебелька позволяетъ вводить болѣе крупныя номера, и мнѣ

удалось послѣ долгихъ усилій добиться въ одномъ изъ такихъ случаевъ желаннаго эффекта, т. е. прочнаго удержанія.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ части сильно расширены, удержаніе затруднительно, гдѣ нужно часто мѣнять инструменты, — слѣдуетъ предлагать пациентѣ радикальную операцію, выполненную впервые Жюберомъ, потомъ улучшенную Беккеръ—Бруномъ, Эмме и въ особенности Симсомъ, и состоящую въ томъ, что изъ передней стѣнки рукава вырѣзывается или эллиптической кусокъ отъ Tuberculum vaginae почти до середины свода рукава, или же поперечный, и края раны соединяются посрединѣ поверхностными и глубоким швами. Если кромѣ того имѣется разрывъ промежности, то нужно устранить его и постараться возстановить нормальную опору мочевого пузыря возстановленіемъ болѣе устойчиваго тазоваго дна и суженіемъ vulvae. Относительно болѣе подробнаго описанія обѣихъ этихъ операцій отсылаемъ читателя къ соответственной главѣ о заболѣваніяхъ vulvae и рукава, даѣе къ Симону, — его Elytographia anterior, и Хегару и Кальтенбаху: die Operative Gynaekologie, Erlangen 1874, S. 393—399.

Прибавленіе. На рис. 25 перепечатанъ рисунокъ Шатца, изображающій то, что можно назвать Retroflexio vesicae urinariae. Загибъ пузыря езади былъ вызванъ такою же аномаліей послѣродовой матеи. Я видѣлъ недавно это состояніе пузыря на трупѣ небеременной, у которой позади дна матеи, лежавшаго почти горизонтально въ маломъ тазу и прилежавшаго къ прямой кишкѣ, въ оттянутой наиболѣе езади части пузыря находился дивертикулъ съ мочевымъ камнемъ, и шейка пузыря была приерѣплена езади тугонатянутыми перепонками, шедшими отъ нея черезъ матку къ прямой кишкѣ.—

## II. Выворотъ (Ectopia) нерасщепленнаго мочевого пузыря и выворотъ пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ.

**Литература.** Albers: Atlas IV. Tafel 94. 95. Baillie: Transactions of a society for medical knowledge I. Nro. II. Callisen's: System der Chirurgie. T. II. § 809. Clarke: übersetzt von Heineken, Krankheiten d. Weibes. Hannover 1818. I. 97. Crosse: Transactions of the prov. med. et surg. assoc. XIV. Nov. II. 1846. A. Förster: Handbuch der spec. patholog. Anatomie, II. Aufl., Leipzig 1863. S. 534. de Haën: Ratio medendi. T. I. Cap. VII. p. 89. Horn; Rust's Handbuch der Chirurgie. Bd. XIII. 652. L. Lichtenheim: Fall von Ectopie der ungespaltenen Blase. Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XV. 471—475. Meckel d. A. e.; Epistolae ad Hallerum. T. II. p. 256. Murphy: Froriep's Notizen d. Natur. u. Heilkunde. Bd. XLI. S. 63. Noël: Mém. de l'Academie de chir. T. IV. p. 17. Oliver: Edinb. med. Journal. Febr. 1875. p. 769. Percy: Chirurgie de Boyer. Bd. IX. p. 82. C. Rokitansky: Lehrbuch der path. Anat. III. Bd. S. 359. III. Aufl. Wien 1861. Streubel: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 100. S. 224—227. M. Stoll: Heilungsmethode, übersetzt von Fabri. Breslau 1789. III. Th II. Band. S. 205 (Hernia vesicae). Thomson: Lancet 9. 1875. Weinlechner: Jahrb. für Kinderheilkunde. VIII. 52. 1874. G. Vrolik: Mémoires sur quelques sujets intéressants d'anatomie et de physiologie. Amsterdam 1822. p. 95. W. Vrolik: Tabulae ad illustrandam embryogenesin hominis et animalium. Amsterdam 1844. Tafel 30.

§ 68. Мы можем указать на выворотъ нерасщепленнаго мочевого пузыря, какъ на единственный, и вмѣстѣ самый рѣдкій видъ измѣненнаго положенія этого органа, при которомъ его форма не измѣняется. Насколько я знаю, до сихъ поръ извѣстны только 3 случая его, указанные Лихтенгеймомъ, именно первый случай Г. Вролика, второй Штолля и третій Лихтенгейма. Во всѣхъ трехъ передъ нижнимъ отдѣломъ брюшныхъ покрововъ находилась яркочерная, кругловатая опухоль, которую въ случаѣ Лихтенгейма удалось вправить. Послѣ вправления въ брюшной стѣнкѣ оказался дефектъ съ обрѣзанными краями, нѣсколько меньшихъ размѣровъ чѣмъ сама опухоль. Опухоль на животѣ отграничивалась на своей нижней поверхности отъ окружающихъ частей широкимъ желобкомъ. Лонныя кости были раздѣлены промежуткомъ въ 5 цтм. Введя палецъ въ прямую кишку, можно было вдавить въ опухоль заднюю стѣнку мочевого пузыря и прощупать палецъ снаружи въ грыжеобразно выпячивающейся опухоли. Моча удерживалась вполне правильно и выводилась тонкой струей. Поразителенъ и необъяснимъ былъ фактъ, что наружная поверхность пузыря была покрыта слизистой оболочкой, по виду совершенно похожей на слизистую оболочку мочевого пузыря. Микроскопическое изслѣдованіе этой наружной оболочки показало въ ней присутствіе трубчатыхъ желѣзъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ случаѣ Г. Вролика однако, по моему разумѣнію, дѣло заключалось не въ выворотѣ мочевого пузыря, а въ расщепленіи брюшныхъ покрововъ надъ расширеннымъ мочевымъ протокомъ (Urachus), сообщавшимся съ пузыремъ посредствомъ маленькаго отверстія. — Многие авторы обозначаютъ расщепленіе мочевого пузыря словомъ Ectopia, но это неправильно, такъ какъ здѣсь главную роль играетъ расщепленіе, а смѣщеніе является побочнымъ фактомъ, и стало быть названіе Ectopia не обозначаетъ точно этого состоянія, тогда какъ названіе Prolapsus vesicae completus per fissuram tegumentorum abdominis s. Ectopia vesicae totalis точно опредѣляетъ описанную здѣсь аномалію положенія.

Пациентъ Лихтенгейма, кромѣ ничтожнаго отдѣленія съ поверхности опухоли, ни на что не жаловался, поэтому не было сдѣлано никакой операціи. — Еслибы смѣщеніе пузыря вызывало боли или расстройства мочеиспусканія, то во всякомъ случаѣ пришлось бы подумать о закрытіи дефекта брюшныхъ покрововъ надъ пузыремъ. Самымъ простымъ пріемомъ при этомъ былъ бы тотъ, который употребилъ Тиршъ при Eversio vesicae, т. е. пришлось бы взять сбоку, или, если дефектъ великъ, съ каждой стороны, по соответственному лоскуту кожи, отдѣляя ихъ сперва отъ подлежащей ткани, какъ было описано выше (§ 55), потомъ черезъ три недѣли подвинуть на пузырь сперва нижній, потомъ верхній лоскутъ, соединить ихъ съ краями дефекта кровавыми швами и наконецъ соединить оба лоскута въ поперечномъ направленіи. Такимъ образомъ получается тонкая, но прочная покрывка, которую можно поддерживать ношеніемъ пелота на мягкой подкладкѣ, соответствующаго по величинѣ дефекту. — Еслибы пациентка не рѣшалась на операцію, то пришлось бы позаботиться о защитѣ пузыря отъ чрезмѣрнаго давленія удобнымъ бандажемъ. Для этой цѣли можно употребить вогнутый и подбитый мягкимъ пелотъ, накладывая его на

брюшную щель послѣ вправленія пузыря и выполненія этой щели салициловой ватой, и удерживая его надъ нею пружиной, охватывающей тазъ.

§ 69. Чаше предыдущаго, но тоже рѣдко, встрѣчается смѣщеніе мочеваго пузыря, при которомъ въ тоже время существенно измѣняется его форма— выворотъ пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ: *Inversio vesicae urinariae cum prolapsu, Exocyste, Cystoptosis*. Левелье считалъ въ высшей степени вѣроятнымъ, что при этомъ не вся толща стѣнки мочеваго пузыря находится въ мочеиспускательномъ каналѣ гесп. передъ нимъ, а только отдѣлившаяся или разрыхленная слизистая оболочка. Но при сильныхъ степеняхъ расширенія мочеваго пузыря находили *post mortem* завороты стѣнокъ его въ просвѣтъ, причѣмъ мускулатура пузыря была парализована (Жуберъ, Рютти, Левре), и кромѣ того Меккель положительно говоритъ, что онъ нашелъ между малыми губами торчащее изъ мочеиспускат. канала треугольное тѣло, которое, какъ показало изслѣдованіе, состояло изъ всѣхъ трехъ оболочекъ мочеваго пузыря, вывернувшихся и протѣснившихся черезъ мочеиспускат. каналъ. Бернсъ также, вопреки мнѣнію Левелье, констатировалъ, что скорѣе могутъ вывернуться и выпасть всѣ оболочки мочеваго пузыря и весь пузырь, чѣмъ отдѣлится и выпадетъ одна его слизистая оболочка. Штрейбель нашелъ въ литературѣ цѣлый рядъ примѣровъ заворотовъ и выворотовъ пузыря, захватывавшихъ всѣ его оболочки, и только одинъ примѣръ выворота одной только слизистой оболочки его.

Находящаяся въ мочеиспускательномъ каналѣ и передъ нимъ опухоль имѣетъ величину отъ голубиного до куриного яйца (Ноэль), красна какъ мясо, морщиниста, округла или складчата, иногда какъ бы покрыта грануляціями. Въ задней части ея находятся иногда 2 отверстія, въ которыя можно проиньнуть зондомъ и изъ которыхъ капаетъ моча (Кроссъ). Она уступаетъ сжатію и можетъ быть вправлена вообще безъ особенныхъ затрудненій. Штрейбель видѣлъ, какъ одна такая опухоль, величиною въ орѣхъ, сперва блѣдная и вялая, не будучи вправлена быстро вздулась и покраснѣла. Мочеиспускательный каналъ во всѣхъ такихъ случаяхъ, конечно, расширенъ въ болѣе или менѣе значительной степени, такъ что черезъ него даже можно проиньнуть въ пузырь пальцемъ.

Если станемъ разсматривать нормальную форму опорожненнаго мочеваго пузыря и положеніе матки относительно этого органа (рис. 1 и 2),—то легко убѣдимся, что задняя стѣнка пузыря, лежащая подъ *officium vesicale*, можетъ войти въ это послѣднее, если сверху подѣйствуетъ извѣстное насиліе въ связи съ извѣстною степенью вялости стѣнокъ пузыря и ширины отверстія мочеиспускательнаго канала. Совокупность этихъ трехъ моментовъ также необходима для выворота мочеваго пузыря, какъ для выворота матки. Давленіе сверху можетъ состоять частью въ чрезмѣрно сильномъ напряженіи брюшнаго пресса, частью зависѣть отъ опустившейся наполненной слѣпой кишки или *S romanum*, частью отъ матки. Въ большинствѣ случаевъ страданіе это развивается постепенно. Но оно можетъ наступить и внезапно, напр. если сидящее на ножкѣ новообразованіе, развившееся на стѣнкѣ мочеваго пузыря, увлекаетъ за собою

последнюю въ мочеиспускательный каналъ; или, какъ было въ случаѣ де Гаэна (см. в. Штрейбель), вслѣдствіе насилія при паденіи, вывернутый пузырь выпадаетъ вмѣстѣ съ рукавомъ и прямо кишкой. Состояніе это можетъ возникнуть во всякомъ возрастѣ. Вейнлехнеръ видѣлъ его у 9-мѣсячной, Оливеръ у 16-мѣсячной, Крассъ у 2—3 лѣтней, Штрейбель у 14-лѣтней дѣвочки, Томсонъ у 40—и Перси у 52-лѣтней женщины.

§ 70. Первые явленія, съ которыхъ начинается страданіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ (Штрейбель, Перси) предшествующія ему за нѣсколько лѣтъ, суть частый позывъ къ мочеиспусканію, иногда задержаніе мочи, именно внезапное прерываніе мочевой струи. Затѣмъ больныя, болшею частью послѣ необыкновенно сильнаго напряженія при мочеиспусканіи, замѣчаютъ выходженіе опухоли, мѣшающей истеченію мочи. Эта опухоль по временамъ исчезаетъ и появляется снова, и съ ея появленіемъ часто связаны тянущія боли въ пахахъ и крестцѣ, а также лихорадочныя движенія; позывъ къ мочеиспусканію при этомъ очень силенъ. Если моча накопилась въ пузырь, а больная сопротивляется сильному тенезму, то, какъ наблюдалъ у своей пациентки Перси, опухоль можетъ постепенно втянуться назадъ и тогда внезапно начинаетъ выливаться моча. Иногда вмѣстѣ съ мочою отходитъ нѣсколько капель крови, если слизистая оболочка въ какомъ нибудь мѣстѣ немного повреждена. По мѣрѣ роста опухоли, припадки, конечно, усиливаются, боль увеличивается, аппетитъ уменьшается, почки становятся чувствительными вслѣдствіе неизбежнаго раздраженія, раздраженія и расширенія мочеточниковъ; больная худѣетъ и можетъ погибнуть отъ уреміи, если болѣзнь не будетъ устранена прочнымъ образомъ. Выворачивается ли черезъ мочеиспускательный каналъ вся толща стѣнки пузыря или только слизистая оболочка, это въ симптоматическомъ отношеніи довольно безразлично.

§ 71. Распознаваніе выворота пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ не всегда легко. Нужно обратить вниманіе на поверхность опухоли (ислѣдовать также подъ микроскопомъ), на ея консистенцію, на ножку, на ея способность сжиматься и уменьшаться въ объемъ и наконецъ на присутствіе на ней отверстій мочеточниковъ. Нахожденіе послѣднихъ, конечно, тотчасъ упрочиваетъ діагнозъ. Если ихъ не находятъ, то нужно попытаться выравить опухоль хотъ при помощи зонда, и прощупать черезъ рукавъ, или у маленькихъ дѣвочекъ черезъ прямую кишку, сдѣлалась ли стѣнка пузыря толще послѣ вправленія. При широкомъ рукавѣ и постоянномъ выворотѣ можетъ придти въ голову попытаться проникнуть черезъ сводъ рукава въ вывернутую часть гесп. прощупать ея опущеніе. Если эти способы ислѣдованія не уясняютъ дѣла, то нужно попытаться провести палецъ рядомъ съ опухолью, чтобы такимъ образомъ точно опредѣлить, имѣетъ ли дѣло съ опухолью исходящею отъ внутренней поверхности мочевого пузыря, или ограниченное возвышеніе исчезло при вправленіи опухоли и введеніи пальца въ пузырь. Удлиненіе слизистой оболочки пузыря, которое часто видѣлъ Балли, состоящее изъ слизистой оболочки, подслизистой ткани и обильнаго количества жира, и вы-

паденіе ея гесп. выходженіе изъ мочеиспускательнаго канала, которое наблюдалъ въ одномъ случаѣ Патронъ, съ успѣхомъ устранившій его наложеніемъ лигатуры, — это страданіе конечно осталось бы и послѣ вправленія и было бы узкано въ видѣ полипознаго возвышенія. Отъ описаннаго раньше (§ 34) кольцеобразнаго выпячиванія съ выпаденіемъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, *Inversio vesicae per urethram* отличается положеніемъ просвѣта мочеиспускательнаго канала: въ первомъ случаѣ просвѣтъ находится большею частью въ центрѣ или сверху отъ опухоли, въ послѣднемъ онъ окружаетъ ее, въ чемъ можно убѣдиться при помощи катетера; далѣе, въ послѣднемъ случаѣ иногда можно указать на выходженіе наружу отверстій мочеточниковъ. Кромѣ того, вышедшая наружу стѣнка пузыря имѣетъ болѣе толстую и болѣе плотную ножку, чѣмъ это возможно при выпячиваніи и выворотѣ короткой слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, при которомъ едва можно говорить объ образованіи ножки.

§ 72. Лечение. Для предупрежденія заворота и выворота мочевого пузыря черезъ мочеиспускат. каналъ нужно бороться съ симптомами *Dysuriae* и *Tenesmus vesicae*, обыкновенно предшествующими этимъ смѣщеніямъ, теплыми ваннами, теплыми припарками (изъ ромашки), втираніями наркотическихъ мазей (1,5 *Extr. opii* : 25,0 *Ung. simpl.*), жидкихъ мазей (*Ol. hyoseyami* 5, *Chloroformii* 1) и давать внутрь миндальное молоко, эмульсии съ *Extr. hyoseyami* (1,5 : 150,0), съ *T-ra thebaica*; далѣе, дѣйствовать *per Rectum* промывательными съ 5—10—20 каплями тинктуры опиѳ, или введеніемъ суппозиторій съ *Extr. belladonnae* 0,2 и *Ol. sassa* 2,0 отъ 1—2 разъ въ день. Въ большинствѣ случаевъ эти средства оказываются достаточными, пока моча свѣтла и нѣтъ замѣтнаго пораженія слизистой оболочки мочевого пузыря. Въ послѣднемъ случаѣ нужно уменьшать и устранять вызываемые ея раздраженіемъ позывы и жгленіе выпрыскиваніемъ слабыхъ растворовъ адскаго камня (1—2—5 : 500), или салициловой кислоты (1 : 1200), или слизистыхъ средствъ, каковы молоко, настой льнянаго сѣмени, овсяно-альтейная слизь.

Если смѣщеніе пузыря все-таки произошло, то прежде всего приходится подумать о вправленіи. При значительной величинѣ опухоли, напр. въ грецкій орѣхъ, нужно попробовать вправить ее указательнымъ или маленькимъ пальцемъ, потому что мочеиспускательный каналъ такъ широкъ, что въ него можно бываетъ проникнуть пальцемъ. При маленькихъ опухоляхъ берутъ не слишкомъ тонкій, хорошо смазанный масломъ катетеръ, сжимаютъ вышедшую наружу часть пальцами, вдвигаютъ ее въ *oficium urethrae externum* и затѣмъ упираютъ въ нее тупой конецъ катетера, чтобы продвинуть ее черезъ весь мочеиспускательный каналъ назадъ въ пузырь. Если пациентка, вслѣдствіе связанныхъ съ этой операцией болей, жгленія и мѣшаетъ вправленію, то нужно прибѣгнуть къ наркотизаціи. Положеніе больной не особенно важно; можно впрочемъ облегчить вправленіе, придавъ ей такое положеніе, при которомъ внутрибрюшное давленіе незначительно, поэтому можно съ успѣхомъ пользоваться полусидячимъ или, если больная не захлороформирована, колѣнно-локтевымъ положеніемъ. Чтобы выпаденіе не возобновилось, можно оставить

катетеръ не вынутымъ нѣкоторое время; но многимъ больнымъ это причиняетъ довольно сильное безпокойство. Поэтому основательно совѣтовали вызывать усиленные сокращенія шейки пузыря и orificii vesicalis urethrae каутеризаціей этихъ частей, заставляя ихъ такимъ образомъ оказывать болѣе сильное сопротивление напирającej на нихъ стѣнки пузыря. Но это средство менѣе вѣрно и болѣе непріятно, чѣмъ возбужденіе сокращеній шейки пузыря со стороны рукава введеніемъ въ него кольцеобразнаго тампона изъ ваты, или пессаріевъ Шатца противъ Incontinentia urinae. Если все-таки происходятъ частые рецидивы, то нужно устранять расслабленіе пузыря энергическими вѣжущими спринцованіями. Вейнлехнеръ говоритъ, что успѣлъ предотвратить возвратъ выпаденія пузыря у своей 9-ти-мѣсячной пациентки обвиваніями липкимъ пластыремъ. На удаленіе опухоли оперативнымъ путемъ можно рѣшиться только въ такомъ случаѣ, если вышеупомянутымъ способомъ изслѣдованія будетъ обнаружена полипозная гиперплазія слизистой оболочки. Какъ производится въ этомъ случаѣ экстирпація, будетъ сказано въ главѣ IV.

### ГЛАВА III.

## Поврежденія женскаго мочеваго пузыря.

### I. Мочевые свищи (фистулы) у женщинъ.

**Литература.** A begg: Monatsschrift f. Gebkunde. XXV. 37, 1865. Agnew Hayes: vesico vaginal fistula its history and treatment. Philadeldhia 1867. 8. 42 pp. Aliquie: Presse médicale belge. 1857. Nro. 30. Observations de spit. St. Eloi Montpellier. Amabile, L.: Movimento medico chirurg. Anuo VI. No. 24 — 28. Nuovo congegno unitivo per la riparazione immediata secondaria nelle fistole vesico vaginali. 1874. Toro-же: Un' osservazione di fistola vesico vaginale. Napoli 1872. Anger: Gaz. obstétr. de Paris. 1875. p. 113. Antonelli: Gaz. medica Sarda. Mai 1853. Ashwell: deutsch v. Kohlschütter. Leipzig 1854. Krankhftn. d. weibl. Geschl. S. 552. Atlee: Amer. Journ. of med. Science. 1860. t. 38. Aubinais: Journ. de la Société de médecine de la Loire-Inférieure. 1852—53. Babington: Dublin hospital Gazette. 1857. Nro. 22. Baillie: Matthew — издано Земерингомъ Anat. d. krankhftn. Baues, etc. Berlin 1820. Ann. 494. Baker-Brown: 1) On surgical diseases of women. London 1866. p. 165. 2) Lancet. 10. Dec. 1859 u. March 1854. 3) Transactions of the obster. Society of London. Vol. V. p. 25. Bandl: Wiener med. Wochenschrift. 1876 и the obstetrical journal of Great Britain u. Ireland. April u. Mai 1876. Banon: Dublin quarterly Journ. 1865 (February). Barnes: Medico-chirurgical Transactions. Vol. 6. p. 582. London 1815 uud v. Froriep's neue Notizen. Bd. III. 1837. Nro. 6. 96. Baxter: The Lancet. Novbr. 1836. p. 333. Beatty, Thomas: Dublin quarterly Journ. 1861. Vol. 31. Beaumont: London med. Gaz. XIX. 335. Becker, G. F.: Quaestio med. obst. ossium pubis Synchrondrotomia num drosit num laedat. Heidelberg 1780. Bedford, S.: Maladies des femmes. 1859. t. I. p. 145 traduit de l'angl. sur la 4<sup>me</sup> edit. par Paul Gentil. Paris 1860. Bédor: Gaz. médicale de Paris. 1847. p. 319. Behm: Archiv f. Gynäkologie, VII. 346. Bell: deutsch von Mörer: Grundlehren der Chirurgie. Berlin 1838, Bd. I. S. 289. Bendz, J. C.: de fistula urethro-et vesico-vaginali commentatio. Havniae 1838. Bérand: Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris 1863. Tome III. p. 427. Berard: Dictionnaire de méd.



Tome 30. S. 499. 1846. Prager Vierteljahrsschrift. 1846. Bd. 4. Berdot: abrégé de l'art d'accoucher. Basle 1774. Tome II. S. 514. §. 4. Bernstein: Prakt. Handbuch für Wundärzte in alphabet. Ordnung. V. Aufl. Leipzig 1818. Bd. II. S. 96. Bertet: Bulletin général de Thérapeutique. 1862. t. 62. p. 564. Berthet: l'Union médicale. 1852. T. VI. 591. Betschler: Annalen der klinischen Anstalten der Universität in Breslau. 1832. p. 44 u. 206 n. Bürckner, Bezzi: Rivista teorico-pratica di Scienze mediche e naturali. 1873. fasc. XII. Billroth, Th.: Archiv f. klin. Chirurgie. Vol. X. p. 539. 1869. Bixby: Journal of the gynaecolog. society of Boston. Vol. I. p. 265. 1869. Blanquique: Études sur les fistules. Paris 1870. Virchow-Hirsch 1871. p. 434. Blasius: Handbuch d. Akiurgie. III. Th. 1. p. 460. Blundell: 1) The Lancet 1828. Vol. I. p. 334. 2) Vorlesungen über Geburtshülfe. Deutsch von Callmann. Leipzig 1838. II. 90. Boddaert: Ann. de la société méd. de Gand. 1871. Bottini: Annali universi di Med. Milano 1869. Virchow-Hirsch f. 1871. II. 302. Bouisson: Thèse de Paris 1/6. 1837. Bouqué, Ed. F.: 1) Clinique chirurgicale de l'Université de Gand 1872/73. 2) Annales de la Société de méd. de Gand 1874. Contrib. à l'anat. pathol. des fistules. 3) Annales de Gand 1873. p. 76. 4) Traitement des fist. uro-gen. par la réunion secondaire. Paris 1875. Boyer: Abhandlungen über die chirurg. Krankheiten. Bd. IX. S. 50. Bozemann: 1) Remarks on vesico-vaginal fistula 1856. 2) Urethro-vaginal and vesico-vaginal fistula 1857. 3) New-York medical record II. Nro. 43. p. 433. — Louisville Review January 1856. New-Orleans med. a. surg. J. March und May 1860. 4) Annales de gynécol. de Paris. T. VI. 106—116. 1876. Brandes: Deutsche Klinik 1854. Nro. 7. pag. 75. Braun, C. V.: Wiener medicinische Wochenschrift. 1872. Nro. 34. p. 877. Breslan: Monatsschrift für Geburtskunde. 1859. Bayerisches Intelligenzblatt. 1854. Bryant, Thomas: Guy's hospital reports 1865. 3<sup>e</sup> sér. Vol. IX und Brit. Review 43. pag. 190. 1869. Buchwalden: Diss. de incontinentia urinae ex rupto vesicae collo instante et peracto partu. Hafniae 1762. 4. Bührig: Deutsche Klinik. 1850. p. 93 u. 95. Bürckner: De fistula vesico vaginali Vratisl. 1833. V. D. Büttgenbach, D. J.: de variis fistulam vesico vaginalem operandi methodis, casibus illustratis. Bonnae 1841. 90 pp. Busch, D. W.: Geschlechtsleben des Weibes Leipzig 1841. III. 164, 175. Busch. Wald. I.-C. Zwanzig Blasenscheidenfisteln. Jena 1874 (Результаты В. S. Schulze). Cautermann: Annales de la société de méd. de Gand. Avril 1875. Cederschjöld: Kongelige Vetenskaps academiens Handlingar för år 1820. p. 54 n. in Meissner, Forschungen des 19. Jahrhunderts. II. 289. Châtelain; Bulletin gén. de théér. 1852 t. 62. p. 564. Chelius. M. J.: Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel durch Cauterisation. Heidelberg 1844. Chester: мортъ Roberts. Chopart: Maladies des voies urinaires. p. 483. Churchill: Dublin quarterly Journal. 1859. Cloquet, J.: Mémoire sur une méthode particulière. Paris 1855. Collis: Dublin quarterly Journal 1861. Vol. 31. Colombat: Traité des mal. des femmes. T. II. S. 455. Corradi: 1) Lo Sperimentale 1871. 2) Études cliniques sur les rétrécissements de l'urèthe Florence 1870. Courty: 1) Traité pratique des maladies de l'uterus etc. Paris 1872. 2) Gazette médic. de Montpellier. 1843. 3) Bulletin de théér. LXXIII. p. 26. 1867. 4) Gaz. des hôpit. 51. 1868. Cousot. Bulletin de l'Académie royale de Méd. de Belgique. 3<sup>e</sup> série. t. III. No. 9. 2<sup>e</sup> série. t. VI. No. 7. Coze: Journal universelle de sciences médic. 1819. septbr. Cum in: Epinb. med. et surg. Journal 1828. Nro. 79. Cumning, William: The Edinburgh med. and surg. Journ. 1819. Da Costa Duarte: Des fist. génito-urin chez la femme. Paris 1865. Danya u: Bulletin de la soc. de chirurgie de Paris. 2<sup>e</sup> série. t. III. p. 481. Debout: Bulletin général de Théér. 1857. t. 53. p. 353. 64. de Lorge: Annales de la société de Méd. de Gand 1874. Delpech: Lancette française 1829. No. 65 — 83. Demetropoulos: Bull. gén. de Théér. 1857. t. 53. p. 414. Deneffe: Études cliniques sur les fist. 1) Annales de la Société de Méd. de Gand 1873. p. 13. 39. 40. 1874. 2) Bulletin de méd. de Gand 1871 p. 519. 1873 p. 223. 374. Denman: Introduction to the practice of midwifery. London 1789. Depaul: Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris. 2<sup>e</sup> série. t. III. p. 430. Desault: Journal de Chirurgie. Tome III. Paris 1792. 8. Desgranges: Bull. gén. de théér. 1862. t. 63. p. 83. Detroit: Coursus der Geburtshülfe. Berlin 1846. II. 923. Deville: Thèse inaugurale de Montpellier 1833. 30 Août. Deyber, F. J.: Mémoire sur les fistules urinaires vaginales вв: Breschet, Répertoire général d'anatomie et de

physiol. pathol. etc. Paris 1826. Tome V. Dieffenbach: 1) Die operative Chirurgie. Vol. I. p. 572. 554. 550. 2) Med. Zeitg. des Vereins f. Heilk. in Preussen. Berlin 1836. Nro 24 u. 25, Dolbeau: Bull. de la Soc. de chir. Paris 1863. 2e série. Tome III. p. 427. Dowel: med. et surgical Journal 1831- Vol. VI. Dugès-Boivin: Traité prat. des mal. de l'utérus. II. Paris 1838. Dührssen: Nonnula de operatione fistulae ves.-vagin. Kiliae 1857. Duparcque: Maladies de la matrice. Tome II. Paris 1839. p. 328. Dupuytren: 1) Dictionnaire des sciences médicales. Paris 1812 — 22. Tome VII. p. 48. 2) Bull. gén. de théér. 1857. tome 53. p. 409. Dzondi: Meissner's Forschungen des 19. Jahrhunderts. Bd. V. S. 319. Farle: Meissner's Forschungen des 19. Jahrhunderts, Band V. S. 318. Ebell: Beiträge der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Bd. I. 2. p. 51 — 62. Eben Watson: Med. Times 1860. Tomme I. Ehrmann: *сморги* Deyber u. chirurg. Kupfertafeln. Tafel 215. Fig. 10. Elsässer: Würtemb. Correspondenzblatt. Bd. IX. No. 18. Emmet (New-York): Amer. Journal of med. sciences. October t. 1867. p. 613 u. vesico-vaginal fistula. New-York 1868. p. 19. Emmert; von Walther u von Ammon's Journal. Bd. VI. 1847. Neue Zeitschrift f. Geburtkunde 1851. Tome 31. p. 236. Esmarch: Deutsche Klinik 1857. p. 270. Nro. 27. u. 28. Ettmüller; Colleg. pract. II. lib. IV. Sect. VIII. C. 15. Fabricius Hildanus: Observationum et epistolularum chirurgico-medicarum centuriae. Frfc. ad Moenum 1646. Cent. 1. obs. 68. p. 52. Cent. 3. obs. 69. p. 251. Fatio: Helvetisch-vernünftige Wehemutter, opus posthumum. Basil 1752. Fenner: American Journal of med. science. 1859. t. 38. Fergusson: Lancet 1859. Fischer: Zeitschr. f. Wundärzte u. Geburtshelfer. 1866. Heft. 3. Flamant; chirurg. Kupfertafeln. T. 235. Fig. 9. Fleury: Gaz. des hôp. 1866. p. 144. Follin: Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le trait. des fistules vésico-vag. Paris 1860. 46. Freund, W. A.: 1) De fistula uretero uterina conspectu historico fistularum urinarium mulierum. Vratislavae 1860. 2) Klinisch-Beiträge zur Gynäk. von Betschler u. Freund. Breslau 1862. T. I. 32 до 112 u II. 14—23. см. также Joseph. 3) Berliner klinische Wochenschrift 1869. p. 504. Fried: Anfangsgründe der Geburtshülfe. Strassburg 1769. S. 173—96. Fux, Fr.: Oestreich, Zeitschrift für prakt. Heilkunde. 1863. p. 113. Gaillard et de la Mardièrre: Bull. de l'Academie de méd. de Paris, Tome 32. p. 250. Gajani: Raccoglitore medico 1838. 31/III. см. также Bouqué l. c. p. 99. Galens' E.: Annales de la Société de med. de Gand 1875. Gebhard, J. C.: De synchondrotomia ossium pubis. Göttingen 1790. Giordano, Scipio: della perdita involontaria d'orina per fistola genito-urinaria. Turin 1868. p. 43. Gomez Torres: Gaz. medica de Granadda 1869—70. Gosselin: Bull. de thérap. 1846. t. 30. Gosset: Lancet 1834. Greene: New-York med. record 1866. Nro 20. Gresser, P.: v. Scanzoni's Beiträge VII. 188—199. v. Grünewaldt: Petersburger med. Zeitschrift. Bd. I. Gurli, E.: Archiv f. klin. Chir. I. III. Heft. Guillon: in Duparcque-Neumann, S. 364. Guthrie James: Edinb. med. and surg. Journal 1824. Froriep's Notizen. Mai 1824. Nro. 143. p. 167. Bd. VII. Habit: Zeitschrift der Wiener Aerzte. 1859. Nro. 40. 42. 41. p. 642. 657—661. Monatschrift f. Gebkde XVI, 77. Hauser: Zeitschrift der Wiener Aerzte 1857. Juli. Hayward: American Journal of the medic. sciences. 1839. Hecker: Bericht in Prager Vierteljahrsschrift 1854. Bd. III. p. 87. Hecker, C. u. Buhl: Klinik der Geburtkunde. II. s. 120. Hegar und Kaltenbach: Operative Gynäkologie. Erlangen, Enke 1874. S. 326—366. Heger: Vichow-Hirsch für 1872. p. 314. Heppner: Monatschrift für Geburtkunde, 1869. Bd. XXXIII. Herrgott: Études historiques sur l'opréartion de la fistule vésico-vaginale. Strasbourg 1864. Heyberg: Deutsche Klinik 1856. Nro. 52. p. 519. Heyerdahl: Monatschrift für Geburtkunde. XVII 385. Heyfelder: Deutsche Klinik 1856. Nro. 52. p. 519. Hildebrandt: Monatschrift für Geburtkunde. Vol. XXXIII. p. 41. 1869. Hirschfeld: D. i. de incont. urinae. 1759. Hobart, S.: London med. and physical Journal. Dec. 1825. Nro 322. Hodgen: St. Louis med. and surg. Journal. N. S. VIII. p. 417. Hoffmann, Fr.: D. i. De incontinentia urinae. Halae 1724. Holst: Beiträge zur Gynäkologie. II. Heft. Tübingen 1867. p. 131 до 144 u. Scanzoni's Beiträge zur Gynäkologie. V. 2. Heft. Hufeland, C. W.: Neueste Annalen der französ. Arzneikunde. III. Band. p. 93. Hugenberger: Bericht über das Petersb. Heb.-Institut der Grossfürstin Helene. p. 105. Hulke: med. Times. Dec. 16. 1871. p. 738. Hussey: Brit. med. Journal p. 49.

1868. Jackson. Lancet I. 24. 1861. Jaensch: Blasengebärmutterfisteln. Berliner klinik Wochenschrift 1866. p. 361. Jarnatowski: Archiv für Gynäkologie. VII. 345. 1874. Jeanselme: l'Experience 1858. Nro 17. p. 257. Jobert de Lamballe: Traité de chirurgie plastique 1849. T. II. 1) Lancette française 1834. Nro. 102. 110. 3) Mém. sur les fistules. Paris. Fevr. 1836. 3) Gaz. méd. de Paris 1836 Nro 10, 13. 15. 4) Gaz. méd. de Paris. Nro. 4. 1847. 5) Analecten für Frauenkrankheiten. Bd. II. p. 419. 6) Gaz. des hôp. Nro. 15. 1856. p. 58. 59 u. Nro. 59. 1862. p. 233. 7) Allgem. Wiener med. Zeitung. Nro. 8. 1861. Jörg. Schriften zur Kenntniss des Weibes. Bd. II. 42. Leipzig 1818. u. Handbuch der Krankheiten des Weibes. Leipzig 1831. S. 702—3. Jörgensen. Bibliothek for Laeger. Febr. 1841. Joseph u. Freund: Berliner klin. Wochenschrift. VI. 47. 1870. Jüngken: см. Bührig. Kaltenbach: Monatsschrift für Geburtskunde. Band XXXI. 444 и въ Hegar. Sterblichkeit während Schwangerschaft etc. Freiburg 1868, даѣе см. Hegar und Berliner klinische Wochenschrift. 1876. Nro. 6. Keith, William: Loudon and Edinburgh monthly journal of med. science. January 1844. Kennedy: Publ. Journ. of med. Sc. Nro. 5. 1832. Kidd: Proceedings of the Dublin obstetrical Society: Dublin Journal. April 1873 u. British med. Journal v. 1. Juni 1872. p. 597. Kilian, H.: 1) Die rein chirurgischen Oper. des Geburtshelfers. Bonn 1835. S. 247. 2) Operationslehre für Geburtshelfer. Bonn 1853. T. III. 300. 316. 338. Kiwisch: Krankheiten der Wöchnerinnen. Prag 1841. II. 97. Klinische Vorträge. Prag 1849. p. 514. Klein: Med. östreich. Jahrbücher. Neueste Folge. Bd. I. S. 3. Wien 1830: 8. Kleinwächter: Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 34. p. 85. Krakowizer: Virchow-Hirsch. Jahresberich f. 1866. II. 175. Lallemand: Archives génér. de Méd. 1) 1825 1<sup>e</sup> série. T. VII. S. 509. 2) 1835. Avril. 3) 1843. Tome I. p. 295 308. 321. s. a. Friepier's Notizen. Tome XI. Nr. 12. Weimar 1825. S. 186. Landau: Archiv f. Gynäkol. VII. 341—346. и IX 428—436, даѣе Boerner's deutsche med. Wochenschrift. II. 1876. p. 464—466. Lane: Lancet 1864. Vol. I. p. 207. Latour: Thèse. Reflexion sur l'opération de la fistule véscio-vagin. 4. 37. p. Laubreis: El. v. Siebold's Journal. Bd. VII. p. 409 (Carcinom-Fisteln). Laugier; Journal hebdomadaire 1829. t. V. p. 420. Gaz. des hôpit. Nr. 69 1860. p. 273. Leishmann: Berliner Klin. Wochenschrift. 1866. p. 361. Leo: Magazin f. d. Heil-und Naturwissensch. in Polen. Warschau. Bd. 1. Heft 3. p. 315. 1828. Leroy d'Etiolles: 1) Gaz. méd. de Paris. 1839. Nr. 43. 2) Mémoire sur les moyens nouveaux de traitement des fistules véscio-vaginales. Paris 1842. Levret, Andr.: L'art des Accouch. Paris 1753. 8. L'Hoste: Bull. de la Soc. de chirurgie. 1863. 2. série t. I. p. 278. Lisfranc: Révue méd. franç. et étrangère 1831. Mars. Lloyd: Lancet. 24. Dec. 1859. Luke: London. med. gaz. 1833. 31. October. Lyster, H. F.: Case of vesico vaginal-fistule cured by occlusion of the vagina. Journal of the gynaecolog. society of Boston III. 284. 1870. Malagodi, Raccoglito medico 1829. p. 38. Mapother: Brit. med. Journal. 1872. Vol. I. p. 609. Marchettis, P.: Observationum medico chirurgicarum rariorum sylloge. Batay. 1664. Martin-Magron: Hématocèle periuterine communiquant avec l'intestin et la vessie. Soc. de biolog. Comptes rendus de Séance. Novbr. 1860. Maruéjols: Bullet génér. de thér. Paris Sept. 15. 1859. tome 57. p. 217. Marx: см. Michon. Maunder: Medical. Times, 13. Febr. 1869. Mauriceau: Traité des mal. des femmes. Paris 1712 et Nouv. observ. Nr. 46 u. 88. Mayer, L.: Monatsschrift. XXI. 252. Mayer, J.: Trait. des fistules. Thèse de Strasbourg. 38. p. 1867. Meadows: Transactions of the obstetr. soc. of London. Bd. VI. p. 107. Meissner, F. L.: Frauenzimmerkrankhtn. I. 1. 462. Leipzig 1842. Mercatus, L.: De communibus Opera ed. Hartm. Beyer fol. Frcf. 1608. 1614. 1620 etc. Liber II. Cap. XXV. p. 965. Mende: Monatsschrift f. Gebk. XXXI. 403. Mercer Adler: Amer. journal of med. sc. 1861. Mettauer: American. Journal of med. sciences 1847. Neue Zeitschrift für Geburtskunde XXXI. 234. Metzler, von: Prager Vierteljahrsschrift. 1846. Bd. I. p. 157—183. Bd. II. p. 126. Mezler: Stark's Archiv für Geburtshilfe. II. 2. 64. (Gesichtl.-Wendung). Michaux: Bull. de thérap. 1862. t. 62. p. 372. Michon, L. M.: des opérations que nécessitent les fistules vaginales, Paris 1841. Dictionnaire de médecine. Tome 30. p. 484. Middeldorpf: Die Galvanokaustik. Breslau 1854. p. 73. Minture: Med. Times 30. V. 1857. Monod: Bull. génér. de Thérap. 1857. t. 58. p. 373. Monteggia: Instituzione chirurgiche Milano. 1804. vol. II. p. 43. Monteros: Essai sur le trait. des fist. Paris 1864. Morel-Lavallée:

**Gaz. des hôp.** 1862. Morgani: de sed. et causis morb. et libr. V. ed. Just. Radius. Lipsiae 1828. Lib. III. p. 170. Murtfeldt: von Frorieps Notizen. Bd. 34. Nr. 746. p. 320. Molin, du: Bull. de la société de méd. de Gand. 1873. p. 319. Munnicks: Chirurgia ad praxin hodiern. adornata etc. Traj. ad Rhen. 1689. Nägele, F. C.: Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Mannheim 1812. S. 373. Nericì, Fred. Storia di una fistola vesico vaginale: Gazzetta med. italiana (Toscana) anno 2—30. serie 2<sup>a</sup>. Nettel: Hygieia 1870 p. 377. Neugebauer: Archiv für Gynäk. VII. 345. Nevermann-Duparcque: vollständ. Geschichte d. Zerreissungen etc. Quedlinburg u. Leipzig 1858. Nottingham: Med. Times 1843. Occ'hini: Lo Sperimentale. Oct. 1871. Ormea, d': Bulletin delle scienze mediche. Bologno. Série 5<sup>a</sup> vol. 16. p. 194. Palfrey: med. Times and Gaz. 1874. vol. II. 589. Panas: Gaz. des hôpit. 1860. Nr. 69. Parvin: vaginal fistules. New-York med. record. 1866. Nr. 14. Pecchioli: Gazzetta medica Italiana. (Toscana 27. Juli 1852. Nr. 30). Petit, J. L.: Traité des maladies chirurg. Petit, A.: Theoret.-prakt. Abhandl. über d. Geburtshülfe. Deutsch v. Eichwedel. Erfurt 1800. Bd. II. S. 137. Pinæus: Sev., obusc. physiolog. et anatom. Par. 1597. 8. Fref. 1599. Pippinskoeld: Virchow-Hirsch f. 1875. II. S. 582. Plater, F.: Praxis medica. Basil. 1625. u. De mulierum partibus generatoni dicatis in Spachii gynaeciorum etc. Argent. 1597. Polak: Wiener med. Wochenschrift. 1861. S. 116—117. Pollak: Lancet. Nro. 30. p. 673. II. 22. Nov. 1867. Portal: Schmidt's Jahrb. XXXI. S. 212. 1841. Posner: De spongia officinali in vaginam applicanda. Vratislav. 1838. Pribram, Alfr.: Sitzungsbericht des Vereins der Prager Aerzte. 1867. Nro. 10. Puchelt: De tumoribus in pelvi partum impediens. Heidelbergae 1840. p. 195. Puech: Gaz. des hôpit. Nro. 133. 1859. p. 52. Monatsschrift f. Geburtskunde. etc. 1860. Bd. XV. S. 389. Puzos: Traité des Accouchements p. 136. Raffaella: Atti del Congresso di Firenze-Adunanz. 27. Sept. 1841. Rames d'Aurillac: Gaz. des hôpit. 1862. Reid, J.: 1) Gaz. des hôpit. 1837. 2) Analekten VI. B. 1. Heft. S. 80. Reybaud: Gaz. méd. de Lyon. 1856. Nro. 11. Richter: Anfangsgründe der Wundarzneikuns. Bd. VI. S. 347. Rizzoli: 1) Clinique chirurgicale. Paris 1872. p. 495. 496. 500. 2) Ano vulvare etc. Bologna 1874. Beobachtung Nro. 10. Roberts u. Chester: v. Frorieps neue Notizen. Bd. XIV. Nro. 5. Weimar 1840. S. 80. Roche: et Sanson. Nouvelle éléments de pathologie médico-chirurg. Bruxelles 1834. p. 378. Rognetta: Bulletin gén. de théor. 1835. Tome VIII. Livre 5. Rogers: Transactions of the obster. soc. of London vol. V. p. 38. Rokitansky: Lehrbuch der patholog. Anat. III. Aufl. 1861. III. Bd. S. 478. 517. 493. Roonhuyzen: Heelkonstige Aanmerkingen betreffende de gebreken der vrouwen. Amsterdam 1663. Rose, E.: Charité-Annalen. Bd. IX. p. 79. 1863. Roser: 1) Archiv für physiolog. Heilkunde. 1842. Heft. 1. p. 145. 2) Handbuch der anatomie Chirurgie. Tübingen 1845. S. 463. Roubaix, de: Traité des fistules urogénitales de la femme. Bruxelles 1870. Ryan: Manual of midwifery. p. 513—516. Sabatier: Journal hebdomad. de méd. Tome IV. p. 241. Salomonson: Hospitals Tidende. 30. Avril 1873. Virchow-Hirsch f. 1873. II. 679. Sanson: siehe Roche. Santopadre: Giornale della reale academia di Torino 1863 vol. XLVII. p. 323. Sawostitsky: Petersburger med. Zeitschrift. 1864. vol. 6. Saxtorph: v. Frorieps Notizen XII. Nro. 17. 1825. Scanzoni: Würzburger med. Zeitschrift. 1860. Bd. I. Heft 6. Schatz: Archiv. f. Gynäkologie. 1874. VII. 347. Shaefer, J. D.: Veränderungen der Urinmenge bei Blasen-fisteln. Giessen 1870. p. 24. Shill: Starks Archiv. VI. 625. Schmitt: v. Siebold's Journal VII. 340. Schreder: Annalen des chirurg. Klinikums der Universität Erlangen. 1817. Schröder, K.: Die Krankheiten der weiblichen Genitalien. 1874. p. 471—485. Schütte: Med. Zeitung des Vereins f. Heilkunde in Preussen. 1837. Nro. 37. Schupp: Bayer. ärztliches Intelligenzblatt. 1862. p. 167. Schuppert: 1) A treatise on vesico vaginal fistula. New-Orleans 1866. 2) New-Orleans medical news and hospital gazette. April 1858. H. Schwartz: Schuchardt's Ztschr. 1867. p. 97. Schwörer: Grundsätze de Gebkde. 1. Liefg. Freiburg. i. B. 1831. V. 235. Sedillot et Legouest: Traité de médecine opératoire, bandages et appareil. t. II. 1870. Sedillot: Gaz. méd. de Strasbourg. Nr. 6. p. 71. 1867. Segalas d'Etchepare: Nouvelle Bibliothèque médicale. Paris 1826. Dec. Simon, G.: 1) Ueber d. Heilung d. Blasenscheidenfisteln. Giessen 1854. 2) Deutsche Kliniki

1856. p. 310. 3) Scanzoni's Beiträge. 1860. t. IV. p. 1. 4) Eodem loco 1860. t. IV. p. 170. 5) Ueber die Heilung der Blasenscheidenfistel durch blutige Naht. Rostock 1862. 6) Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses. Prag 1868. 2. Band. 114. 7) Deutsche Klinik. 1868. Nro. 45 und 46. 8) Offener Brief an N. Bozemann. 9) Archiv für klin. Chirurgie. 1870. XII. p. 573. 10) Zur Operation der Blasenscheidenfistel. Vergleich der Bozemann'schen Operationsmethode mit der des Verfassers. Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 27 und folgende. 1876—Separatabdruck. Simpson: 1) Lancet 1859. 2) Contributions to obstetric. pathology and practice. Edinb. 1853. 3) Med. Times and Gazette 1859. Vol. I. 25. 4) Clinical lecture on the diseases of women. Edinburgh 1872. p. 32. Sims, Marion: Ou the treatment of vesico-vaginal fistula. Amer. Journal of med. sc. January 1852. p. 59. u. Silver sutures in Surgery. New-York. 1858. Slevogt: in Mittelhäuser Dissertatio medica de incontinentia urinae. 1716. Smith (Bruxelles) in Bulletin de l'academie royale de méd. de Belgique. 1867. p. 548. Smith Taylor: Transactions of the obstetr. Society of London. Vol. V. p. 37. Snow-Berk: Med. Times. 6. Juni 1857. Soupart: 1) Bull. de la soc. de méd. de Gand. 1873. p. 319. 369. 374. 2) Bulletin de l'academie royale de médéc. 2<sup>e</sup> Série. Tome I. Nr. 2. 3) Eodem loco Tome VI. Nr. 7. Spaeth: Klinik von Chiari, Braun und Spaeth. p. 650—652. Spencer Wells: British med. Journal. Jan. 1. 1870. Speranza: in Boivin-Dugès. Tome II. p. 609. Spiegelberg: 1) Berliner Klin. Wochenschrift 1865 p. 365 und 1866. p. 361. 2) Archiv f. Gynäkol. VII. 346. Sprengler: Deutsche Klinik Nr. 39. 1858. Square: Brit. med. Journal Nr. 18. p. 585. 1871. Stoddard: Boston med. et surg. Journal 1872. Stoltz: Gaz. méd. de Strasbourg Nr. 5 und 6. 1847. p. 153. fgd. Taillefer: Bulletin de l'academie royale de méd. 1837. Nr. 15 Tait Lawson: Lancet 1870. Tillaux: Gaz. de Hôp. 143. p. 571. 1871. Tomes de Villanueva: La facultad année 1846. Travers: Dublin Journal XLIV. p. 259. Trélat: Annales de gynécologie de Paris. Sept. 1876. VI. 198—201. Tuefferd: Archives de Toxicologie. Nov. 1876. Paris 1876. p. 678—682. Ulrich: Zeitschrift der Wiener Aerzte. 1863. Wochenblatt derselben. 1863.—65. Monatschrift für Geburtskunde. XXII. 317 und XXIV. 388. Wochenblatt der Wiener Aerzte. 1866. Nr. 1—10. Velpeau: 1) Traité des accouchements. Paris 2<sup>e</sup> édition t. II. p. 627. 2) Médec. opératoire édit. 1839. T. IV Velthem H. A.: D. J. medica de incontinentia urinae. Halae-Magdeb. 1724. Verneuil: 1) Archives génér. 5<sup>e</sup> série, tome 12. p. 654. 1858. 2) Bulletin de la Société de chir. 22. Juli 1863. 2<sup>e</sup> série t. I. p. 278. Verrier E.: Guide de médecin praticien. Paris 1876. p. 595—614. Vetter: Starks Archiv V 607. 1794. Vidal de Cassis: Traité de pathol. externe etc. Paris 1841. t. V. 575. Siebold's Journal III. 331. 1834. Vogler: Siebold's Journal XVI. 41—47. Völter: Neu eröffnete Hebammenschule. Stuttgart 1687. p. 315—317. Walther, F.: v. Ammon's Journ. Bd. VI. 1847. Watson Patrik: Edinb. med. Journal. XV. p. 331. October. Warren: Surgical observations Schmidt's Jahrb. Bd. 139. p. 134. Weiss: Prager Vierteljahrsschrift. XXIX. Jahrgang, III. Bd. 1872. Wendt: Froriep's Notizen. XII. Nr. 17. Dec. 1825. Wernich: Beiträge der Ges. für Geburtshilfe in Berlin. III. 3. Sitz.-Ber. S. 103. Ch. West, Deutsch von Laugenbeck, Frauenkrankheiten. Göttingen 1860. p. 712. Wiel v. d.: Observation. Cent. I. obs. 82. Van Wetter: siehe Deneffe. Wilms: Annalen des Charité-Krankenhauses in Berlin. 1863. Bd. II. Winckel F.: Pathologie et Therapie des Wochenbetts. II. Aufl. 1869. p. 56—71. Winter, A.: Beschreibung eines Harnrecipienten f. Frauen. Heidelberg. 1817 mit 1 Kupfertafel. Wright: Med. Times. 1860. Tome I. Wutzer: Organon für die gesammte Heilkunde. Bonn. 1843. T. II. Zangrandi: Delle fistole vesico-vaginale e della loro cura. Piacenza 1844. p. 34. Zechmeister: Oestreich. Wochenschrift. 1845. Nr. 33. Neue Zeitschrift f. Geburtskunde. 1868. p. 460.

§ 73. Трудодлюбивымъ критическимъ изслѣдованіямъ В. А. Фрейнда мы обязаны исторіею мочевыхъ фистулъ у женщинъ, сравниться съ которою по полнотѣ могутъ очень немногія медицинскія ученія. Поэтому послѣдующія свѣдѣнія заимствованы нами большею частью изъ его труда. Въ древнѣйшихъ работахъ представителей медицинской науки нѣтъ никакого указанія

на то, что врачамъ было извѣстно существованіе мочевыхъ фистулъ. Свободные отъ предубѣжденій изслѣдователи могутъ считать только натяжками попытки усмотрѣть въ нѣкоторыхъ мѣстахъ у Гиппократа знакомство съ этимъ страданіемъ, потому что упомянутыя мѣста слишкомъ темны и непонятны. Арабы много и пространно писали о недержаніи мочи, но они не упоминали ни о чемъ, имѣющемъ отношеніе къ мочевымъ фистуламъ. По всей вѣроятности, въ древнѣйшія времена эти поврежденія встрѣчались рѣже, или ихъ совсѣмъ не распознавали, частью потому что роды совершались легче, частью потому, что нравы и обычаи очень долго не допускали мужчинъ до занятія родовспомогательнымъ искусствомъ и леченія женскихъ болѣзней, такъ что имъ крайне рѣдко могъ представиться случай изслѣдовать ненормальные роды и больные женскіе дѣтородные органы. Позднѣе мужчины считали занятіе родовспомогательнымъ искусствомъ *infra viri dignitatem*. Только около конца 16 и въ началѣ 17-го столѣтія, почти одновременно у нѣсколькихъ авторовъ, появляются указанія на мочевыя фистулы, такъ что трудно сказать, кому изъ нихъ нужно приписать первое опредѣленіе этого страданія. Но во всякомъ случаѣ нужно прежде всѣхъ назвать имя знаменитаго испанскаго врача Людовика Меркадо, потому что онъ въ своемъ, появившемся еще въ 1605 г., трудѣ: *De communibus mulierum affectionibus* «посвятилъ длинную главу «маточнымъ фистуламъ» и не только описалъ ихъ симптомы, но и предлагалъ противъ нихъ извѣстныя операціи: *Prima indicatio, quatenus ad affecum pertinet, docet callum prius conterere; nam cum ea quae disjuncta sunt, uniri minimum possint, callo in medio existente, curandum primo est, eum exstirpare. Orificio satis patulo, callum uno e tribus modis exstirpare poteris: medicamentis nimirum acrioribus et callum conterentibus, scissione ac avulsione colli et ultimo partis inustione.* Затѣмъ Феликсъ Платертъ, въ своей вышедшей въ 1625 въ Базелѣ книгѣ: *De mulierum partibus generationi dicatis*, привелъ 2 случая разрыва шейки мочевого пузыря при тяжелыхъ родахъ, не забылъ происходящихъ при этомъ ссадинъ *vulvae* и указалъ средства, которыя слѣдуетъ употреблять противъ нихъ (*Lactis cremor et mucilaginosus*). Въ одномъ парижскомъ трактатѣ Северина Пинно 1597 г. также уже упоминается о мочевыхъ фистулахъ. Въ 1606 г. Фабрицій Гильданусъ сообщилъ нѣсколько замѣчательныхъ случаевъ и именно описалъ одинъ изъ нихъ, гдѣ большой камень мочевого пузыря подалъ поводъ къ образованію такой фистулы. Pietru di Marchetis, въ 1664 г., настоятельно совѣтовалъ предпринимать активную и потенциальную каутеризацію фистулы и достигалъ этимъ средствомъ полного излеченія. Хотя Hendrik van Roophuysen въ Амстердамѣ, уже въ 1663 г., впервые предложилъ кровавый шовъ для излеченія, но повидимому онъ, также какъ Меркадо, предоставлялъ другимъ врачамъ выполненіе своего предложенія. Болѣе точныя свѣдѣнія о занимающемъ насъ разстройствѣ распространяли потомъ I. Varandaeus (1619), Ch. Völter 1687), Musitannus (1698), Морисо (1712), I. Фатіо (1752), А. Левре (1753), и съ этихъ поръ о немъ упоминается почти у всѣхъ авторовъ, писавшихъ о женскихъ болѣзняхъ и хирургіи. Однако, какъ указываетъ Фрейндъ, въ высшей степени замѣчательно полное отсутствіе описанія его въ большихъ патолого-анатомическихъ сборникахъ Морганьи и Ж. Лъето (1767). Вообще патологическая анатомія мочевыхъ

фистуль до послѣднихъ десятилѣтій нашего времени находилась въ сильномъ пренебреженіи; причина этого могла заключаться отчасти въ томъ, что такихъ больныхъ рѣдко приходится вскрывать, отчасти въ томъ, что главный интересъ издавна сосредоточивался на терапевтическихъ мѣрахъ противъ этого страданія. Въ послѣднемъ отношеніи особенныя услуги оказали: Дезо, который снова сталъ рекомендовать каутеризацію въ началѣ нашего столѣтія, потомъ Дюпюитрень, много разъ и съ полнымъ успѣхомъ примѣнявшій валеное желѣзо въ 1820 г.; за ними слѣдовали въ Германіи: Диффенбахъ и М. Хеліусъ, въ Италіи: Monteggia, въ Бельгіи: Сунаръ (въ Гентѣ) и де Руба (въ Брюссель).

Но по преимуществу новую эру по отношенію къ оперативному леченію этого страданія открылъ Жоберъ де Ламбаль въ 1834 г. Во всей Европѣ возбудили справедливое вниманіе многочисленныя успѣхи, которыхъ достигалъ этотъ операторъ своимъ методомъ—*Cystoplastie par glissement* или *Autoplastie vésicovaginale par locomotion*—методомъ, который Вельпо предложилъ еще въ 1832 г. Лишь съ этого времени начинаются быстрые успѣхи, сдѣланные леченіемъ мочевыхъ фистулъ. Однимъ изъ первыхъ, принявшихъ методъ французскаго хирурга, былъ Густавъ Симонъ, жившій тогда еще въ Дармштадтѣ; онъ нѣсколько разъ ассистировалъ Жоберу въ Парижѣ при операціяхъ этого рода, и впослѣдствіи въ многихъ отношеніяхъ усовершенствовалъ его методъ. Послѣ него слѣдуетъ назвать американцевъ. М. Симса и Н. Боземанна, которые на ряду съ Симономъ довели оперативное леченіе фистулъ до высшаго совершенства.—Что касается различныхъ видовъ мочевыхъ фистулъ, то нужно упомянуть, что Штольцъ въ Страсбургѣ въ 1828, первый описалъ пузырно-маточную фистулу, Г. Симонъ въ 1856 мочеточниково-влагалищную и А. Бераръ въ 1841 мочеточниково-маточную. Наконецъ, изъ многочисленныхъ сочиненій, въ которыхъ разрабатывается эта тема, нужно указать на два труда В. А. Фрейнда (1862) и Эд. Ф. Буке (1875), какъ на лучшія изъ большихъ работъ новѣйшаго времени въ отношеніи какъ исторіи, такъ и патологической анатоміи, этиологіи, симптоматики, діагностики и терапіи. Послѣдній изъ этихъ двухъ авторовъ исправилъ между прочимъ ошибку, которая распространилась, передаваясь отъ одного автора другому, и заключалось въ мнѣніи, что Маріонъ Симсъ особенно подвинулъ впередъ и направилъ на новый путь леченіе мочевыхъ фистулъ тѣмъ, что онъ будто бы первый примѣнилъ желобообразное зеркало для обнаженія и операціи мочевыхъ фистулъ. Буке ссылается на д-ра Шупперта въ Новомъ-Орлеанѣ, доказавшаго, что зеркало Симса въ точности соответствуетъ зеркалу, описаніе котораго было обнародовано въ 1846 г. Метцлеромъ въ *Prager Vierteljahrsschrift*. Фонъ Метцлеръ описалъ свое зеркало слѣдующимъ образомъ: «серебряный расширитель рукава, состоящій изъ желобообразной пластинки конической формы шириною въ 5½ дюймовъ, нижняя треть которой сильно отогнута внаружи, и изъ крѣпко спаяннаго подъ прямымъ угломъ съ нижнею третью стального стержня 8 дюймовъ длины, охваченнаго деревянной ручкой, снабженною на протяженіи 5 дюймовъ большими нарѣзками». Это заявленіе

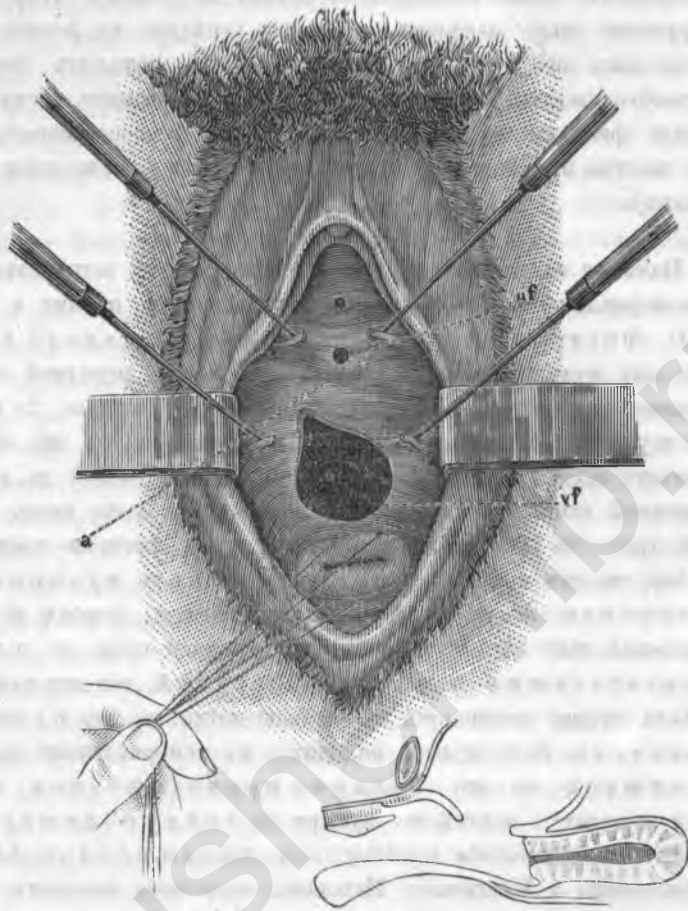
ф. Метцлера вѣроятно потому такъ долго оставалось незамѣченнымъ, что онъ не далъ изображенія своего расширителя рукава. Во всякомъ случаѣ, введеніе этого инструмента было началомъ важныхъ успѣховъ въ леченіи мочевыхъ фистулъ, такъ какъ онъ даетъ возможность вполне обнажить фистулу, что безусловно необходимо для операціи, такъ что въ настоящее время почти ни одна операція фистулы не дѣлается безъ такого желобообразнаго зеркала. Стало быть, заслуга положившаго начало этому успѣху, принадлежитъ нѣмцу а не американцу.

§ 74. Начиная съ *orificium urethrae externum*, могутъ встрѣтятся слѣдующіе виды ненормальныхъ сообщеній между мочевыми путями и сосѣдними органами: 1) фистула мочеиспускательнаго канала и рукава (рис. 26 *uf*); она всегда находится въ нижнемъ концѣ передней стѣнки рукава и отрывается устьемъ въ валикъ мочеиспускат. канала, 2) фистула мочеваго пузыря, ведущая вопервыхъ въ рукавъ, — она встрѣчается въ любомъ мѣстѣ задней стѣнки пузыря, отъ *sphincter vesicae* до дна его, то ближе къ средней линіи, то къ боковымъ частямъ, то болѣе книзу, то вблизи свода рукава (рис. 26 *vf*). Если верхній край такой фистулы лежитъ у края маточнаго зѣва, то она называется поверхностною пузырно-влагалищно-маточною фистулой; если отверстие со стороны рукава заходитъ въ маточный зѣвъ съ разрушеніемъ его передней губы, то—глубокою пузырно-влагалищно-маточною фистулой; оба эти названія далъ Жюберъ.—Если пузырь сообщается съ шейкою матки, то это пузырно-маточная фистула. Если пузырь находится въ ненормальномъ сообщеніи съ прямою кишкой, то это пузырно-прямокишечная фистула (Heath), если отверстие ведетъ изъ пузыря въ тонкую кишку, то этотъ ненормальный ходъ называется пузырно-тонкокишечною фистулой (случай Краовицера и Бланвика). Наконецъ, если моча выходитъ изъ отверстій въ переднихъ стѣнкахъ пузыря и живота, то это или фистула *Urachus* (см. § 50), или расщепленіе пузыря (см. гл. I), или простая наружная фистула пузыря.

3) Мочеточники также могутъ быть повреждены въ какомъ нибудь мѣстѣ и изливать мочу въ сосѣдніе органы. Эти фистулы мочеточниковъ, строго говоря, не относятся къ болѣзнямъ мочеваго пузыря, но мы должны упомянуть о нихъ здѣсь уже какъ объ осложненіяхъ этихъ болѣзней. Фистула мочеточника отрывается или въ сводъ рукава, мочеточниково-влагалищная фистула, или въ полость шейки матки мочеточниково-маточная фистула, или въ кишку: мочеточниково-кишечная фистула, или наружу: наружная фистула мочеточника (случай Г. Симона возникшій послѣ оваріотоміи и излеченный нефротоміей).

У женщинъ встрѣчаются разнообразныя комбинаціи этихъ 12 различныхъ видовъ мочевыхъ фистулъ: вопервыхъ, фистулы мочеиспускательнаго канала съ пузырно-влагалищными (случай д'Ормеа, Торрео, Фрейнда и Симона см. рис. 25); затѣмъ пузырно-влагалищныя съ пузырно-маточными; далѣе пузырно-влагалищно-маточныя съ мочеточниково-влагалищными (случай автора). Вывають





Фистула моч. канала (uf) и пузырно-влагалищная (uf) съ Atresia *a* моч. канала между обомъ<sup>и</sup> фистулами по Г. Симону.

еще пузырно-мочеточнико-влагалищныя фистулы, если пузырно-влагалищная стѣнка повреждается въ томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточникъ находится между рукавомъ и пузыремъ, гср. гдѣ его нижній конецъ залегаетъ въ стѣнѣ пузыря и также прободается (случай Г. Симона).—Наконецъ, мочеточнико-влагалищная фистула встрѣчается одновременно въ обоихъ мочеточникахъ, какъ указалъ впервые В. А. Фрейндъ (1862). После этого опредѣленія отдѣльных видовъ фистулъ перейдемъ къ:

§ 75. Ихъ причинамъ и происхожденію. Происхожденіе мочевыхъ фистулъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно ясно. Самая большая часть ихъ бываетъ обязана своимъ происхожденіемъ злокачественнымъ новообразованіямъ дѣтородныхъ органовъ (см. введеніе къ § 20); но эти виды ихъ еще очень рѣдко бываютъ предметомъ врачебной помощи. Большинство же фистулъ подвергающихся леченію вслѣд-

стві вызываемыхъ ими страданій, возникаютъ только вслѣдствіе пуэрперальныхъ процессовъ; остальные виды мочевыхъ фистулъ у женщинъ, возникающіе внѣ процессовъ воспроизведенія, въ сравненіи съ двумя первыми, чрезвычайно рѣдки. Кромѣ того, и мѣсто, и происхождение, и процессы въ стѣнкахъ пораженныхъ органовъ въ обоихъ случаяхъ существенно различны, такъ что мы дѣлимъ по этой причинѣ мочевыя фистулы на двѣ большія группы, именно: на пуэрперальныя и непуэрперальныя фистулы. Подъ пуэрперальными мочевыми фистулами разумѣютъ тѣ изъ нихъ, которыя какимъ либо образомъ находятся въ причинной связи съ беременностью, родами или послѣродовыми процессами. Дѣло въ томъ, что во всѣхъ этихъ состояніяхъ стѣнки ружава и пузыря болѣе разрыхлены, богаче кровью, сосуды ихъ сильнѣе расширены, вены часто эластичны; соединеніе между пузыряремъ и ружавомъ рыхлѣе, смѣщенія ихъ часто весьма значительны, такъ что они, какъ бы сложенные въ складки, могутъ быть крѣпко придавлены къ какому нибудь мѣсту таза, въ нѣсколькихъ мѣстахъ одновременно. При расширеніи и увеличеніи дѣтородныхъ органовъ въ эти эпохи, вредныя вліянія большею частью связываются сильнѣе, дѣйствуютъ на болѣе обширныя поверхности, такъ что по всѣмъ этимъ причинамъ пуэрперальныя фистулы очень часто достигаютъ огромныхъ размѣровъ, тѣмъ болѣе, что язвенные процессы въ этихъ органахъ, поддерживаемые послѣродовыми отдѣленіями, при упомянутыхъ выше гипереміяхъ, легче дѣлаютъ значительныя успѣхи и въ результатѣ приводятъ къ болѣе значительнымъ разрушеніямъ. Пуэрперальными мочевыми фистулами могутъ быть фистулы мочеиспускат. канала и ружава, пузырно—мочеточнико-влагалищныя и пузырно-маточныя; онѣ могутъ возникнуть самопроизвольно, или вслѣдствіе поврежденій, отъ внѣшняго насилія.

§ 76. Для самопроизвольно возникающихъ пуэрперальныхъ фистулъ установлены слѣдующія причины: разрывы шейки матки и пузырно-влагалищной стѣнки опускающеюся головкой, при неподатливости этихъ частей и присутствіи въ нихъ рубцовъ: случаи Бердо, Кивиша, Детруа и др.; относящаяся сюда литература собрана въ особенности Ф. Л. Мейснеромъ и Дюпареъ—Неверманомъ.

Затѣмъ продавливаніе при экзостозахъ тазовой стѣнки, при камняхъ мочевого пузыря и при рагѣ шейки матки и ружава.

Далѣе: происхождение вслѣдствіе распадающагося частей, некротизированныхъ подъ вліяніемъ давленія во время родовъ при суженномъ тазѣ, или же изъ гангренозныхъ геср. дифтеритическихъ язвъ, возникшихъ уже въ послѣродовомъ періодѣ. Насколько часто первый видъ, настолько рѣдокъ послѣдній, отчасти потому, что пациентки часто погибаютъ раньше, чѣмъ дѣло дойдетъ до такихъ разрушеній, отчасти потому, что эти процессы локализируются всего чаще во входѣ ружава и на его задней стѣнкѣ, стало бытъ не могутъ непосредственно вредить мочевому пузырю. Случается впрочемъ, что части, уже придавленные *inter partum*, подвергаются съ другой стороны инфекции въ послѣродовомъ періодѣ и омертвѣваютъ. Протяженіе, мѣстопребываніе и время происхожденія такихъ фистулъ весьма разнообразны и зависятъ отъ свойства

пораженной ткани, отъ обилія въ ней крови, отъ степени инфильтраціи ея сывороткой, далѣе отъ продолжительности давленія, отъ свойства давящаго тѣла и отъ интенсивности давленія. Какъ на черепѣ новорожденнаго мы узнаемъ мѣста, подвергавшіяся давленію суженнымъ тазомъ матери, въ видѣ красныхъ круговъ и полосъ на кожѣ, или въ видѣ круглыхъ, сухихъ, обезцвѣченныхъ, сѣро-зеленыхъ, углубленныхъ пространствъ, отъ которыхъ вскорѣ, когда струпу спадаеть послѣ язвеннаго процесса, остается круглая дыра,—такъ точно, вслѣдствіе такого же давленія, происходятъ часто круглыя потери вещества въ пузырьно-влагалищной стѣнѣ. Мѣстопребываніе такихъ дефектовъ различно, смотря по тому, было ли прижатіе во входѣ таза, или уже въ маломъ тазу. Въ послѣднемъ случаѣ дефектъ находится большею частью тотчасъ позади мочеиспускательнаго канала на днѣ пузыря, въ первомъ—высоко надъ влагалищною частью. Предрасполагающимъ условіемъ для прижатія является слишкомъ твердая, мало способная къ конфигураціи и слишкомъ большая головка, Hydrocephalus, (случай Г. Симона, (въ Роштовской больницѣ № 3, и случай автора см. ниже) и невыгодное ея вставленіе, которое обусловливается на примѣръ отвислымъ животомъ, хотя послѣднее условіе и не играетъ при происхожденіи фистулы такой выдающейся роли, какую приписалъ ему Эсмархъ. А именно, механическое препятствіе, представлявшее отвислымъ животомъ, который бываетъ обыкновенно лишь слѣдствіемъ расслабленія брюшныхъ покрововъ, вызваннаго существующимъ суженіемъ таза. Давящая сила заключается, по мнѣнію Шатца, главнымъ образомъ въ брюшномъ прессѣ, однако нельзя отрицать, что и мускулатура матки должна принимать весьма значительное участіе въ разминаніи мягкихъ частей въ суженныхъ мѣстахъ таза. Лицевое положеніе зародыша также часто ведетъ къ образованію мочевыхъ фистулъ (случай Шуппа, Даніо [краниотомія], Метцлера, случаи 26 и 33 Симона и случай 2 автора), потому что острые края дѣтской челюсти легко производятъ опасное давленіе, тѣмъ болѣе, что при лицевыхъ положеніяхъ часто встрѣчается одновременно и суженіе таза. Гевверъ нашелъ кромѣ того, будто къ усиленному прижатію предрасполагаетъ необыкновенная высота лоннаго сращенія. Происхожденіе нѣсколькихъ самопроизвольныхъ фистулъ одновременно—4 отверстія въ приведенномъ ниже случаѣ № 7 автора—объясняется частію омертвѣніемъ вслѣдствіе прижатія различныхъ мѣстъ придавленныхъ одно послѣ другаго, напр. на передней стѣнѣ рукава вслѣдствіе прижатія къ верхней части лоннаго сращенія, а потомъ къ лонной дугѣ, или вслѣдствіе одновременнаго прижатія нѣсколькихъ мѣстъ, напр. задней стѣни пузыря къ верхнему краю и къ срединѣ лоннаго сращенія. Кромѣ того, при изъязвленіи болѣе обширнаго разможенного пространства въ возникающемъ дефектѣ можетъ остаться одинъ, или даже нѣсколько мостиковъ, такъ какъ прижатія части рѣдко бывають раздавлены равномерно, и тогда на одномъ придавленномъ мѣстѣ образуется нѣсколько отверстій.

Было время, когда происхожденіе пузырьно-влагалищныхъ фистулъ относили главнымъ образомъ на счетъ операцій, производимыхъ при родахъ и обвиняли въ особенности щипцы, какъ наихудшую причину этихъ поврежденій. Противъ этого возсталъ первый В. С. Шмидтъ въ 1828, который высказалъ, что

эта несчастная случайность конечно встрѣчалась бы гораздо рѣже, еслибъ страхъ передъ щипцами не былъ такъ великъ и еслибъ ложная, проповѣдуемая даже съ кафедры гуманность не задугивала врача практика, даже опытнаго, не заставляла его измѣнять своему убѣжденію и медлить съ помощью, когда этого замедленія при благоприятныхъ обстоятельствахъ болѣе чѣмъ достаточно, чтобы положить начало злу, которое въ большинствѣ случаевъ бываетъ лишь слѣдствіемъ продолжительнаго давленія вколоченной головки. Хотя въ настоящее время эта боязнь щипцовъ уже не такъ сильна, тѣмъ не менѣе Ch. West (1858), а потомъ Г. Симонъ и Бэкеръ-Брунъ также присоединились къ мнѣнію, что поврежденія эти въ огромномъ большинствѣ случаевъ несомнѣнно происходятъ оттого, что слишкомъ долго медлятъ съ инструментальнымъ вмѣшательствомъ при затажныхъ родахъ. Можетъ быть, однако, истина находится по срединѣ между этими двумя мнѣніями, ибо изъ 204 различныхъ случаевъ фистулъ, по сопоставленію, сдѣланному Буке, оказалось, что 118 возникли послѣ родовъ, и изъ нихъ 65, или 55%, стало быть болѣе половины, были окончены посредствомъ акушерскихъ операцій. Я самъ въ теченіи одного послѣдняго года изслѣдовалъ и оперировалъ 6 фистулъ, которыя образовались вслѣдъ за примѣненіемъ искусственнаго пособія во время родовъ, и въ каждомъ изъ этихъ случаевъ можно было съ положительностью указать на соотвѣтственную операцію, какъ на причину фистулы. Вопросъ о томъ, сами ли по себѣ роды обусловили вредное прижатіе, или оно было вызвано родомъ операціи, можетъ быть рѣшенъ только при условіи точнаго распознаванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ мѣста, величины, края, свойства фистулы, и пр. Присутствіе обширныхъ рубцовъ и сращеній, суженій или даже зарощеній рукава, въ особенности, если они группируются вокругъ мѣстъ, наиболѣе подвергающихся насилію со стороны щипцовъ, должно говорить въ пользу вреднаго эффекта послѣдствія послѣднихъ. Такъ изъ 28 случаевъ пузырьно-влагалищныхъ фистулъ, въ которыхъ оперировалъ Шпигельбергъ (см. b. Landau, p. 343), въ 22 роды были окончены инструментами,—17 было у первородящихъ, 11 у многородящихъ,—и половина всѣхъ—14 осложнились суженіями, рубцовыми шнурками и зарощеніями. Фистулы, которыя происходятъ при родахъ, протекающихъ самостоятельно, помѣщаются болѣею частью въ верхнемъ отдѣлѣ рукава; это бываютъ или поверхностныя или глубокія маточно-пузырно-влагалищныя, или маточно-пузырныя фистулы. Напримѣръ, изъ 15 случаевъ маточныхъ фистулъ, оперированныхъ Шпигельбергомъ, 12 произошли послѣ самопроизвольныхъ, 3 послѣ искусственно оконченныхъ родовъ,—12 у многородящихъ и только 3 у первородящихъ. Преждевременный разрывъ плоднаго пузыря, затрудненное раскрываніе шейки, несмотря на продолжительное дѣйствіе болей, при глубокихъ маточно-пузырно-влагалищныхъ фистулахъ равномерно прогрессирующее прижатіе при затнувшемся надолго раскрытіи и образованіи канала, какъ это всего чаще бываетъ при уже надорванной предшествующими родами шейной части, — все это нужно отмѣтить какъ участвующіе моменты въ происхожденіи такого положенія. Если врачъ не присутствовалъ при родахъ, то онъ уже не можетъ дать правильной оцѣнки подобнымъ обстоятельствамъ, поэтому естественно, что впоследствии уже нельзя съ точностью распознать причины каждаго случая.

§ 77. Фистулы насильственного происхожденія могут возникнуть *inter partum* какъ при инструментальномъ, такъ и при ручномъ пособіи. Изъ упомянутыхъ выше 65 случаевъ родовъ, собранныхъ Буке, въ 37 прибѣгали къ помощи щипцовъ, въ 7 къ рычагу, затѣмъ 12 окончаны кефалотрипсией, краниотоміей или эмбриотоміей, въ 3 былъ употребленъ крючокъ и въ 5 сдѣланъ поворотъ. Что касается вопервыхъ щипцовъ, то они производятъ фистулы непосредственно или косвеннымъ путемъ; непосредственно: разрѣзая пузырно-влагалищную стѣнку своими острыми краями при соскальзываніи, при преждевременномъ наложеніи до полного раскрытія маточнаго зѣва, далѣе при быстромъ переходѣ изъ одной позиціи въ другую, или при поворотѣ ихъ во-вкругъ продольной оси для измѣненія положенія головки. Если при этомъ щипцы лежатъ въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ таза, то лежащая впереди ложка можетъ прорѣзать пузырно-влагалищную стѣнку по срединѣ; при другомъ положеніи щипцовъ поражается больше одна изъ сторонъ. Надрѣзы стѣнки рукава щипцами встрѣчаются очень часто даже послѣ легкихъ операцій, въ видѣ слегка зіяющихъ углубленій длиною въ 2—3 цтм., съ острыми краями, большею частью на задней стѣнкѣ; производитъ ихъ задній край ложки при поднятіи рукоятокъ. Рѣже встрѣчаются они болѣе сбоку, тотчасъ за мѣстомъ соединенія лонной и сѣдалищной вѣтвей, и въ такомъ случаѣ, несмотря на величайшую осторожность, при самомъ легкомъ, строго, *lege artis*, произведенномъ извлеченіи, всегдѣ возможно поврежденіе стѣнки пузыря, какъ я видѣлъ это однажды въ прошедшемъ году. Сообщенный въ приложеніи случай родовъ былъ оконченъ щипцами по причинѣ опасности грозившей ребенку; щипцы наладывалъ въ моемъ присутствіи мой ассистентъ; при этомъ произошло два такихъ боковыхъ надрѣза съ правой стороны—вызванныя ими маленькая фистула зажила послѣ однократнаго прижиганія *Liquori ferri sesquichlorati*. Производимыя щипцами фистулы помѣщаются, какъ уже было сказано, обыкновенно въ нижней трети рукава и часто сопровождаются разными осложненіями, такъ какъ онѣ возникаютъ большею частью путемъ некроза отъ давленія. Прямые прорѣзы и прорывы впрочемъ также нерѣдки. Такъ я недавно оперировалъ двухъ пациентокъ, у которыхъ одинъ и тотъ же врачъ произвелъ разрывъ пузырно-влагалищной стѣнки, оба раза влѣво отъ свода рукава, на разстояніи 1—1,5 цтм. отъ *orificium urethrae*!

Случается также иногда, что одна изъ ложекъ щипцовъ прободаетъ сводъ рукава, точно такъ, какъ это бываетъ при перфорациі ножницеобразнымъ перфораторомъ. Нерѣдко части роженицы разрываются острыми крючками, а также осколками костей, которые попадаютъ у неосторожныхъ операторовъ послѣ краниотоміи и перфорациі: примѣромъ можетъ служить случай Саксторфа. Поворотъ можетъ вести къ поврежденіямъ пузыря вопервыхъ, если рука насильственно проталкивается черезъ недостаточно еще раскрытый маточный зѣвъ и шейку, и разрываетъ стѣнку пузыря, затѣмъ если, какъ это, *horribile dictum!* было констатировано въ одномъ случаѣ Шпигельбергомъ, рука акушера вводится вмѣсто рукава въ мочеиспускательный каналъ, и наконецъ, если при захваченной ножкѣ и трудномъ поворотѣ ребенка дѣтскій задъ слишкомъ крѣпко прижимаютъ въ передней тазовой стѣнкѣ, когда втаскиваютъ его во

входъ таза. Въ послѣднемъ случаѣ сильное прижатіе должно повлечь къ образованію фистулы. Послѣ поворота, извлеченіе ребенка также можетъ повести частію къ прямому разрыву, частію къ гангренозному разрушенію пузырно-злагалищной стѣнки. Мочеточнико-влагалищныя фистулы во всѣхъ до сихъ поръ извѣстныхъ случаяхъ (у Симона 2, у Альбе, Панаса, Ландау и у меня по одному) наблюдались только послѣ родовъ, оконченныхъ операціями, и Ландау конечно правъ, приписывая ихъ помощи искусства. Поврежденіе мочеточника вблизи основанія рукава, повидимому, возможно только въ томъ случаѣ, если онъ фиксированъ вслѣдствіе предшествовавшихъ параметральныхъ воспаленій, и при этомъ условіи, или и безъ него, подвергся прямому поврежденію инструментомъ (скользящая ложка щипцовъ, прободающая верхушка щипцовъ, пессарій).—Одинъ извѣстный нѣмецкій гинекологъ разсказывалъ мнѣ недавно, что онъ произвелъ однажды, при расщепленіи шейки матки, фистулу между маткою и мочеточникомъ инструментомъ Greenhalgh'a, не выдвигая ножей особенно далеко внаружи; въ счастію, фистулу удалось скоро заживить тампонадою цервикальнаго канала. И здѣсь также пужно допустить образовавшееся раньше сращеніе мочеточника съ маткою.

При насильственной катетеризаціи во время родовъ можно проткнуть пузырь изнутри внаружи, какъ показываетъ случай Диффенбаха, и наконецъ, пузырь нѣсколько разъ вырѣзывали при родоразрѣшеніи посредствомъ синхондротоміи. Въ случаѣ г-жи Souchot, обнародованномъ Sigault'омъ и др.

Далѣе, приводили какъ причины образованія фистулъ язвенныя, такъ называемыя дифтеритическіе процессы рукава у родильницъ и язвы стѣнки мочевого пузыря, вскрывшіяся въ рукавъ. Такъ какъ извѣстно, что при ракахъ, затѣмъ при пара—и периметральныхъ процессахъ и кромѣ того при абсцессахъ яичниковъ нерѣдко встрѣчаются перфораціи стѣнки мочевого пузыря, то легко допустить возможность этого рода происхожденія фистулъ. Но во всякомъ случаѣ послѣдній случай весьма рѣдокъ, и мнѣ неизвѣстно въ литературѣ ни одного точнаго наблюденія этого рода.

Въ моихъ 14 случаяхъ фистулы произошли: безъ употребленія инструментовъ только 1 разъ (№ 10), безъ вины примѣненныхъ инструментовъ 2 раза (№ 4 и 13), вѣроятно изъ-за инструментовъ 3 раза (№ 1, 2 и 14) и въ высшей степени вѣроятно только изъ-за инструментовъ 8 разъ разъ (№ 3. 5. 6. 7. 8. 9. 11. 12).

§ 78. Не пуэрперальныя мочевыя свищи бываютъ также или насильственныя или самопроизвольныя т. е. возникающія вслѣдствіе извѣстныхъ болѣзненныхъ процессовъ. Первые, насильственныя, наблюдали какъ слѣдствіе прободеній зондомъ при зондированіи камней, литотриптомъ, посторонними тѣлами, именно шпильками; случай Морганьи. Кромѣ того, послѣ паденія на остроконечные предметы, напр. на острую изгородь и пр., послѣ проколовъ пузыря при задержаніи мочи, напр. вслѣдствіе Retroflexio uteri gravidi, или при преднамѣренномъ проколѣ яичника per vaginam; послѣ камневычненія. Далѣе, случались поврежденія пузыря при ампутаціи шейки матки, при выпаденіи послѣдней, также при оваріотоміи и—это пояснено двумя

случаями Диффенбаха и В. А. Фрейнда—при попыткахъ посредствомъ ножа возстановить проходъ закрытаго рукава.

Миттельгейзеръ привелъ какъ причину недержанія мочи насильственное введеніе пальца въ мочеиспускательный каналъ роженицы. Извѣстно, что такимъ образомъ можно произвести трещины, но чтобы однимъ пальцемъ можно было разорвать весь мочеиспускательный каналъ вплоть до пузыря и протенуть также и послѣдній—это я считаю почти невозможнымъ, такъ какъ я много разъ изслѣдовалъ пальцемъ внутреннюю поверхность мочеваго пузыря и имѣлъ достаточно случаевъ убѣдиться, что мочеиспускательный каналъ представляетъ весьма сильное сопротивленіе даже послѣ искусственнаго расширенія его зеркала. Еще гораздо менѣе правдоподобно происхожденіе свища вслѣдствіе *con-cubitus violentus*, которое принималъ Мунниесъ и которое повидимому не считаютъ невозможнымъ также Бюрнеръ и Поллакъ. Такое тупое тѣло какъ мужской *penis* конечно не въ состояніи ни *per vaginam*, ни *per urethram* разорвать столь растяжимый полый органъ, какъ мочевоу пузырь, даже и въ такомъ случаѣ какъ примѣръ Полака, 6-ти-лѣтняя дѣвочка получила вслѣдствіе изнасилованія значительныя поврежденія *introitus vaginae*.

Напротивъ, нерѣдко наблюдали, что слишкомъ большіе пессаріи, съ слишкомъ острыми краями и оставленные лежать слишкомъ долго, производили прободеніе пузырно-влагалищной стѣнки: случаи Фабриція Гильдануса, Бреше, Берара, Дюпюитрена, Диффенбаха, Лисфранка, Буша и мн. др. служатъ тому доказательствомъ. Здѣсь на наиболѣе напряженныхъ частяхъ стѣнки рукава образуются сперва ссадины, потомъ язвы и наконецъ при смѣщеніяхъ пузырно-влагалищной стѣнки, при возобновляющемся треніи и съ углубленіемъ язвъ, пессарій прорывается въ пузырь, иногда также въ прямую кишку и т. д.

Подобныя же язвенныя процессы, возникающіе самопроизвольно, бывають при карциноматозныхъ пораженіяхъ матки и рукава производящими причинами образованія фистулъ. Какъ мы уже указали въ статистическомъ обзорѣ частоты болѣзней мочеваго пузыря (§ 20), половина всѣхъ больныхъ этого рода получаютъ такіа прободенія мочеваго пузыря, при которыхъ новообразованіе проникаетъ и послѣдовательно разрушаетъ всего чаще пузырно-влагалищную стѣнку, очень рѣдко, —едва въ 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub> случаевъ, —связь между маткою и мочевымъ пузыремъ.

Могутъ ли туберкулезныя или сифилитическія язвы произвести мочевою фистулу, представляется для нѣкоторыхъ сомнительнымъ. Первая, правда, при одновременномъ, обыкновенно быстро прогрессирующемъ пораженіи легкихъ или кишечнаго канала, рѣдко заходятъ такъ далеко въ мочевыхъ органахъ, а иногда даже, напротивъ, ведутъ къ утолщенію стѣнокъ мочеваго пузыря. Почему сифилитическія язвы не могутъ обусловить дефекта пузыря со стороны рукава, непонятно; но мнѣ не извѣстно ни одного положительнаго случая этого рода.

Изъ болѣзней мочеваго пузыря, могущихъ въ концѣ концовъ самопроизвольно привести къ образованію пузырно-влагалищной фистулы, нужно прежде всего упомянуть объ образованіи каменной (см. гл. VI); затѣмъ о хроническомъ язвенномъ катаррѣ мочеваго пузыря съ образованіемъ диверти-

куль; затѣмъ о злокачественныхъ раковыхъ перерожденіяхъ, которыя, начинаясь со слизистой оболочки мочевого пузыря, прорываются въ рукавъ,—въ этихъ случаяхъ основаніе фистулы находится въ пузырьѣ, ея вершина герп. меньшее отверстіе въ рукавѣ—и заболѣваніе перваго обширнѣе, во второмъ оно лишь второстепенное.

Въ заключеніе нужно упомянуть, что и заболѣванія въ окружности стѣнокъ мочевого пузыря приводили иногда къ образованію фистулы: такъ напр. вскрытіе абсцессовъ таза въ пузырь и рукавъ, аналогичное вскрытіе нагноившейся Haematocoele, абсцессовъ яичниковъ и вѣматочной беременности: случая Симпсона и др.

### § 79. Анатомическія отношенія мочевыхъ фистулъ у женщинъ.

Приводя различныя названія мочеполовыхъ фистулъ, мы тѣмъ самымъ уже вѣрнѣе указали на ихъ локализацию; теперь же мы должны рассмотреть нѣсколько подробнѣе всѣ ихъ свойства, стало быть поговорить о ихъ формѣ, величинѣ, о свойствахъ ихъ краевъ, о встрѣчающихся комбинаціяхъ, а затѣмъ и объ измѣненіяхъ во всей окружности фистулы, безъ которыхъ, при болѣе продолжительномъ ея существованіи, дѣло не обходится. Мы начнемъ съ точнаго указанія мѣста, отъ котораго часто зависитъ форма: фистулы мочеиспускательнаго канала и рукава сидятъ обыкновенно по срединѣ нижней стѣнки, онѣ кругловаты, величиною отъ діаметра волоса до боба и не имѣютъ никакихъ ходовъ, а только отверстія. Какъ большое исключеніе встрѣчаются поперечныя, боковыя разрывы мочеиспускательнаго канала, такъ что,—какъ было въ случаѣ Фрейнда и въ моемъ № 12,—задняя стѣнка канала свѣшивается книзу въ видѣ валика или же боковыя перфорации, произведенныя сифилитическими изъязвленіями со стороны introitus, примѣръ которыхъ доставилъ также первый изъ названныхъ выше авторовъ. Пузырно-влагалищныя фистулы сидятъ обыкновенно нѣсколько сбоку или вблизи середины, больше въ нижней трети рукава, если онѣ, какъ мы уже говорили, вызваны оперативнымъ вмѣшательствомъ, или больше въ сосѣдствѣ свода рукава, если онѣ возникли самопроизвольно при суженіи таза; встрѣчаются ли онѣ чаще слѣва, какъ утверждаютъ иные авторы, какъ то Симонъ, Нейгебауэръ, Яратовскій, съ которыми соглашается Шнигельбергъ (Archiv VII, 346), находятся ли онѣ преимущественно съ лѣвой стороны, это еще не рѣшено; положеніе это, какъ многія другія, основано на слишкомъ маломъ числѣ случаевъ, такъ г. Симонъ называетъ это помѣщеніе разительнымъ,—изъ 42 случаевъ—или вѣрнѣе изъ 17 случаевъ въ 10,—чрезвычайно частымъ, однако онъ прибавляетъ: «или покрайней мѣрѣ онѣ простираются гораздо больше въ лѣвую, чѣмъ въ правую сторону». Форма ихъ весьма измѣнчива, она круглая у маленькихъ, поперечно-овальная, продольно-овальная у такихъ напр., которыя прикрѣплены рубцовыми шнурами къ вѣтви одной изъ лонныхъ костей. Бушъ находилъ фистулы, сидѣвшія вблизи Sphincteris vesicae, полулунной формы съ вогнутостью, обращенною впереди вслѣдствіе дѣйствія поперечныхъ мышечныхъ волоконъ. Другія имѣютъ видъ прямыхъ щелей, нныя имѣютъ косвенное направленіе; величина



ихъ мѣняется, смотря по причинамъ и по свойству окружающихъ частей, отъ тончайшихъ, невидимыхъ канальцевъ, которыя могутъ пронизывать пузырьно-влагалищную стѣнку снизу вверхъ или наоборотъ, или залегать невидимо въ новообразованіяхъ, напр. раковыхъ, до отверстій, черезъ которыя удобно можно проникнуть нѣсколькими пальцами въ пузырь со стороны рукава. Величина и форма этихъ фистулъ измѣняется еще, смотря по времени, протекшему отъ момента ихъ образованія. Чѣмъ моложе, тѣмъ онѣ вообще шире; болѣе старыя становятся меньше и уже вслѣдствіе рубцеваго стягиванія самой фистулы, а иногда также вслѣдствіе стеноза рукава, который можетъ довести до полного его закрытія (ср. рис. 28).

Мочеточниково-влагалищныя фистулы сидятъ или подлѣ самой влагалищной части, сбоку въ сводѣ рукава, или немного болѣе взади, или, какъ я видѣлъ недавно въ одномъ случаѣ, какъ бы передъ и надъ лѣвой половиной задней губы, такъ какъ передняя была отчасти захвачена разрушеніемъ, и мочеточникъ вслѣдствіе рубцеваго сокращенія былъ нѣсколько оттянуть вправо. Величина отверстія въ мочеточникѣ бываетъ конечно незначительна, въ мочеточникѣ съ удобствомъ можно вдвинуть зондъ; форма отверстія кругловатая; въ моемъ случаѣ мочеточникъ образовалъ на маткѣ пуговкообразное возвышеніе, изъ котораго при передвиженіяхъ зеркала часто вытекала тонкой струйкой моча. Бушъ (l. c. p. 77) приводитъ одинъ случай изъ клиники Б. С. Шульце, въ которомъ двѣ маленькія фистулы праваго мочеточника были прикрѣплены къ правой стѣнкѣ таза. В. А. Фрейндъ наблюдалъ случай, въ которомъ въ область разрушенія были вовлечены оба мочеточника. Эта фистула, сидѣвшая по средней линіи, имѣла продольно-эллиптическую форму, 2,9 цтм. въ длину, 2,1 цтм. въ ширину, находилась на разстояніи 6 мм. отъ матки, 2 цтм. отъ *osificium urethrae externum*, и разрушила окончанія обоихъ мочеточниковъ на протяженіи 5—6 мм.; послѣдніе вдавались круглыми зияющими устьями въ просвѣтъ фистулы, и такъ какъ края фистулы заворачивались въ нее, то эти отверстія мочеточниковъ были видны въ рукавѣ 2) (l. c. p. 61). Послѣдній видъ мочеточниково-влагалищныхъ фистулъ, именно тѣ изъ нихъ, которыя, въ противоположность описаннымъ раньше и встрѣчающимся въ сводѣ рукава, находятся въ соотвѣтствующей *Trigonum Lieutaudii* части шейки мочеваго пузыря, и всегда бываютъ связаны съ частичнымъ разрушеніемъ стѣнки пузыря,—слѣдовало бы, въ отличіе отъ первыхъ, назвать нижними; онѣ существенно отличаются отъ верхнихъ также въ терапевтическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ. Симонъ нашелъ такую одностороннюю фистулу слѣва на разстояніи 1 цтм. впереди и въ сторону отъ маточнаго зѣва и  $5\frac{1}{2}$  цтм. отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Съ задняго края фистулы, имѣвшей поперечное направленіе и размѣры  $\frac{3}{4}$  и  $1\frac{1}{2}$  цтм., зондъ попадалъ въ лѣвый мочеточникъ, окончаніе котораго было совершенно разрушено на протяженіи  $\frac{1}{2}$  цтм.

Положеніе пузырьно-маточно-влагалищныхъ фистулъ (см. рис. 49 и 50) опредѣляется отчасти уже названіемъ: онѣ занимаютъ сводъ рукава, представляютъ круглую или поперечную щель и обыкновенно не очень велики. Болѣе глубокія, при которыхъ разрушена и передняя губа матки, также

бываютъ не многимъ больше, потому что задняя губа часто уже вовлечена въ дефектъ; тѣ и другія обмененно расположены по срединной линіи, такъ какъ при суженномъ тазѣ прижатіе главнымъ образомъ происходитъ по срединѣ передней стѣнки таза, по направленію сверху внизъ.

Маточно-пузырныя и мѣточничко-маточныя фистулы (см. рис. 51) очень рѣдки и большею частью очень малы; ихъ едва можно сдѣлать доступными для глаза. Первые сядятъ, очевидно, болѣе по срединѣ передней стѣнки, послѣднія, конечно, сбоку и нѣсколько впереди. Впрочемъ, въ трехъ случаяхъ, которые наблюдали Бераръ, Руссн и Фрейндъ, до секціи дѣло не дошло.

Относительно мѣста различныхъ пузырно-кишечныхъ фистулъ: между пузыремъ и прямою кишкой, пузыремъ и тонкою кишкой, пузыремъ и желудкомъ,—можно только сказать, что онѣ должны встрѣчаться сбоку, или на задней стѣнкѣ, или у верхушки пузыря. Затѣмъ, если петля тонкихъ кишекъ срослась со стѣнкою пузыря и раздѣляющей ихъ слой прободается язвою, то между обоими каналами существуетъ только одно отверстіе; если же воспаленіе тазовой клѣтчатки производитъ перфорацию пузыря и прямой кишки, то между кишкою и пузыремъ могутъ существовать длинные свищевыя ходы.

Наконецъ мочевого фистулы передней брюшной стѣнки, и наружныя мочевыя фистулы, представляютъ болѣе или менѣе длинные каналы, или, какъ мы уже видѣли при *Eversio vesicae*, различныя большія щели.

§ 80. Что касается свойства краевъ фистулъ, то большинство ихъ въ началѣ вздуты, неровны, часто инфильтрованы, покрыты еще тамъ и сямъ клочками некротизированной ткани, легко кровоточатъ при прикосновеніи, очень чувствительны; мѣстами изъязвлены. Постепенно омертвѣвшія части отдѣляются, отдѣленіе краевъ уменьшается, они становятся нѣсколько плотнѣе, клѣтки мостовиднаго эпителия переходятъ съ рукава на края раны и въ тоже время между пузыремъ и стѣнкою рукава происходитъ разрощеніе соединительной ткани; благодаря послѣдней, края фистулы постепенно становятся жестче, плотнѣе, натягиваются какъ струны и вмѣстѣ съ тѣмъ представляются болѣе истонченными, такъ что, какъ это констатировалъ Фрейндъ въ одномъ, весьма точно изслѣдованномъ случаѣ, отдѣленіе рукава отъ стѣнки пузыря становится наконецъ невозможнымъ въ области концентрическаго кольца въ 3 — 6 мм. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ вокругъ фистулы массивное разрощеніе соединительной ткани, которая преобладаетъ надъ клѣтчаткой въ пространствѣ между рукавомъ и пузыремъ и даже надъ слоями самаго рукава, до самой слизистой оболочки мочевого пузыря; мышечный слой и слизистая оболочка по направленію къ фистулѣ постепенно истончаются, слизистыя желѣзки рукава рѣдѣютъ, сосочки ея становятся ниже и наконецъ, въ районѣ отъ 1 — 1½ мм., почти вся толща разрѣза состоитъ изъ довольно равномерной, грубой, бѣдной сосудами соединительной ткани съ неясными, прослойками перерожденной слизистой оболочки. Нужно впрочемъ прибавить, что такіе процессы встрѣчаются не при каждой фистулѣ, они зависятъ отчасти

отъ причинъ, именно отъ возникающаго вслѣдствіе распаденія воспаленной стѣнки. Если же напротивъ послѣдняя не подверглась обширному поврежденію, а была просто прорѣзана, то жизненные условия краевъ оказываются гораздо лучшими, губы раны толще, болѣе вздуты, грануляціи ихъ крупнѣе, рубцы уже, сосѣднія части слизистой оболочки мочевого пузыря возвышаются надъ ними, и сосѣдняя ткань сочна, блѣдно-красноватаго или синевато-красноватаго цвѣта. Ссылаюсь при этомъ на нѣсколько случаевъ, прослѣженныхъ мною самимъ, въ которыхъ края фистулы, возникшихъ вслѣдствіе прорывовъ щипцами, представляли такія свойства спустя цѣлые мѣсяцы послѣ ихъ происхожденія; затѣмъ въ особенности на случай Буве (l. c. 1875 p. 124—125), гдѣ говорится: «мясные сосочки такъ объемисты, что соприкасаются между собою и образуютъ мостикъ надъ патологическою щелью» и т. д.—Мнѣ кажется съ другой стороны, что описанному выше истонченію краевъ фистулы существеннымъ образомъ содѣйствуетъ одна особенная причина, именно происходящее въ нѣкоторыхъ случаяхъ напряженіе краевъ фистулы, вызываемое сморщиваніемъ рубцовыхъ шнуровъ, какъ напр. при приврѣпленіи краевъ фистулы къ которой нибудь изъ костей передней стѣнки таза. Если же, что тоже бываетъ, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ, которымъ подвергаются сосѣдніе органы, оба главные края фистулы оттягиваются другъ отъ друга въ различныхъ направленіяхъ, то истонченіе ихъ вслѣдствіе напряженія объясняется легко.

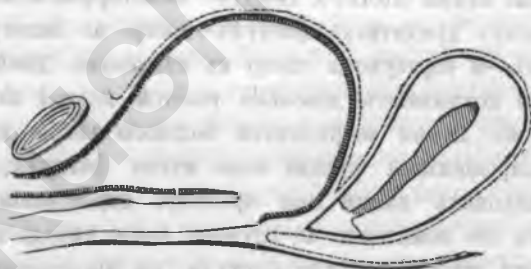
При остальныхъ, не пуэрперальныхъ фистулахъ свойство краевъ не имѣетъ такого значенія и опредѣляется само собою въ зависимости отъ отдѣльныхъ причинъ, какъ то раба, перфорации камнемъ, посторонними тѣлами и т. д., такъ что не требуетъ дальнѣйшаго описанія.

§ 81. При продолжительномъ существованіи мочевоѣ фистулы не обходится безъ измѣненія органовъ и въ болѣе отдаленной ея окрестности; измѣненія эти касаются частью самыхъ мочевыхъ путей, частью дѣтородныхъ и даже остальныхъ тазовыхъ органовъ. Со стороны мочевыхъ органовъ нужно указать, начиная снизу, прежде всего на часто констатируемое измѣненіе мочеиспускательнаго канала; такъ какъ моча черезъ него иболше не проходитъ, то онъ становится все уже, нотомъ постепенно облитеруется, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ его, будто бы, даже трудно было найти (?); примѣры В. А. Фрейнда, Гофмана, Сосеротта и Г. Симона (5 случаевъ 29. 30. 31. 32. 33=12% всѣхъ случаевъ). Мочевоѣ пузырь уменьшается въ объемъ, стѣнки его соприкасаются, передняя ложится обыкновенно въ отверстіе фистулы и можетъ совершенно вывернуться въ него, такъ что бываетъ видна въ наружныхъ половыхъ частяхъ. При подобныхъ смѣщеніяхъ она болшею частью бываетъ очень богата кровью, въ ней замѣчается болѣе или менѣе сильное катарральное состояніе и даже (примѣръ В. А. Фрейнда) полиповыя разрошенія. Она можетъ также сростись съ заднею стѣнкой рукава,—примѣромъ служитъ случай 39 Симона. Остальные части стѣнки, именно мышечная часто бываетъ толще обыкновеннаго; Serosa также; иногда онъ сильно налитъ кровью, и состояніе перидистита въ связи съ периметритомъ приводитъ, конечно, къ многочисленнымъ сращеніямъ между обоими органами.

§ 82. Понятно само собою, что измѣненія, совершающіяся въ величинѣ, положеніи и напряженіи фистулы, во многихъ случаяхъ отражаются и на положеніи и формѣ мочеочника. Если онъ прорванъ, то нижній конецъ его совершенно облитеруется также скоро, какъ мочеиспускательный каналъ, и еще легче; при образованіи рубца онъ приближается къ мочеочнику другой стороны; затѣмъ стѣнка его обыкновенно утолщается вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ подсерозной ткани, поэтому каналъ въ вышележащихъ своихъ частяхъ расширяется.

§ 83. Что касается затѣмъ полового аппарата, то при мочевыхъ фистулахъ, связанныхъ съ обильнымъ истеченіемъ мочи, наружныя половыя части обыкновенно бываютъ постоянно влажны, синевато-блѣдно-краснаго цвѣта, мѣстами покрыты ссадинами, которыя иногда гноятся, волосы нерѣдко слегка инкрустированы. При продолжительномъ существованіи фистулы нѣсколько разъ находили маленькія, плоскія опухоли, гипертрофіи сосочковаго слоя въ формѣ остроконечныхъ кондиломъ и обширныхъ наростовъ: примѣры Гофмана и Г. Симона. Пока фистула еще свѣжа, рубцвъ находятъ гиперемированнымъ, припухшимъ, расширеннымъ; съ образованіемъ обширныхъ рубцовъ онъ часто суживается, такъ что иногда наступаетъ даже полное закрытіе его (рис. 27). Въ одномъ случаѣ Фрейнда самая нижняя часть рукава была сильно стянута рубцомъ, затѣмъ, въ нѣсколько болѣе широкой части находилась пузырно-влагалищная фистула, надъ нею опять служенное мѣсто, приходившееся тотчасъ надъ влагалищной частью, и изъ этой послѣдней опять

Рис. 27.



Atresia рукава въ сводѣ по Хегару.

такъ мыекала моча. Рубцовые шнуры и лежащія между ними выступы могутъ быть такъ узки, что наконецъ бывасть трудно, даже невозможно найти маточный зѣвъ и ориентироваться относительно положенія матки. Нерѣдко также встрѣчаются ссадины въ стѣнкахъ рукава. При старыхъ, большихъ фистулахъ рукавъ нерѣдко находятъ очень широкимъ, вьлымъ, блѣднымъ, стѣнки его гладкими, жесткими, эпителий ихъ похожимъ на epidermis. Если фистула сидитъ вблизи матки или захватываетъ и ее—поверхностныя и глубокія маточно-пузырныя фистулы,—то маточныя губы часто покрыты ссадинами, опухоли усажены вьлыми грануляціями. Нижній отдѣлъ органа находится въ состояніи хронческаго воспаленія частью вслѣдствіе безпрестаннаго орошенія

мочою, частью вслѣдствіе причинъ, вызвавшихъ образованіе фистулы, частью наконецъ вслѣдствіе образованія рубцовъ, которые смѣщаютъ между прочимъ и шейную часть и ведутъ тѣмъ самымъ къ нарушеніямъ кровообращенія и измѣненіямъ положенія цѣлаго органа. Какъ подсерозная соединительная ткань, такъ и серозный покровъ матки очень часто принимаютъ участіе въ этихъ хроническихъ или подострыхъ воспалительныхъ процессахъ, и слѣдствіемъ являются мозоли вокругъ шейки и периметритъ, прикрѣпляющій матку болѣе или менѣе прочными и обширными сращениями къ окружающимъ ее органамъ. Еще одно практически важное измѣненіе матки заключается въ томъ, что передняя складка брюшины можетъ опуститься глубоко внизъ и приблизиться къ фистулѣ; это можетъ случиться, если при фистулѣ, лежащей высоко на срединной линіи, разрушена также влагалищная часть или ея передняя стѣнка, и задній край фистулы, образуемый остаткомъ влагалищной части, лежитъ надъ прикрѣпленіемъ свода рукава, и если при рубцеваніи фистулы вышележащія части, а вмѣстѣ съ ними и складка брюшины, оттягиваются внизъ. На эти условія первый обратилъ вниманіе Г. Симонъ (Rost. Krankenhausbericht, p. 155). Ему довелось въ одномъ подобномъ случаѣ (№ 4) потерять пациентку черезъ 17 дней послѣ операціи отъ перитонита вслѣдствіе того, что ненормально глубоко опустившаяся складка брюшины была затронута швами (см. рис. 28).

§ 84. Въ заключеніе нужно еще замѣтить, что при мочевыхъ фистулахъ какъ въ мочевомъ пузырьѣ, такъ и въ карманахъ рукава, и въ маткѣ, и на наружныхъ половыхъ частяхъ могутъ образоваться каменные конкременты и даже болѣе крупныя камни (Петитъ, Вендтъ—Саксторфъ, Бегъ). Первые встрѣчаются на маленькихъ придаткахъ фистулъ—напр. на лигатурахъ не вполне зажившихъ фистулъ—и образуются часто въ нѣсколько дней; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ они покрываютъ довольно толстой коркой каналъ рукава. По наблюденіямъ Симона, камни встрѣчаются болѣею частью при фистулахъ съ одновременными зарощеніями рукава ниже мѣста фистулы, тогда какъ онъ еще ни разу не находилъ камня при простомъ образованіи фистулъ, если только поводомъ къ его появленію не служило какое нибудь постороннее тѣло. При одновременномъ зарощеніи ниже фистулы, въ происходящихъ вслѣдствіе этого дивертикулахъ, въ которыхъ застаивается моча, часто происходятъ язвы, осадки изъ мочи и камни. Мочевислыя соли осѣдаютъ преимущественно у маленькихъ отверстій этихъ зарощеній и отсюда конкрементъ растетъ въ полость рукава и пузыря: Симонъ изъ 42 пациентокъ могъ привести въ примѣръ только одну (случай 38), у которой черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ родовъ, вслѣдствіе которыхъ возникла фистула, образовался въ пузырьѣ большой камень.

§ 85. Признаки мочевыхъ фистулъ. Если мочевые пути въ какомъ либо мѣстѣ подвергнутся со стороны дѣтородныхъ органовъ поврежденію такого рода, что между тѣми и другими образуется сообщеніе, то моча, конечно, тотчасъ начнетъ вытекать черезъ матку или рукавъ и per vulvam. Это можетъ, стало быть, случиться еще до окончанія родовъ, если напр, при сильномъ

соскальзываніи слишкомъ рано наложенныхъ шипцовъ происходитъ разрывъ пузыря и рукава. Такъ какъ съ операціей и съ теченіемъ родовъ всегда связаны значительныя боли, такъ какъ при этомъ естественно происходитъ истеченіе водъ и кровотеченіе, то поврежденіе пузыря въ подобныхъ случаяхъ часто не бываетъ ни распознано врачомъ, ни замѣчено пациенткой. Только спустя одинъ или нѣсколько дней, когда съ превращеніемъ общихъ болей и кровотеченія все еще не появляется позыва къ мочеиспусканію, или моча выводится самопроизвольно лишь въ очень небольшомъ количествѣ, когда уже мочевою запахомъ истеченія обращаетъ на себя вниманіе окружающихъ, — тогда только распознается вся тягость поврежденія. Такимъ образомъ, и именно въ самыхъ худшихъ случаяхъ, признаки поврежденія мочевого пузыря въ началѣ нѣрѣдко заслоняются общими явленіями послѣродоваго періода, тѣмъ болѣе, что пациентка въ большинствѣ случаевъ лихорадитъ и сама не всегда обращаетъ достаточно вниманія на свойство истеченія. Иное бываетъ, когда фистула происходитъ путемъ некроза отъ прижатія. Въ такихъ случаяхъ первыми признаками иногда служатъ только умѣренные боли въ рукавѣ, нѣкоторое затрудненіе при мочеиспусканіи, даже полная невозможность мочиться, связанные съ умѣренной лихорадкой и нѣкоторымъ безпокойствомъ, — стало быть явленія, не представляющія ничего характернаго. Только когда съ отпаденіемъ разможенной, омертвѣвшей части подъ вліяніемъ давленія наполненнаго пузыря внезапно выдѣляется черезъ рукавъ наружу болѣе или менѣе значительное количество мочи, когда затѣмъ позывъ къ мочеиспусканію совершенно прекращается, — тогда только начинается постепенно развиваться картина болѣзни, характеризующая мочевою фистулу. Наступленіе ея впрочемъ существеннымъ образомъ зависитъ отъ величины, отъ мѣстопребыванія фистулы, отъ продолжительности ея существованія, отъ реактивныхъ явленій въ ея окрестности т. е. отъ осложнений, и отъ сложенія пациентки. Первый и важнѣйшій признакъ, непроизвольное истеченіе мочи, — и тотъ чрезвычайно измѣнчивъ, такъ какъ при фистулахъ мочеиспускательнаго канала и рукава оно непроизвольно по отношенію не къ времени, а только къ направленію: моча при этого рода поврежденіяхъ вытекаетъ взади и внизу и въ рукавѣ, какъ скоро пациентка произвольно собираетъ мочевою пузырь. При пузырьно-влагалищныхъ фистулахъ моча можетъ отходить каплями и струей, постоянно и съ длинными перерывами. При большихъ дефектахъ, если не произошло суженій рукава и нѣтъ камней, которые могутъ заложить эти суженія, истеченіе бываетъ постоянно. При болѣе глубокихъ, среднихъ — тоже самое; при болѣе значительныхъ, находящихся въ сводѣ рукава, истеченіе часто бываетъ произвольное и непроизвольное: произвольное, когда при стоячемъ положеніи нижняя часть пузыря немного наполнится и пациентка мочится при наступающемъ позывѣ, непроизвольное, — когда пациентка лежитъ, потому что тогда моча и при такомъ высшемъ расположеніи фистулы всегда стекаетъ прямо въ рукавъ. При маточно-пузырныхъ фистулахъ происходитъ тоже самое, и такъ какъ сообщеніе болѣею частью маленькое, то и количество произвольно выводимой мочи бываетъ довольно значительно. Еще недавно авторъ (см. случай 11) произвелъ операцію у больной имѣвшей большую пузырьно-влагалищную фистулу, и когда фистула

зажила, за исключеніемъ свища величиною въ чечевицу, находившагося передъ самымъ зѣвомъ матки, пациентка въ теченіи 24 часовъ выдѣляла произвольно среднимъ числомъ болѣе 1200 грм. мочи, и только ночью, при лежачемъ положеніи, отходило небольшое количество ея по каплямъ.—Если матка подвижна, фиксирована не очень плотно, то при фистулахъ, находящихся въ сводѣ рукава, она можетъ, опускаясь при стоячемъ положеніи пациентки внизъ по своей тяжести, сблизить края фистулы, или даже выйти въ фистулу влагалищной частью, заложить ее и такимъ образомъ весьма значительно уменьшать непроизвольное отхожденіе мочи. При изолированныхъ мочеточничко-влагалищныхъ фистулахъ истеченіе мочи изъ рукава рѣдко бываетъ значительно, зато довольно постоянно, между тѣмъ какъ пациентка кромѣ того правильно выдѣляетъ мочу, свопляющуюся въ пузырь.

Если количество непроизвольно вытекающаго отдѣленія сколько нибудь значительно, то скоро наступаютъ описанныя выше измѣненія въ окружности фистулы, которая впрочемъ болшею частью могутъ быть задержаны на довольно долгое время опрятными и внимательными особами. Чѣмъ болѣе однако выражены эти измѣненія, тѣмъ болѣе даютъ себя чувствовать также нарушенія функцій полового аппарата: менструація можетъ совершенно прекратиться, или сдѣлаться неправильною въ своихъ промежуткахъ, или болѣзненною; но она можетъ также возвращаться совершенно нормально. Что у обоихъ супруговъ замѣчается нѣкоторое *Taedium* передъ соужушеніемъ, это совершенно понятно: у жены вслѣдствіе опасенія болей и боязни новаго зачатія. С. Вауп утверждалъ, что фистула ведетъ къ безплодію; Симонъ, Шмиттъ, Фрейндъ и др. опровергли это мнѣніе. Симонъ впрочемъ находить, что если происходитъ зачатіе, а фистула продолжаетъ существовать, то обыкновенно наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды, какъ слѣдствіе этой аномалии. Но одинъ случай Шмитта и одинъ случай автора противорѣчатъ этому наблюденію. Мой отецъ видѣлъ даже такой случай, гдѣ фистула, которая возникла при предыдущихъ родахъ, подверглась вновь разможенію при послѣдующемъ разрѣшеніи доношеннымъ ребенкомъ, послѣ чего наступило произвольное излеченіе. Если нужно согласиться, что зачатіе у такихъ больныхъ наступаетъ положительно рѣже чѣмъ при другихъ условіяхъ, — а на этотъ выводъ мы имѣемъ право, потому что число пациентокъ съ фистулами, снова забеременѣвшихъ, очень невелико,—то съ другой стороны часто приходится удивляться, видя, вопреки такимъ препятствіямъ, при фистулахъ все-таки наступаетъ беременность! Упомянутая въ моихъ *Berichte und Studien*, II Band, S. 129 пациентка, у которой была весьма значительная пузырно-влагалищная фистула и у которой, послѣ тщетной попытки прямого соединенія, было произведено поперечное зашиваніе рукава, не вполне однако удавшееся, такъ какъ осталось еще отверстіе, — пациентка забеременѣла черезъ это отверстіе, когда ее отпустили на нѣкоторое время для поправки домой, и затѣмъ перенесла *partus immaturus* на пятомъ мѣсяцѣ! Описанный въ томъ же томѣ стр. 79 случай разрѣшенія пациентки № 913 (1874), неспособной къ жизни мацерированной дѣвочкой произошелъ у больной, которая 4 года тому назадъ получила послѣ кефалотрипсиса четыре фистулы и чрезвычайно много рубцовыхъ

шнурковъ въ сводѣ рукава, и всетаки опять забеременѣла.—Само собою разумѣется, послѣдующіе роды могутъ увеличить фистулу, а самые роды могутъ сильно затянуться изъ-за рубцовыхъ шнурковъ, могутъ повести къ новымъ разрывамъ и такимъ образомъ ухудшить состояніе больной; въ послѣднемъ изъ приведенныхъ здѣсь нашихъ случаевъ въ зияющіе сосуды шейки матки вступилъ воздухъ и пациентка погибла спустя 4 часа послѣ родовъ. Теченіе родильнаго состоянія точно также можетъ быть существенно нарушено усиленіемъ подострыхъ воспалительныхъ процессовъ въ окружности матки. Поэтому новая беременность вообще ведетъ къ отягченію припадковъ и дурнымъ послѣдствіямъ для пациентки, и во всякомъ случаѣ ускоряетъ неблагоприятное вліяніе фистулы на общее состояніе больной. Послѣднее остается иногда совершенно ненарушеннымъ при маленькихъ, высоко сидящихъ фистулахъ, съ скуднымъ истеченіемъ мочи. Я видѣлъ пациентовъ, питаніе которыхъ нисколько не пострадало, несмотря на довольно большія фистулы, и которыя испытывали отъ нихъ такъ мало безпокойства, что никакъ не могли преодолѣть страха передъ оперативнымъ устраненіемъ своего недуга. Но это исключительные случаи; у большинства такихъ больныхъ частое смачиваніе, постоянный запахъ мочи, поврежденіе и боли въ дѣтородныхъ частяхъ, далѣе отсутствіе аппетита, неспокойный сонъ, часто возникающая простуда, всегда связанная съ произвольнымъ отхожденіемъ мочи,—все это черезъ нѣкоторое время вызываетъ замѣтный упадокъ силъ, сѣрый, анемичный цвѣтъ кожи, мрачное, меланхолическое настроеніе, и больныя до такой степени становятся въ тягость самимъ себѣ и окружающимъ, что съ радостью готовы подвергнуться всякой, самой продолжительной операци и сколько угодно разъ, чтобы только избавиться наконецъ отъ своего печальнаго состоянія.

Мы должны упомянуть здѣсь еще объ одномъ симптомѣ, подававшемъ поводъ къ самымъ разнообразнымъ толкованіямъ: именно, о часто встрѣчающемся при мочевыхъ фистулахъ за порѣ. Жюберъ выводилъ это явленіе изъ постоянного, вызываемаго раздраженіемъ вытекающей мочей сокращенія мышечныхъ волоконъ прямой кишки. По мнѣнію Фрейнда, можно предполагать, что оно находится въ связи съ увеличеннымъ отдѣленіемъ мочи при мочевыхъ фистулахъ вслѣдствіе быстрого и безпрерывнаго выведенія секрета, которое слѣдуетъ принять по аналогіи съ увеличеніемъ отдѣленія другихъ органовъ при быстромъ и раннемъ выведеніи его. Относящіяся сюда изслѣдованія Шефера (въ Гиссенѣ) дѣйствительно показали, что количество мочи увеличивается, но это увеличеніе при фистулахъ такъ незначительно (2—5%), что я сомнѣваюсь въ возможности принять его за главную причину заворовъ, и скорѣе расположенъ видѣть въ послѣднихъ слѣдствіе различныхъ моментовъ, въ особенности болѣе спокойнаго положенія такихъ лицъ, угнетеннаго состоянія духа, послѣродовыхъ явленій и наконецъ вызываемой всѣми этими моментами анемии.

Образованіе фистулъ само по себѣ очень рѣдко приводитъ къ смерти; женщины обыкновенно носятъ съ ними цѣлыя годы и даже десяти лѣтъ и наконецъ, если не вылечиваются операцией, погибаютъ отъ преждевременнаго истощенія или отъ случайныхъ заболѣваній. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ, прежде чѣмъ было приступлено къ операциі наступила чахотка, развившаяся



изъ плевро-пневманіи, которая появилась спустя едва 3 мѣсяца послѣ родовъ у больной, уже до того весьма анемичной (см. ниже случай 7 Келеръ).

§ 86. Діагнозъ мочевыхъ фистулъ. Если женщина послѣ тяжелыхъ родовъ, или страдающая ракомъ, или перенесшая кровавыя операціи на внутреннихъ дѣтородныхъ органахъ, напр. ампутація влагалищной части экразеромъ или гальванокаустической петлей, — жалуется на какіе либо припадки при мочеиспусканіи или даже только на болѣзненный позывъ къ нему, то слѣдуетъ немедленно приступить къ основательному изслѣдованію половыхъ частей. Быть можетъ при этомъ иногда можно распознать прижатое мѣсто на пузырно-влагалищной стѣнѣ или на передней стѣнѣ еще зіяющей шейки по особенной болѣзненности при одномъ только провосновеніи пальца, и заранѣе догадаться по этому признаку, что дѣйствительно произошла фистула; но мнѣ не извѣстно ни одного такого случая изъ литературы. Обыкновенно врачъ, также какъ и пациентка, бываетъ изумленъ внезапно наступающимъ непроизвольнымъ истеченіемъ мочи, и тогда ему остается лишь выполнить далеко не всегда легкую задачу: точно опредѣлить мѣсто, величину, осложненія фистулы. Если величина ея доходитъ хотя до одного сантиметра и помѣщается она на передней стѣнѣ рукава между *officium urethrae* и *uteri*, то одного изслѣдованія пальцемъ бываетъ уже достаточно, чтобы тотчасъ опредѣлить фистулу, а проведеніе черезъ нее катетера изъ пузыря служитъ доказательствомъ вѣрности діагноза. Распознаваніе становится уже гораздо труднѣе, если фистула сидитъ сбоку и если она мала, напр. когда она находится въ глубинѣ надрѣза, произведеннаго щипцами. Здѣсь нельзя пройти ни пальцемъ въ надрѣзъ, ни зондомъ изъ надрѣза въ пузырь, ни катетеромъ изъ пузыря въ рукавъ. Въ этомъ случаѣ и при самыхъ маленькихъ, волосныхъ фистулахъ въ какомъ либо мѣстѣ пузырно-влагалищной перегородки нужно прежде всего осторожно опорожнить пузырь катетеромъ и изслѣдовать, есть ли кровь въ вытекающей мочѣ, или нѣтъ, — изслѣдовать вообще относительно нахождения мочи въ пузырьѣ. Если мочи не найдено, то нужно запретить пациентѣ мочиться въ продолженіи 1—2 часовъ, подложить ей сухую подстилку и затѣмъ изслѣдовать послѣднюю, снова ввести катетеръ и изслѣдовать мочу количественно и качественно. Если все еще дѣло не выяснилось, то вводятъ при полулежанчѣ на спинѣ положеніи пациентки Симоновскій боковой рычагъ, а потомъ еще желобоватое зеркало для задней стѣнки рукава, точно вставляютъ въ него маточный зѣвъ, плотно затыкаютъ его пробкою изъ совершенно чистой бѣлой ваты, такъ чтобы послѣдняя была видна между губами зѣва, и затѣмъ постепенно вливаютъ въ пузырь посредствомъ Хегаровской воронки черезъ совершенно чистый катетеръ какуюнибудь окрашенную темнымъ цвѣтомъ жидкость въ довольно большомъ количествѣ, около  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  литра, причѣмъ смотрятъ, выходитъ ли и въ какомъ мѣстѣ выходитъ эта жидкость изъ передней стѣнки рукава; какъ скоро такое мѣсто найдено, его точно фиксируютъ крючками и пробуютъ зондомъ, можно ли проникнуть въ отверстіе фистулы и въ пузырь. Какъ годныя для этой цѣли окрашенныя жидкости рекомендуются, кромѣ молока, вѣрлікіе вишнево-красныя растворы *kali hyrogmaganici*. Само собою разумѣется, что нужно сперва по воз-

возможности обсушить все видимыя части стѣнокъ рукава, чтобы тотчасъ же увидѣть самое маленькое количество этихъ жидкостей. Если при этомъ способѣ изслѣдованія изъ рукава не выходитъ ни капли, то пузырно-влагалищной фистулы здѣсь быть не можетъ, и нужно опредѣлить, нѣтъ ли пузырно-маточной фистулы: поэтому вынимаютъ пробку изъ маточнаго зѣва, и если въ шейкѣ существуетъ сообщеніе, то вата тотчасъ окажется окрашеною, а можетъ быть покажется и обильное истеченіе окрашенной жидкости изъ маточнаго зѣва. Затѣмъ, для болѣе точнаго опредѣленія величины и мѣста этой фистулы можно прямо и быстро расширить шейку матки прессованной губкой, или ламинарией, или—можетъ быть еще лучше стебельчатымъ цервикальнымъ зеркаломъ,—оттянуть ее немного книзу, чтобы ввести палецъ, и дополнить діагнозъ при помощи послѣдняго.

Если же налитая въ пузырь окрашенная жидкость не выходитъ ни черезъ рукавъ, ни черезъ маточный зѣвъ, если произвольная потеря мочи констатирована посредствомъ собиранія ее въ чистый фарфоровый тазикъ послѣ закупорки мочеиспускательнаго канала сплошнымъ бужомъ, и посредствомъ изслѣдованія вытекшей жидкости на мочевины,—въ такомъ случаѣ мы можемъ имѣть дѣло только съ мочеточнико—влагалищной или мочеточнико—маточной фистулой. При первой увидимъ подлѣ или позади влагалищной части пуговкообразное возвышеніе съ отверстіемъ, черезъ которое легко можно проникнуть зондомъ болѣе или менѣе глубоко вверху и взади и, въ особенности при передвиженіи зеркалъ, можно видѣть, что изъ этого отверстія вытекаетъ съ неравнобѣрною силой и въ неравномъ количествѣ свѣтлая жидкость.—Если напротивъ, рукавъ остается совершенно сухимъ, когда шейка матки плотно затянута тампономъ, то и мочеточнико—влагалищной фистулы здѣсь быть не можетъ, и тогда остается только вопросъ, нѣтъ ли фистулы между мочеточникомъ и шейкою матки? На этотъ вопросъ можно съ положительностью отвѣчать утвердительно, если впервыхъ будетъ положительно доказано, что отдѣленіе, видимо вытекающее изъ шейки, есть моча и во вторыхъ, если отдѣленіе это не окрашивается отъ впрыскиванія въ пузырь окрашенной жидкости. Если, какъ это нерѣдко случается, рукавъ въ какомъ нибудь мѣстѣ суженъ настолько, что о проведеніи черезъ него пальца не можетъ быть рѣчи, то нужно сперва расширить суженную часть кольеиринтеромъ или прессованной губкой или, послѣ предварительныхъ насѣчекъ на рубцовыхъ шнурахъ, Симоновскими зеркалами для мочеиспускательнаго канала, и затѣмъ ввести палецъ. Наконецъ, есть еще путь для вѣрнаго опредѣленія прободенія стѣнки мочевого пузыря: быстрое расширеніе мочеиспускательнаго канала зеркалами и ощупываніе внутренней поверхности пузыря указательнымъ пальцемъ. Этимъ путемъ Симонъ при Colpoceleisis (наблюд. № 10) нѣсколько разъ точно опредѣлялъ величину пузырно-влагалищной фистулы, которая повела къ оперативному закрытію, признавъ ее прямо излечимою и потому разрѣзалъ рубецъ и непосредственно закрылъ фистулу. При маленькихъ фистулахъ, впрочемъ, невозможно или крайне трудно ихъ прощупать, въ чемъ я самъ имѣлъ недавно случай убѣдиться, причемъ фистула сидѣла очень далеко сбоку съ лѣвой стороны.—Такимъ же способомъ можно вообще

изслѣдовать, не сообщается ли съ мочевымъ пузыремъ какой нибудь другой органъ, какъ напр. яичникъ, или *Processus vermiformis*, или тонкая кишка; возможность этого рода сообщеній обращаетъ на себя вниманіе тѣмъ, что вмѣстѣ съ мочою выходитъ много гноя, или волосы, или остатки пищи; впоследствии мы вернемся къ этимъ случаямъ и рассмотримъ ихъ подробнѣе. Ощупываніе внутренней поверхности мочевого пузыря даетъ въ подобныхъ случаяхъ возможность различить, имѣемъ ли мы дѣло съ выходомъ вещества, происходящихъ изъ какого нибудь сосѣдняго органа, или это скорѣе куски опухоли внутренней поверхности пузыря. Гдѣ нельзя проникнуть пальцемъ въ прощупанное отверстіе, такъ можетъ быть удастся провести возлѣ пальца эластическій катетеръ въ сообщающуюся съ пузыремъ полость. Такимъ образомъ можно съ одной стороны собирать отдѣльно секретъ этой полости, съ другой—вводить въ нее прямо лекарственныя вещества, и кстати болѣе или менѣе отчетливо прощупать катетеръ черезъ прямую кишку или брюшные покровы.—Когда фистула, какая бы то ни было, найдена и мѣсто ея въ точности опредѣлено, тогда слѣдуетъ обратить вниманіе на ея края, ихъ прикрѣпленіе, напряженіе и направленіе, принять во вниманіе осложненія, если таковыя имѣются, въ особенности же заняться вопросомъ, какъ содержится въ данномъ случаѣ матка и нѣтъ ли нѣсколькихъ фистулъ. Въ болѣе трудныхъ случаяхъ нужно для этого произвести не одно, а нѣсколько повторныхъ изслѣдованій; у очень чувствительныхъ пациентовъ приходится прибѣгать къ хлороформу. Смотря по положенію и прикрѣпленію фистулы, можно пользоваться то Симоновскимъ полулежащимъ на спинѣ положеніемъ, то Боземановскимъ коленно—локтевымъ, то Симсъ—Эмметовскимъ положеніемъ больной на боку, и при этихъ изслѣдованіяхъ нужно стараться въ особенности уяснить себѣ, такимъ образомъ можно всего лучше обнажить фистулу, сдѣлать ее видимой всего яснѣе. Только когда дефектъ такимъ образомъ освѣщенъ и оцупанъ со всѣхъ сторонъ, мы будемъ въ состояніи сдѣлать соответственное предсказаніе и примѣнить наиболѣе подходящую мѣру для его устраненія.

§ 87. Предсказаніе. Мочевыя фистулы всегда принадлежатъ къ тѣмъ болѣзнямъ, которыя нужно причислить къ тяжелымъ страданіямъ, такъ какъ онѣ не однимъ только своимъ существованіемъ весьма существенно вліяютъ на здоровье пациентовъ, дѣлаютъ ея состояніе въ высшей степени тягостнымъ и со временемъ, несомнѣнно, весьма вредно отзываются на ея общемъ питаніи. Иногда впрочемъ можетъ наступить естественное исцѣленіе. Буве (1. с. р. 86—87) нашелъ даже въ литературѣ 60 случаевъ, въ которыхъ произошло самопроизвольное излеченіе, даже при такихъ фистулахъ, въ рукавное отверстіе которыхъ могли проникнуть 1—2—4 (!) пальца (случай Фабр. Гильдануса, *Sæderskjöld'a*, Гутри, Седильо, Ферона, Гэбита, Данію, Деполя, Моно, Дено и Гэтскела). Между этими примѣрами есть такіе, въ которыхъ существованіе фистулы продолжалось мѣсяцы и даже годы; напр. въ одномъ случаѣ Фабриція Гильдануса 8, Дюпарка 4, Цехмейстера 4—5, Эмана 1 годъ и 2 мѣсяца и Конради 6½ лѣтъ. Авторъ сообщаетъ въ приложеніи два своихъ случая съ маленькими фистулами, зажившими въ 14 дней, одна самопроизвольно, другая послѣ однократнаго прижиганія *liquore ferrî*

sesquichlorati, и может присоединить къ нимъ еще два случая самопроизвольнаго излеченія изъ практики своего отца. Leishmann наблюдалъ случай пузырно-маточной фистулы, въ которомъ самопроизвольное излеченіе наступило вслѣдствіе воспалительнаго зарощенія канала шейки. Но всѣ эти случаи не имѣютъ никакого особеннаго значенія, о нихъ сообщали потому, что естественное излеченіе, по отношенію къ частотѣ фистулъ, встрѣчается очень рѣдко. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ причиною образованія фистулы былъ камень, она закрывалась послѣ его удаленія, и одна эта причина встрѣчается въ 10% упомянутыхъ выше 60 случаевъ; два раза причиною были пессаріи; 28 разъ предшествовали роды и изъ нихъ 18 были окончены искусственно; одинъ только разъ фистула возникла вслѣдствіе паденія на остроконечный предметъ. Самыми благоприятными оказываются тѣ случаи, гдѣ поврежденіе пузыря было произведено острыми, не придавливающими инструментами, какъ напр. при камнеисъченіи. Въ остальныхъ отношеніяхъ естественное исцѣленіе зависитъ столько же отъ положенія фистулы, направленія, ея размѣровъ и напряженія ея краевъ, какъ отъ толщины и жизнениости послѣднихъ; кромѣ того существенное вліяніе оказываютъ осложненія, какъ то выворотъ слизистой оболочки мочеваго пузыря и т. под. — Что касается отдѣльных видовъ фистулъ въ прогностическомъ отношеніи, то аргюи слѣдовало бы ожидать, что нижележащія излечиваются всего легче, такъ какъ онѣ легче доступны. Но такъ бываетъ далеко не всегда. Простыя фистулы между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ дѣйствительно излечивались иногда быстро и вѣрно: Пеквиоли вылечивалъ ихъ прижиганіемъ адскимъ камнемъ въ 25 дней, Да Коста Дуарте также, Гобартъ прижиганіемъ и наложеніемъ шва, и авторъ вылечилъ 12 случаевъ наложеніемъ швовъ. Но гораздо хуже бываютъ поврежденія нижней части пузыря, въ которыхъ участвуетъ и мочеиспускательный каналъ и пр. Мало того, что стѣнка между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ гораздо тоньше пузырно-влагалищной, — для обезпеченія удержанія мочи нужно еще по возможности падить ткань при операціи, потому что толщина мускулатуры и всей стѣнки уменьшается по направленію сверху внизъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ возрастаетъ опасность недержанія мочи (Симонъ). Не всѣ авторы держались этого мнѣнія, но оно вытекаетъ изъ опыта. Съ другой стороны, многіе аргюи считали самымъ неблагоприятнымъ положеніе фистулы подъ мочеточниками, т. е. въ томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточники впадаютъ въ пузырь, а также мочеточниково-влагалищныя фистулы. Но въ такомъ общемъ смыслѣ это невѣрно, какъ показалъ Симонъ. Фистулы перваго рода всѣ излечимы, и изолированныя мочеточниково-влагалищныя большею частью также. Всего по новѣйшимъ сопоставленіямъ Буке:

60	фистулъ	различнаго	рода	зажили	самопроизвольно,	
109	»	»	»	»	излечены	прижиганіемъ
25	изъ	34	»	»	»	=71,4%

Посредствомъ непосредственнаго вторичнаго соединенія  
463 изъ 639 фистулъ кровавымъ швомъ =73,0%

Хотя такимъ образомъ число исцѣленій теперь уже весьма значительно, тѣмъ не менѣе, больше  $\frac{1}{2}$  всѣхъ больныхъ остаются неизлечен-

ными даже въ рукахъ превосходнѣйшихъ врачей; далѣе, къ этому нельзя не прибавить, что очень многія изъ вылеченныхъ подвергались операціи не одинъ, а нѣсколько разъ; что многія операціи не удались даже самымъ искуснымъ операторомъ, каковы Жюберъ, Боземанъ, Симонъ, Б. С. Шульце, Вэверъ - Браунъ, Шуппертъ, Курти, Шпигельбергъ, де Рубэ, Фоллэнь, Андраль; что кромѣ того, нѣкоторые случаи были прямо объявлены неизлечимыми вслѣдствіе величины потери вещества и разрушенія мочеиспускательнаго канала; что даже въ случаѣ полной удачі операціи, удержанія мочи достигали не всегда или только отчасти, такъ что напр. пациентки при ходьбѣ и стояніи совсѣмъ не могли удерживать мочу, или могли, но только на короткое время; если затѣмъ примемъ въ соображеніе, что операція сама по себѣ очень опасна при нѣкоторыхъ условіяхъ, именно если приходится оперировать въ близкомъ сосѣдствѣ брюшины, такъ что у самыхъ опытныхъ операторовъ не разъ бывали при этомъ смертельные случаи (Симонъ 4,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, кромѣ того отдѣльные случаи Ру, Вутцера, Герготта, Жюбера, Диффенбаха, Шпигельберга, Шупперта, Симса, Гешнера, Кюхлера, Курти, Вильмса и т. д.), — то оказывается, что слѣдуетъ быть осторожнымъ въ сужденіи о каждой фистулѣ и никогда нельзя ставить слишкомъ благоприятный прогнозъ. Нельзя при этомъ также не упомянуть, что при различныхъ попыткахъ къ заживленію, будутъ ли онѣ дѣлаться при помощи прижиганія или ножа, состояніе пациентки можетъ быть даже ухудшено вслѣдствіе увеличенія фистулы, и не одними неопытными операторами, а даже самыми лучшими. Примѣромъ можетъ служить операція, произведенная во второй разъ Боземапомъ въ составіи съ Симономъ (случай № 2) (Симона № 10): оставшаяся послѣ первой, Симоновской операціи маленькая фистула величиною отъ чечевицы до горошины снова увеличилась послѣ операціи Боземана настолько, что севозъ нее можно было пройти пальцемъ. Въ заключеніе, для окончателной оцѣнки излечимости фистулъ нужно еще замѣтить, что многія изъ нихъ можно закрыть только такими оперативными мѣрами, вслѣдствіе которыхъ пациентки становятся навсегда безплодными, такъ какъ приходится или вшить въ дефектъ заднюю губу матки, чтобы выполнить его, или зашить рукавъ въ поперечномъ направленіи. Иногда послѣ поперечнаго зашиванія рукава, также какъ вслѣдствіе сильныхъ суженій становится невозможнымъ даже удовлетворительное брачное сожителство. Кромѣ того, страданія пациентки отнюдь не всегда бывають устранены послѣ этихъ операцій, — благодаря наступающимъ послѣ нихъ образованію камней, циститу и піелиту (случай 2 въ Симоновскомъ конкурсѣ), дѣло можетъ окончиться смертью, несмотря на счастливо произведенную операцію. — Причины смерти у пациентокъ, не подвергавшихся операціи при мочевыхъ фистулахъ, бывають мѣстные или общія: въ первымъ относятся: воспалительные процессы, перитонитъ, изъязвленія; въ общимъ: истощеніе, общій упадокъ силъ — или же бугорчатка (см. тотъ же случай). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ операціи фистулы наступалъ Exitus lethalis, смерть обуславливалась или поврежденіями брюшины съ перитонитомъ (Шпигельбергъ, Симонъ, Боземанъ и др.), или піеятомъ, или септикемией вслѣдствіе нагноенія влѣтчатки между мочевымъ пузыремъ, маткою и прямою кишкой.

Напротивъ, послѣ счастливой операціи даже очень слабыя, истощенныя пациентки часто въ короткое время такъ поправляются, что ихъ едва можно узнать, и не разъ наблюдали, что растяжимость пузыря все болѣе и болѣе увеличивается, если даже бывшій дефектъ имѣлъ значительную величину. Если послѣ излеченія происходитъ зачатіе, то при отсутствіи слишкомъ обширныхъ суженій беременность, роды и послѣродовой періодъ могутъ протечь безъ всякихъ нарушеній. Такъ было въ случаяхъ Симона № 6. 23 и 30. Раньше я уже привелъ случай излеченія фистулы вслѣдствіе новаго размноженія того же мѣста при послѣдующихъ родахъ, который наблюдалъ мой отецъ. Въ новѣйшее время число случаевъ, въ которыхъ леченіе увѣнчивается успѣхомъ, достигло у нѣмецкихъ авторовъ, Симона, Хегара, Б. С. Шульце и Шпигельберга до 85—90% и въ тоже время смертность послѣ операцій фистулъ значительно уменьшилась и доходитъ едва до 2—3%.

§ 88. Леченіе мочевыхъ фистулъ. Послѣ обстоятельнаго, повторнаго изслѣдованія фистулы, не трудно рѣшить, выполняма ли попытка къ излеченію оперативнымъ путемъ, или поврежденіе уже неустранимо и остается только ограничиться симптоматическимъ леченіемъ. Во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ не слѣдуетъ тотчасъ приступать къ операціи, а нужно сперва постараться добиться самопроизвольнаго излеченія поврежденія, удаливъ все, что можетъ вредить и препятствовать ему.

§ 89. Пути, ведущіе къ этой цѣли, весьма разнообразны: Фабрицій Гильданусъ примѣнялъ растираніе краевъ, впрыскиваніе, бальзамы и внутреннія средства; Дезо употреблялъ цилиндрической пессарій, вводимый въ рукавъ; Монтедора, Барнсъ, Маржоланъ, Седильо, Герготтъ, Гэбитъ, Нелатонъ, Данію, Фоланъ, Корради, Гэтскель брали просто катетеръ, вводили въ пузырь, оставляя его постоянно въ немъ, причѣмъ дѣлали впрыскиванія въ рукавъ, или обходились безъ послѣднихъ; другіе владывали кромѣ того тампонъ въ рукавъ, чтобы помѣшать мочѣ одновременно вытекать черезъ послѣдній: Куммингъ, Фрейндъ, Бурвнеръ, Обинэ, Данію и многіе другіе вводили губку. Эльзессеръ заставилъ одну больную пролежать 9 недѣль на животѣ при умѣренной діетѣ и безъ примѣненія катетера, и въ 12 недѣль вылечилъ свою пациентку. Бурхардъ (въ Бреславлѣ) вылечилъ четыре случая пузырно-влагалищныхъ фистулъ однимъ тампонируваніемъ рукава. Иные, какъ Дюпареъ и Дюпюитренъ, употребляли просто нѣжныя расширяющія средства, заботились о строжайшей опрятности, и видѣли, какъ фистулы при этомъ исчезали сами собою безъ всякаго дальнѣйшаго мѣстнаго леченія; сюда же принадлежатъ случаи самопроизвольнаго излеченія послѣ извлеченія камней мочевого пузыря, произведшихъ прободеніе его и послѣ удаленія инкрустированныхъ пессаріевъ. Ридъ вылечилъ однажды фистулу тѣмъ, что ввелъ въ ея отверстіе очень тонкую растяжимую шейку бутылко-образнаго каучуковаго пузыря, раздулъ ее воздухомъ и получилъ такимъ образомъ крѣпкую пробку для фистулы, не пропускавшую ни капли мочи. Раффаэле (во Флоренціи) совѣтовалъ вызывать закрытіе фистулы давленіемъ посредствомъ введеннаго въ рукавъ пузыря на-

полняемаго воздухомъ. *Tomes de la Villanueva* достигалъ значительнаго улучшенія, т. е. удержанія мочи на нѣсколько часовъ тѣмъ, что заставлялъ пациентку лежать всегда на одномъ боку; впослѣдствіи пациентка выздоровѣла совершенно; о такомъ же случаѣ при пузырьно-маточныхъ фистулахъ рассказываетъ Гэбитъ. Одна пациентка не могла вынести катетера дольше 48 часовъ, поэтому Цехмейстеръ велѣлъ вводить его при ходьбѣ и стояніи черезъ  $\frac{1}{2}$  часа, при лежаніи положеніи черезъ каждые 2—3 часа.

Рейбо (въ Лионѣ) затыкалъ фистулу obturatorомъ, вводилъ въ рукавъ губки и укрѣплялъ ихъ Т-образной повязкой.

Феронъ (въ Парижѣ) употреблялъ сперва довольно долго свиной пузырь въ видѣ кольпейринтера, а потомъ каучуковый пессарій. Больная выздоровѣла, и спустя годъ послѣ излеченія фистулы родила безъ новаго поврежденія.

Марюэжу достигъ излеченія въ двѣ недѣли простымъ употребленіемъ Гарриелевскаго пессарія, и спустя нѣсколько мѣсяцевъ могъ удалить этотъ пессарій навсегда.

Корради вылечилъ одну больную, заставивъ ее носить золотую запонку, головка которой находилась въ мочевомъ пузырьѣ, шейка въ фистулѣ, а плоская ножка въ рукавѣ; сначала запонка придерживалась пинцетомъ; когда, спустя пять лѣтъ, она выпала, пациентка была здорова. Самопроизвольное исцѣленіе фистулъ въ короткое время, безъ всякаго мѣстнаго и общаго леченія видѣли Вернейль, Шуппъ, Ф. Винкель, Демоль, Гильдебрандтъ, Моно, Фрейндъ и др. Если ко всѣмъ этимъ сообщеніямъ еще прибавить, что въ числѣ излеченныхъ такимъ образомъ фистулъ были не только маленькія, но встрѣчались нерѣдко (Гутри, Маржоланъ, Гильдебрандтъ) и весьма значительныя, то конечно, все это даетъ право и даже налагаетъ обязанность во всякомъ случаѣ поддерживать подобныя способы закрытія фистулъ; для этой цѣли нужно удовлетворить двумъ показаніямъ, а именно—облегчить истеченіе мочи черезъ мочеиспускательный каналъ и воспрепятствовать истеченію ея черезъ рукавъ. Первое можно достигнуть введеніемъ въ мочевой пузырь эластическаго или металлическаго катетера, и если онъ плохо переносится; то нужно катетеризировать чрезъ каждые 1—3 часа, сначала чаще, потомъ рѣже. Второе достигаютъ тщательнымъ тампонируваніемъ рукава. Для этого лучше всего употреблять введенныя въ послѣднее время въ практику Эсмархомъ, обтянутыя полотномъ подушечки изъ салicyловой ваты, такъ какъ простая корпия и вата легко пропускаютъ въ мочевой пузырь мелкія частички, вокругъ которыхъ могъ бы образоваться камень. Кольпейринтеръ и губки представляютъ ту невыгоду, что не имѣютъ достаточнаго антисептическаго дѣйствія и не всегда лежатъ довольно плотно. При незначительномъ истеченіи тампонъ можетъ оставаться на мѣстѣ нѣсколько дней, при сильномъ—его нужно мѣнять ежедневно, опорожнивъ предварительно мочевой пузырь катетеромъ. Можно содѣйствовать заживленію фистулы соответственнымъ положеніемъ больной, именно: при боковыхъ фистулахъ на противоположномъ боку, или на животѣ. Есть однако авторы, которые высказываются противъ этого метода, какъ то: Вельпо, West, Бекеръ-Браунъ и др.; они утверждаютъ, что этотъ способъ слишкомъ раздражаетъ, что катетеръ рѣ-

нительно не переносится раздражительнымъ пузыремъ, вызывая судороги въ немъ, сильную боль въ животѣ, жжение, рвоту и другіе припадки. Это совершенно справедливо, но тогда нужно отказаться отъ продолжительнаго оставленія инструмента въ пузырь, повторяя введеніе его черезъ каждые два часа, или вовсе оставить его. Напротивъ, отъ упомянутаго выше тампона нечего опасаться какого-либо вреда, и каждый имѣеть полное право испытать этотъ способъ леченія какъ въ свѣжихъ, такъ и въ застарѣлыхъ случаяхъ. Попытку слѣдуетъ продолжать, очевидно, до тѣхъ поръ, пока улучшеніе замѣтно подвигается впередъ, и тогда нужно запастись терпѣніемъ на цѣлые мѣсяцы; но отъ такого образа дѣйствія, разумѣется, скоро приходится отказаться, если не наблюдается ни облегченія пациентен, ни замѣтнаго уменьшенія фистулы.

Въ такихъ случаяхъ возникаетъ вопросъ: показана ли операція фистулы и какая именно?

Отвѣтъ на первую часть этого вопроса зависитъ главнымъ образомъ отъ величины, мѣста, рода и осложненій фистулы; но и опытность оператора имѣеть существенное вліяніе: Симонъ устранилъ оперативнымъ путемъ не одну фистулу, излеченіе которой не удалось другимъ, также свѣдущимъ хирургамъ; это обстоятельство имѣло большею частью рѣшающее значеніе при отвѣтѣ на вторую часть вышесказаннаго вопроса, при рѣшеніи, какой родъ операціи наиболѣе цѣлесообразенъ въ данномъ случаѣ. Нельзя не признать, въ самомъ дѣлѣ, что чѣмъ чаще и вѣрнѣе достигалось въ послѣднее время различными авторами излеченіе этихъ поврежденій посредствомъ овровачиванія краевъ и наложенія швовъ, тѣмъ болѣе пренебрегали остальными методами леченія, или просто отвергали ихъ, какъ непригодные. Эд. Ф. Буке рѣшительно принадлежит та заслуга, что онъ снова выставилъ въ лучшемъ свѣтѣ послѣдніе и именно: прижиганіе, одно или съ послѣдовательнымъ непосредственнымъ соединеніемъ краевъ фистулы, и содѣйствовалъ болѣе справедливой ихъ оцѣнѣ. Онъ выставилъ совершенно вѣрное положеніе: «что пузырьно-влагалищныя фистулы, при ихъ большомъ разнообразіи, не соотвѣтствуютъ одному какому-нибудь показанію, одному изъ извѣстныхъ терапевтическихъ средствъ; но что всѣ эти средства могутъ оказывать въ извѣстномъ числѣ случаевъ услуги, за исключеніемъ остальныхъ, и что слѣдовательно всѣ они въ равной степени заслуживаютъ изученія».

§ 90. Разсмотримъ поэтому прежде всего прижиганіе, какъ средство для излеченія мочевыхъ фистулъ.

Оно имѣеть цѣлью вызвать на края раны или въ ея окружности образованіе болѣе или менѣе глубокаго струпа, съ тѣмъ чтобы по отторженіи его развивающіяся грануляціи и наступающее затѣмъ соращеніе рубца произвели закрытіе фистулы. Пользуются различными прижигающими средствами: каленымъ желѣзомъ и гальвано-каутеромъ, затѣмъ употребляютъ адскій камень, азотно-бислую окись ртути (Эрманнъ, Кузо), креозотъ (Эммертъ), сѣрную кислоту (Сунаръ, Дю-Мулэнъ, ванъ Веттеръ, Денеффъ, де Лоржъ и др.), хромовую кислоту (Денеффъ), Euphorbium (Сунаръ), ѣдкое кали (Денеффъ, ванъ-Веттеръ), хлористо-водородную кислоту, Вѣнское ѣдкое тѣсто и мн. др.



Смотря по интенсивности употребленія, ихъ дѣлятъ на быстро дѣйствующія и глубоко или поверхностно и медленно дѣйствующія *Caustica*. Бѣдья средства прикладываютъ или со стороны рукава на слизистую оболочку дѣтородныхъ органовъ въ окружности фистулы, или со стороны мочевого пузыря на его слизистую оболочку въ периферіи отверстія, или наконецъ на самый свищевой каналъ.

§ 91. Прижиганіе со стороны рукава, въ окружности фистулы, употребленное впервые Хеліусомъ въ 1844 г., производилось такимъ образомъ, что слизистую оболочку рукава, на разстояніи одного или нѣсколькихъ сантиметровъ отъ края фистулы, прижигали на довольно широкой поверхности, концентрической относительно фистулы, *Argento nitrico in substantia*; смотря по формѣ фистулы, контуръ прижигаемаго мѣста былъ круглый, или овальный, или эллиптической, или четырехъугольный. Супарь, Дю Муланъ, ванъ-Веттеръ и Денеффъ въ Бельгіи особенно занялись этимъ методомъ, и Супарь видоизмѣнилъ его въ томъ отношеніи, что вмѣсто простаго перифистулярнаго прижиганія онъ дѣлалъ перифистулярно-центростремительное, повторяя послѣдующія прижиганія все ближе и ближе къ отверстию фистулы, не касаясь однако ея краевъ; онъ пользовался какъ сѣрной кислотой, такъ и валенымъ желѣзомъ и гальвано-каутеромъ. Второе прижиганіе предпринимаютъ какъ только произойдетъ суженіе, отторгнется струпу и рана зарубцется.

§ 92. Самый старинный способъ прижиганія былъ, такъ-называемый промежуточный или интро-фистулярный, введенный Дезо; онъ состоялъ въ томъ, что прижигающія средства вводились внутрь, въ отверстіе самой фистулы, и каналъ ея равномерно прижигался кругомъ. Для этого употребляли опять-таки валеное желѣзо и адскій камень; послѣдній въ проводникахъ, которые могли проникнуть въ отверстіе фистулы и изъ которыхъ затѣмъ выдвигался карандашъ. Дюпюитренъ, Вельно, Лаллеманъ, Г. Симонъ, Супарь и мн. др. достигали излеченія этимъ способомъ. Иногда, въ добавленіе къ этому методу, прижигали и слизистую оболочку мочевого пузыря, чтобы и съ этой стороны произвести уменьшеніе отверстія фистулы. Дюпюитренъ и Вельно предложили инструменты, на концѣ которыхъ, въ загнутой подъ прямымъ угломъ части, помѣщался адскій камень; скользя равномерно вокругъ краевъ фистулы, онъ прижигалъ черезъ окошко окружающую пузырное отверстіе фистулы часть слизистой оболочки мочевого пузыря.

§ 93. Этотъ приемъ былъ однако улучшенъ Супаромъ, Денеффомъ и Буке тѣмъ, что они производили внутри-пузырное прижиганіе слѣдующимъ образомъ: они брали полый зондъ такой формы какъ маточный, но толще, и владывали въ него проводникъ, съ которымъ можно было соединить маленькую губку, пропитанную хромовой кислотой, или карандашъ адскаго камня. Затѣмъ фиксировали фистулу со стороны рукава указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, потомъ, опорожнивъ предварительно мочевой пузырь, проводили упомянутый зондъ черезъ моченспускательный каналъ до края фистулы и тогда

выдвигали проводникъ съ ѣдкимъ средствомъ; послѣднее, подѣ контролемъ находящагося въ рукавѣ пальца, обводилось въ пузырьѣ вокругъ края фистулы на разстояніи отъ него около 1—1,5 цтм. Такъ какъ прижиганія *per vaginam* и *per vesicam* не всегда концентрически совпадаютъ, то при перовномъ рубцованіи, какъ говорятъ, нерѣдко происходило болѣе быстрое уменьшеніе фистулы.

Эти три способа прижиганія отдѣльно, или въ соединеніи, или одинъ послѣ другаго, могутъ быть примѣнены какъ при фистулахъ мочеиспускательнаго канала, такъ и при пузырно-влагалищныхъ и пузырно-маточныхъ, и не только при маленькихъ, но и при болѣе объемистыхъ, имѣющихъ, напр. 2 и 3 цтм. въ поперечникѣ. Собрано 108 случаевъ, излеченныхъ прижиганіями, и между ними есть даже фистулы величиною до 5 и 6 цтм. (случай Нелатона, Пассамонти), которыя были вылечены этимъ способомъ. Авторы, наблюдавшіе и преслѣдовавшіе излеченіе, достойны довѣрія настолько, что сомнѣваться въ этихъ фактахъ нельзя. Противъ приема прижиганія можно было бы возразить, что возникающіе послѣ него въ окрестности отверстія рубцы ухудшаютъ шансы кровавой операціи; однако это опасеніе не подтвердилось при многочисленныхъ операціяхъ, которыя были произведены послѣ прижиганій. Зато болѣе сильное интра-фистулярное прижиганіе дѣйствительно оказалось вреднымъ вслѣдствіе увеличенія фистулы. Прижиганія особенно рекомендовали для цѣлаго ряда фистулъ, при которыхъ кровавая операція, повидимому, была противопоказана, стало быть при сидящихъ высоко въ переднемъ сводѣ рукава, гдѣ при наложеніи шва нѣсколько разъ захватывалась брюшина и вызывался смертельный перитонитъ. Далѣе, они были предложены для пузырно-маточныхъ фистулъ, съ цѣлью предотвратить соединеніе губъ маточнаго зѣва и избавить женщину отъ бесплодія; но при послѣднемъ предложеніи упустили изъ виду, что прижиганіемъ въ полости шейки также можно вызвать зарощеніе. При мочеточнико-маточныхъ и мочеточнико-влагалищныхъ фистулахъ конечно и не думали о прижиганіяхъ, такъ какъ съ закрытіемъ мочеточника немедленно наступили бы уремическія явленія.

§ 94. Скажемъ теперь нѣсколько словъ относительно самаго удобнаго времени для прижиганія и о производствѣ этой операціи. Заявленія относительно перваго весьма различны; нѣкоторые авторы хотятъ ждать подольше—до возможно полнаго зарубцовыванія первоначальныхъ краевъ фистулы,—напр. Нелатонъ, Вернейль, Трела, West, Симсъ, Шуппертъ,—и ждутъ поэтому 6—12 мѣсяцевъ; напротивъ другіе, какъ то Вельтгемъ, Бэкеръ-Браунъ и въ особенноти Ноттингемъ, который говоритъ, что видѣнная имъ у одной женщины черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ маленькая фистула, спустя еще 3 мѣсяца, увеличилась втрое, будто бы вслѣдствіе *coitus*, а за нимъ Веземанъ, Райтъ (Wright), Уарнеръ, Шуппертъ и др. совѣтуютъ приступать къ прижиганію какъ можно скорѣе. Продолжительность леченія прижженныхъ фистулъ говоритъ въ пользу послѣдняго приема, такъ какъ, по расчету Буке, она равнялась 41,1 дней въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ къ прижиганію приступали, спустя менѣе мѣсяца отъ начала болѣзни, 75,6—когда прижигать начинали

спустя 1—2 мѣсяца отъ начала, и среднимъ числомъ 115,8 дней, если леченіе предпринимали спустя болѣе 2 мѣсяцевъ; въ общей сложности, фистулы вылеченныя прижиганіемъ, требовали для своего излеченія среднимъ числомъ 77,5 дней. Относительно промежутка между отдѣльными прижиганіями мнѣнія также расходятся: одни выжидаютъ окончанія рубцеванія, другіе нѣтъ. Въ первомъ случаѣ пришлось бы иногда ждать цѣлые мѣсяцы; впрочемъ, по свидѣтельству Супара и Буке и по даннымъ моего опыта, болѣею частью бываетъ достаточно отъ 14 дней до 3-хъ недѣль. Прижиганіе противопоказано только при очень большихъ потеряхъ вещества и при фистулахъ мочеточниковъ; оно примѣнимо у беременныхъ, у которыхъ Денеффъ и Буке не разъ производили его и безъ вреда на большомъ пространствѣ сѣрной кислотой.

Какъ на преимущество каутеризаціи указывали на то обстоятельство, что къ ней не нужно готовить пациентву; но въ этомъ нѣтъ надобности и при Симоновскомъ методѣ. Прижиганіе можно, конечно, производить при всѣхъ тѣхъ положеніяхъ пациентки, которыя употребляются при кровавой операціи; само собою разумѣется, что приступая къ нему, нужно также хорошо обнажить фистулу, какъ еслибы собирались дѣлать кровавую операцію. П о с л ѣ д о в а т е л ь н о е л е ч е н і е весьма ничтожно. Такъ какъ наркотизировать болѣею частью не нужно, то, какъ скоро нейтрализующими, герм. прохладжающими средствами предупреждено вредное вліяніе ѣдкаго вещества на сосѣдніе органы, пациентка можетъ тотчасъ послѣ операціи встать, приняться за свои занятія. Вставлять катетеръ излишне, оставлять его постоянно въ пузырьѣ даже вредно. Защитники прижиганія утверждаютъ, что тампонація рукава бесполезна и вредна. Боли, остающіяся послѣ прижиганія, нужно устранять примѣненіемъ холода: введеніемъ губокъ, намоченныхъ въ холодной водѣ—лучше вводить въ рукавъ кусочки льда,—тепловатыми поясными ваннами, спринцованіями съ прибавленіемъ белладонны и экстракта опиѣ.

§ 95. Въ дополненіе къ прижиганію нужно упомянуть еще объ одномъ приѣмѣ, указанномъ впервые Негеле д. V. 1812, и состоящемъ въ томъ, что послѣ прижиганія для сближенія краевъ раны употребляютъ еще особенныя соединяющіе инструменты (щипцы, пинцеты, серфины,—даже шовъ), чтобы добиться заживленія. Первые инструменты, употребленные для этой цѣли, были очень объемисты и тяжелы; потомъ Теллинуччи, Монтесорь, Денеффъ и ванъ Веттеръ придумали пинцетообразные аппараты, не тяжелѣе пластинокъ и инструментовъ, употребляемыхъ при операціи фистулы Веземаномъ, Симсономъ, Этлемъ, Баттеемъ и др. Для этого приѣма конечно нужно, чтобы края фистулы могли быть сближены безъ слишкомъ большого напряженія, и нужно вызвать сперва энергическое образованіе грануляцій для соединенія поверхностей. Буке, который находитъ, что приѣмъ этотъ заслуживаетъ гораздо больше вниманія, чѣмъ ему до сихъ поръ оказывали, говоритъ: чѣмъ больше освѣженныя поверхности, тѣмъ больше шансовъ на излеченіе, и онъ нашелъ въ печати 35 случаевъ такого леченія, изъ которыхъ 25 окончились излеченіемъ, 4 улучшеніемъ и 3 смертью. Такъ какъ результатъ кровавой

операциі, выведенный Буке изъ 630 случаевъ операциій, произведенныхъ Жюберъ-де Ламбалеиъ, Фолленомъ, Боземаномъ, Монтеросомъ, де Рубэ, Бэкеръ-Брауномъ, Симономъ, Шуппергомъ и Курти равняется среднимъ числомъ 72<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, а эти 25 излеченій=71,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, то онъ полагаетъ, что этотъ способъ безъ сомнѣнія можетъ быть поставленъ рядомъ съ кровавой операцией. Я долженъ сознаться, что приведенные сейчасъ факты приводятъ меня къ прямо противоположному заключенію; я вывожу изъ нихъ, что этотъ способъ не можетъ конкурировать съ кровавой операцией, потому что онъ требуетъ гораздо больше времени; гораздо болѣзненнѣе, гораздо хлопотливѣе и при всемъ томъ едва настолько же успѣшенъ. Такимъ образомъ, я не вижу въ немъ ни одного преимущества, зато вижу разнаго рода невыгоды.

Вообще я долженъ констатировать, что несмотря на многочисленные благопріятные результаты, на которые, какъ мы видѣли, могутъ сослаться защитники прижиганія, мнѣнія бельгійскихъ и нѣмецкихъ авторовъ относительно его примѣненія прямо противоположны. Буке говоритъ: для большинства практикантовъ посредственное соединеніе фистулы имѣетъ преимущество по своей простотѣ, по легкости выполненія и по множеству другихъ выгодъ, и ничто не мѣшаетъ намъ сперва испробовать, какія услуги могутъ намъ оказать въ данномъ случаѣ различныя прижигающія средства. Но эти попытки нужно дѣлать методически и продолжать въ теченіи достаточно долгаго времени, чтобы дать себѣ точный отчетъ въ эффектѣ, на который можно надѣяться. Къ кровавой операциі нужно прибѣгать не раньше, какъ убѣдясь достаточно въ неэффективности прижиганія. — Въ противоположность этому, мнѣніе нѣмецкихъ авторовъ такое: что прижиганіе большихъ дефектовъ бесполезно, что болѣе интенсивныя прижиганія, въ особенности каленымъ желѣзомъ, сверхъ того часто бываютъ прямо вредны, потому что болѣею частью увеличиваютъ фистулу и превращаютъ ея края на широкое пространство вокругъ въ жесткую, неподатливую рубцовую ткань; далѣе, что благопріятнаго эффекта отъ прижиганія можно ожидать только при совершенно опредѣленныхъ условіяхъ: при маленькихъ дефектахъ и при убыли ткани съ гравиллирующими, не слишкомъ узкими краями, стало быть при свѣжихъ фистулахъ въ послѣродовомъ періодѣ, или при маленькихъ фистулахъ, которыя остаются въ видѣ пробѣловъ на линіи соединенія, или въ видѣ волосныхъ дырочекъ, послѣ предшествовавшей операциі. — Если прижиганіе не приводитъ быстро къ цѣли, то въ Германіи отъ него скоро отказываются, потому что иначе можно только испортить себѣ шансы послѣдующей кровавой операциі (Хегаръ I. с. р. 351). А что оно не приводитъ быстро къ цѣли, это намъ показали приведенныя выше цифры продолжительности леченія, тогда какъ сотни фистулъ совершенно излечивались въ нѣсколько дней одною кровавой операцией, произведенной опытнымъ и даже неопытнымъ операторомъ.

§ 96. Такъ какъ прижиганіями далеко не всегда удавалось достигнуть излеченія фистулъ, то уже первые авторы, занявшіеся леченіемъ этого страданія, стали предлагать искусственное прямое закрытіе. Коопхузенъ предложилъ въ 1663 освѣжать края и послѣдовательно накладывать обвивной шовъ. Швейцарецъ Фаціо въ 1752 г. въ первый разъ вылечилъ фистулу шиваніемъ. Послѣ

того шовъ опять былъ забытъ, пока Нэгеле не указалъ на него снова въ 1812 г., и съ тѣхъ поръ со всѣхъ сторонъ начали предлагать самые разнообразные виды наложенія швовъ. Назовемъ обвинной шовъ Нэгеле, Ру, Вутцера, узловатый шовъ Шрегера и Эрмана, фальцовый (Falznabt) Блазіуса, скорняжный шовъ Шрегера, Коломба, вертлюжный шовъ Бомона, шнуровальный шовъ Диффенбаха и Эмарха. Всѣ эти швы не принесли никакой особенной пользы, частью потому, что обнаженіе фистулы производилось неудовлетворительно, частью же потому, что освѣженіе состояло или въ однихъ лишь поверхностныхъ насѣчкахъ, или въ удаленіи каемки линейной толщины.

Также мало могла выиграть успѣшность операціи отъ перемѣны матеріала, которымъ шилъ, потому что употребленіемъ позолоченныхъ, серебряныхъ, стальныхъ, прямыхъ или изогнутыхъ серпомъ иглолетъ, или же длинныхъ булавокъ, а также употребленіемъ нитокъ, шелка, золотой, желѣзной, серебряной проволоки не устранялись указанные выше причины неудачи. Въ дѣлѣ оперативнаго леченія мочевыхъ фистулъ далеко выдвинулись между всѣми другими три человѣка, сперва Жоберъ де Ламбалъ во Франціи въ 1834 г., потомъ Густавъ Симонъ въ Дармштадтѣ и послѣ него Маріонъ Симсъ въ Нью-Йоркѣ.

Симонъ, который въ 1853 г. показалъ, что главное значеніе нужно придавать акуратному освѣженію и тщательному наложенію швовъ, который, дѣлѣе, упростилъ послѣдовательное леченіе и усовершенствовалъ производство операціи въ очень трудныхъ случаяхъ, оказалъ этимъ ту величайшую услугу, что передалъ возможность излеченія фистулъ изъ рукъ нѣсколькихъ, немногихъ специалистовъ въ руки большаго ряда хирурговъ и гинекологовъ.

Кровавое соединеніе можно предпринимать во всѣхъ возрастахъ и во всякое время; его предпринимали съ успѣхомъ какъ въ дѣтскіе годы, напр. Г. Симонъ въ 1866 г. у 8-ми-лѣтней дѣвочки (Наблюд. № 9), такъ и послѣ 60 лѣтъ; какъ во время менструаціи, такъ и во время беременности, причѣмъ однако наблюдали также преждевременные роды вслѣдствіе операціи (Шварцъ). Противупоказаніемъ для операціи, кромѣ рака рукава и матки, служить только состояніе такой слабости, при которой нужно и безъ того ожидать скорого смертельнаго исхода, какъ напр. въ одномъ изъ моихъ случаевъ, гдѣ чрезвычайно быстро развившаяся творожистая пневмонія въ короткое время положила конецъ жизни пациентки. Въ подобныхъ случаяхъ, конечно, уже не слѣдуетъ оперировать, потому что потеря крови, боли, продолжительное неудобное положеніе и употребленіе хлороформа въ высшей степени опасны для такихъ больныхъ, такъ что онѣ могутъ погибнуть во время операціи.

§ 97. Хотя мнѣнія операторовъ относительно самаго выгоднаго для производства операціи времени прежде сильно расходились, такъ что Нелатонъ, Вернейль, Симсъ и West совѣтовали предпринимать ее лишь черезъ 6—9 мѣсяцевъ, а другіе, какъ то: Кивишъ, Баверь-Браунъ, Боземанъ, Симонъ и Хегарь,—уже спустя нѣсколько недѣль послѣ происхожденія фистулы въ родильномъ состояніи, все-таки можно утверждать, что цѣлый рядъ удачно произведенныхъ раннихъ операцій служить въ настоящее время самымъ луч-

шимъ доказательствомъ правильности предписанія—не откладывать операциі долѣе 6—8 недѣль послѣ родовъ. Я нѣсколько разъ вылечивалъ большіе дефекты промежности въ теченіи первыхъ 6 недѣль post partum, широко освѣжая края и накладывая многочисленныя швы въ одинъ сеансъ безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій, а Хегаръ постоянно вылечивалъ фистулы первой операцией, спустя 6—8 недѣль послѣ родовъ. Хегаръ справедливо ссылается на то, что этимъ существенно упрощается леченіе другихъ существующихъ одновременно страданій. Большинство пациентовъ и безъ того придутъ къ врачу съ просьбою «какъ можно скорѣе», и ужъ одна возможность не заставлять ихъ еще цѣлыя мѣсяцы носиться съ ужаснымъ страданіемъ должна бы говорить въ пользу ранняго приступленія къ операциі, противъ чего нѣтъ никакихъ основательныхъ доводовъ. Если даже края раны дѣйствительно не совсѣмъ еще зарубцевались, то ихъ все-таки можно хорошенъко освѣжить, и при этомъ представляется еще та выгода, что края еще довольно подвижны и не успѣли фиксироваться рубцовыми пучками и истончиться; при томъ они въ это время еще богаче кровью, пластичнѣе и стало бытъ ихъ легче заживить. При фистулахъ, произведенныхъ камнями мочевого пузыря и пессаріями, нужно сперва вылечить крупозный циститъ и кольпитъ, слѣдовательно къ операциі можно приступитъ лишь черезъ нѣсколько недѣль послѣ происхожденія фистулы, когда рана очистится.

§ 98. Когда время для операциі назначено, приходится во многихъ случаяхъ еще рѣшить вопросъ, не нужны ли какія-нибудь особенныя приготовленія для операциі. На вопросъ этотъ въ большинствѣ случаевъ нужно отвѣчать просто отрицаніемъ; а именно, никакихъ особенныхъ приготовленій не нужно, если нѣтъ обширныхъ рубцовыхъ шнурковъ или многочисленныхъ язвъ ругана и in vulva. По наблюденіямъ Симона, даже въ случаѣ присутствія первыхъ иногда бываетъ удобіе соединить мѣры, подготовляющія обнаженіе фистулы, непосредственно съ самою операцией, а не принимать ихъ нѣсколькими днями раньше; такъ напримѣръ при методѣ Боземана, состоящемъ въ постепенномъ расширеніи рубцовыхъ перетяжекъ надрѣзами, дѣлаемыми въ нихъ и черезъ нихъ, и владываніи каучуковыхъ тампоновъ, надрѣзы эти раздвигаются тампонами и въ ранахъ задерживается гной и стекающая моча. При этихъ условіяхъ можетъ произойти Colpitis, Cystitis, а если открыта тазовая соединительная ткань, то нагноеніе въ послѣдней: Parametritis, Pelveo-peritonitis, подвергающія опасности жизнь больной, что и случилось два раза при состязаніяхъ Симона и Боземана (случай 3 и 4). Во всякомъ случаѣ, по свидѣтельству самаго Симона, быстрое расширеніе надрѣзами труднѣе и требуетъ нерѣдко большой опытности, такъ что неопытнымъ не удается достигнуть цѣли этимъ приемомъ.

Затѣмъ, приготовительными средствами можно назвать еще развѣ только шприцованія genitalium, теплую ванну, усиленное кормленіе для улучшенія общаго состоянія пациентки, и повторныя точныя изслѣдованія ея. Послѣднія совершенно необходимы: 1) чтобы точнѣе рас-

познать величину, положеніе, осложненія фистулы, 2) чтобы испытать, при какомъ положеніи больной ее можно увидѣть всего лучше и обнажить всего легче, 3) какойъ выбрать способъ освѣженія и какой шовъ, чтобы не потерять при самой операціи слишкомъ много времени на эти изслѣдованія.

§ 99. Когда вопросъ о способѣ и времени операціи выяснился и собираются приступить къ дѣлу, тогда прежде всего нужно придать пациенткѣ соответственное положеніе. Диффенбахъ, Жюберъ, Бэверъ-Браунъ и др. вложи женщину большею частью просто на спину или въ положеніе при камнелеченіи. При этомъ положеніи очень хорошо обнажаются глубокия фистулы, хлороформированіе идетъ легко и быстро, и оно удобно для женщины; но при немъ, вслѣдствіе наклоненія таза, нельзя достаточно обнажить выше лежащія фистулы; поэтому Г. Симонъ превратилъ его въ такъ-называемое задоспинное (Steissrückenlage) положеніе, при которомъ пациентка лежитъ на спинѣ съ задомъ приподнятымъ такъ высоко, чтобы онъ стоялъ немного выше уровня нижней части живота и груди. Бедрa пригибаются взадъ, въ животу и боковымъ частямъ груди и сильно натягиваются, тѣмъ сильнѣе, чѣмъ выше сидитъ фистула; такимъ образомъ получается совершенно свободное операціонное поле, помощники могутъ дѣйствовать съ полной увѣренностью, можно употребить нѣсколько зеркалъ и боковые рычаги для всесторонняго растяженія свода рукава, хлороформировать очень удобно,—но это положеніе, не смотря на то, что голова поддерживается подушкой, все-таки очень неприятно для больной, стѣсняетъ ее, чрезвычайно утомительно, и многія послѣ него чувствуютъ себя разбитыми на нѣсколько дней.

По отношенію къ удобству пациентки рѣшительно слѣдуетъ рекомендовать положеніе на боку, и именно на томъ боку, который соответствуетъ положенію фистулы. Оно всего меньше требуетъ помощи со стороны ассистента, это самое непринужденное положеніе, позволяющее также хлороформировать безъ затрудненія, и его можно соответственно измѣнять для высокихъ или глубокихъ фистулъ, приподнимая или опуская туловище. Для непривычнаго дѣйствовать инструментами и хорошо обнажать фистулу при этомъ положеніи, въ началѣ будетъ конечно труднѣе ориентироваться при немъ, чѣмъ при задоспинномъ. Главнѣйшимъ защитникомъ его является Симсъ.

Ученикъ его Н. Боземанъ однако снова отсталъ отъ этого положенія и при своихъ операціяхъ предпочитаетъ исключительно коленно-локтевое, которымъ пользовались уже Шрегеръ, Вутцеръ и Симпсонъ. Въ виду наркоза пациентку приходится, конечно, укрѣпить. Боземанъ употребляетъ кромѣ того свое особенное зеркало, состоящее изъ двухъ боковыхъ жолобовъ, соединенныхъ металлическою дугой, на которой находится движущійся винтъ; раздвинувъ желоба до извѣстной степени можно вставить между ними жолобъ для задней стѣнки рукава. Что при такомъ положеніи и съ такимъ зеркаломъ можно превосходно обнажить фистулу, очень хорошо видѣть ее во все время операціи и прослѣдить результатъ каждаго разрѣза и каждаго шва,—въ этомъ Симонъ убѣдился при одной операціи Боземана; онъ находитъ однако, что при коленно-локтевомъ положеніи такъ трудно дѣйствовать инструмен-

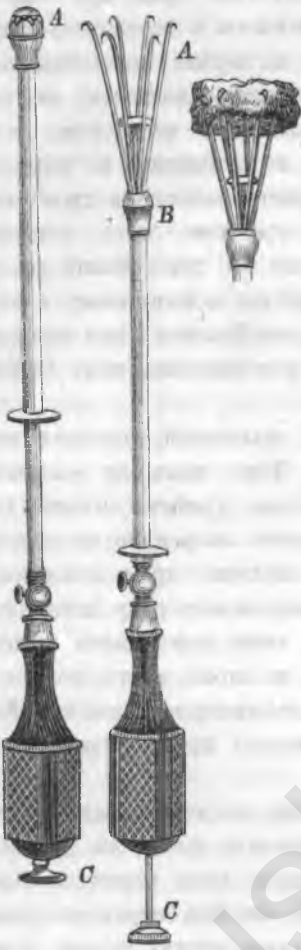
тами, что Боземанъ долженъ былъ при всѣхъ фистулахъ, даже при такихъ, которыя вообще обнажаются легко, употреблять ножницы и отрѣзывать всегда очень широкую часть края, тогда какъ Симонъ, по весьма разнообразнымъ причинамъ, отдаетъ преимущество ножу и щадить ткань, насколько это возможно. Какъ бы то ни было, колѣнно-локтевое положеніе, неоспоримо, есть самое неудобное для пациентки, самое неприятное по отношенію къ наркотизаціи, самое сложное изъ-за необходимости фиксировать больную и кромѣ того самое стѣснительное для оператора, потому что при немъ ноги мѣшаютъ больше чѣмъ при всякомъ другомъ положеніи, — все это такіе вѣскіе доводы противъ него, что всегда будутъ отдавать преимущество задоспинному и боковому положенію, особенно теперь, когда оказалось, что Боземанъ при конкурсныхъ операціяхъ достигалъ съ нимъ не лучшихъ результатовъ, чѣмъ Симонъ съ задоспиннымъ.

Когда больная приведена въ одно изъ этихъ положеній, ассистенты должны тщательно удерживать ее въ немъ. Такъ какъ въ состояніи наркоза часто случается, что пациентки, чувствуя боль, дѣлаютъ сильныя движенія, отодвигаютъ ассистентовъ и внезапно смѣщаютъ операціонную область, то я нѣсколько разъ пробовалъ предупредить это смѣщеніе при помощи кожаного, подбитаго мягкой подушкой тазевого пояса шириною въ руку, который бы крѣпко пристегивалъ тазъ пациентки къ столу. Но часть этого пояса ложится на животъ между *Spinae ant. sup.* и давитъ на него въ этомъ мѣстѣ, поэтому у меня раза два произошла неприятная случайность асфиксіи во время сна подъ хлороформомъ, и я пересталъ употреблять этотъ способъ прикрѣпленія.

§ 100. Наркотизація нужна не всегда, и уложивъ пациентку соответственнымъ образомъ, можно прямо приступить къ обнаженію фистулы. Для этой цѣли Жюберъ и Симонъ оттягивали внизъ матку, тогда какъ Симсъ и Боземанъ совсѣмъ не смѣщаютъ фистулы и оперируютъ *in situ*. Всѣ операторы прежде всего приподнимаютъ желобомъ или пластинкой заднюю стѣнгу рукава, и потомъ раздвигаютъ боковыя стѣнки боковыми рычагами. Если пациентка находится въ задоспинномъ или въ боковомъ положеніи и передняя стѣнка рукава выпячивается подъ фистулой внизъ, то нужно поднять ее Симоновскимъ подъемникомъ для рукава, или же оттянуть ее при помощи простыхъ или двойныхъ крючковъ такъ далеко внизъ, что растянутая фистула становится легко доступною зрѣнію. Если верхній край ея находится очень высоко, вблизи матки, то доступъ къ нему можно облегчить, оттягивая каждую изъ губъ матки внизу крючкомъ, или же проведя черезъ нихъ пару крѣпкихъ шелковинокъ, которыя связываютъ узломъ и даютъ держать ассистенту (ср. рис. 26, 45 и 48). За эти шелковинки осторожно оттягиваютъ шейку внизу настолько, что верхній край фистулы становится нижнимъ, а передній верхнимъ. Отъ этого оттягиванія внизу однако нужно отказаться, если матка фиксирована рубцовыми шнурами, или если существуетъ вѣроятность сращеній вслѣдствіе предшествовавшихъ воспалительныхъ процессовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно совершенно обойтись безъ смѣщенія матки, хотя бы даже не было сомнѣній въ его выполнимости, а именно тогда дефектъ не великъ и пузырьно-влага-



Рис. 28.



лишняя стѣнка легко подвижна. Особенно важно въ точности опредѣлить и обнажить концы, выступы, углы фистулы, потому что даже самымъ искуснымъ операторамъ, напр. Симону при конкурсной операциі № 4, доводилось не вполне зашить фистулу, вслѣдствіе того, что складка, прикрывавшая одинъ изъ краевъ, мѣшала хорошенько освѣжить и соединить. Предлагали различныя средства для избѣжанія подобныхъ ошибокъ: во первыхъ, пробовали растягивать края фистулы во все стороны со стороны ругава. — Шассенъ якъ устроилъ для этой цѣли инструментъ (рис. 28), который вводится закрытымъ, раскрывается потягиваніемъ за поршень и выпускаетъ наружу 6 крючковъ, которые вкалываются въ края фистулы со стороны пузыря и позволяютъ вытянуть ихъ равномерно по окружности. Подобный этому, но захватывающій не такъ крѣпко и всесторонне инструментъ предложенъ Розеромъ (рис. 29). Но такъ какъ при самомъ удаленіи краевъ фистулы всегда приходится тщательно захватить и соответственно натянуть ихъ въ данномъ мѣстѣ, то этимъ сложнымъ аппаратомъ рѣшительно нужно предпочесть простые, довольно длинныя крючковатыя линцеты, такіе какъ изображенныя здѣсь, Симона и Матѣ (рис. 30 а и в), или крючковатыя щипцы Розера и Симона (рис. 31 а, в), или простые и двойныя крючки (рис. 33).

По такой же причинѣ не вошли во всеобщее употребленіе все тѣ зеркала, которыя были предложены съ цѣлью уменьшенія числа ассистентовъ и упрощенія ихъ помощи, какъ нарисованное на стр. 140 зеркало Маріонъ Симса (рис. 34), затѣмъ американскія и зеркало Спенсеръ Уэльса (см. рис. 35 и 36), которыя должны дѣйствовать, прикрѣпляя задній желобъ къ крестцовой кости, или удерживая въ тоже время обѣ стѣнки ругава; затѣмъ болѣе сложные аппараты Нейгебауэра, Ульриха и Бозсмана. Этими снарядами нельзя производить во время операциі всѣхъ тѣхъ маленькыхъ измѣненій въ положеніи фистулы и ея напряженіи, которые могутъ быть сдѣланы въ каждое мгновеніе внимательнымъ ассистентомъ, которому стоитъ только немного измѣнить положеніе ручки зеркала. — Если расправленію свищевыхъ ходовъ мѣшаютъ крѣпкіе рубцовые шнурки, то ихъ нужно надрѣзать или прорѣзать вожомъ.

§ 101. За полнымъ обнаженіемъ фистулы слѣдуетъ освѣженіе ея краевъ. При этомъ опять различныя авторы употребляютъ различныя инструменты; именно Симонъ и Симсъ пользуются только прямыми или кольцеобразно изо-

Рис. 29.



Рис. 30 а.

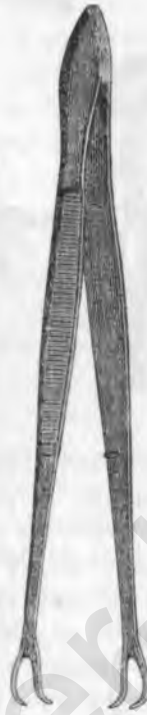


Рис. 30 б.



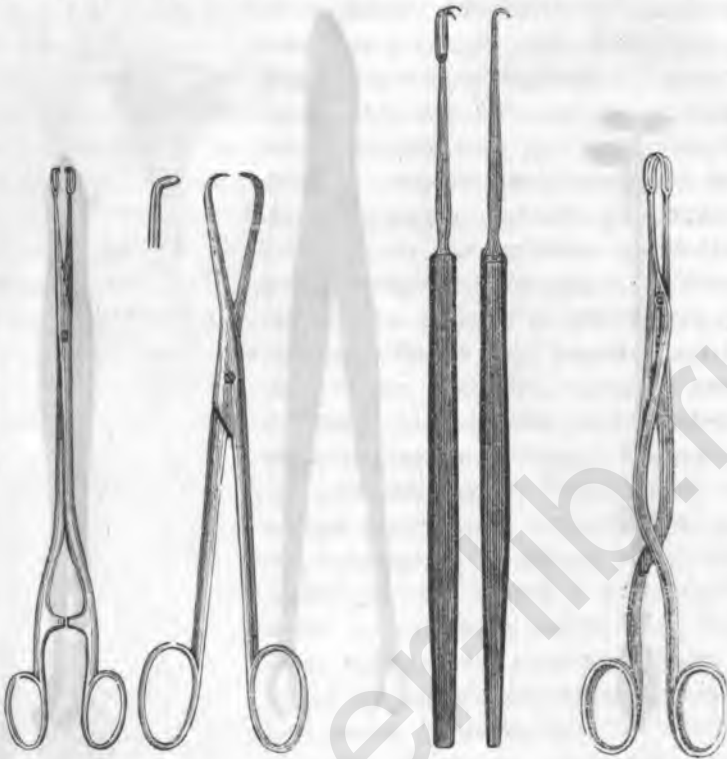
гнутыми ножами на длинном стержнѣ, закругленными или заостренными на концѣ (см. рис. 37), тогда какъ Боземанъ прокалываетъ нижній край фистулы. ножомъ, а потомъ оканчиваетъ освѣженіе всего края кривыми ножницами Симонъ ставитъ въ уворъ ножницамъ то обстоятельство, что ими легче разможжить ткань и что они производятъ большую потерю вещества, вслѣдствіе чего при пузырьно-влагалищныхъ фистулахъ, сдѣяшихъ вблизи мочеиспускательнаго канала, можно произвести порѣзы, опасныя для удержанія мочи; но Симонъ согласенъ съ тѣмъ, что ножницами легче оперировать въ глубокихъ полостяхъ, потому что тамъ фистулы трудно доступны для ножа. Зато постепенное снесеніе краевъ, которое продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до совершенно здоровой ткані, онять таки составляетъ большое преимущество ножа передъ ножницами вслѣдствіе сбереженія вещества. При освѣженіи стремятся, конечно, получить широкіе, гладкіе, свободные отъ рубцовой ткані, богатые кровью края, поэтому спорили также и о томъ, слѣдуетъ ли для полученія широкой поверхности освѣжать ихъ по плоскости, щадя слизистую оболочку мочеваго пузыря (предписаніе американцевъ), или срѣзывать въ крутомъ косвенномъ направленіи, не обращая вниманія на слизистую оболочку пузыря (по г. Симону). При первомъ методѣ конечно легче избѣгнуть кровопливанія въ пузырь. Хегаръ начинаетъ освѣженіе въ крутомъ косвенномъ направленіи и оканчиваетъ его въ формѣ плоской воронки, если въ краяхъ раны есть еще рубцовая ткань; онъ приводитъ въ пользу этого приема совершенно

Рис. 31 а.

Рис. 31 б.

Рис. 33.

Рис. 32.



основательный доводъ, что при немъ приносится въ жертву меньше ткани, чѣмъ тогда, когда ведутъ разрѣзь, строго держась круто-косаго направленія, внаружи отъ рубцовой ткани.

Рис. 34.



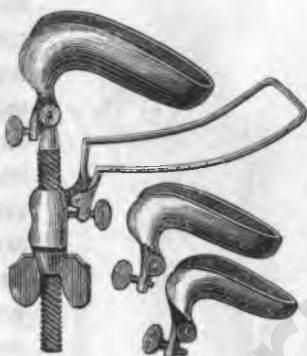
Чтобы держаться по возможности на равномерномъ разстояніи отъ краевъ фистулы и не освѣжить, вслѣдствіе напряженія ихъ, слишкомъ далеко въ такомъ направленіи, что это можетъ помѣшать послѣдующему соединенію, — полезно наметить заранѣе кончикомъ скальпеля на слизистой оболочкѣ рукавату часть, которая должна быть вырѣзана. При этомъ уже нужно присмотрѣться, въ какомъ направленіи всего легче произвести соединеніе краевъ, — въ поперечномъ, продольномъ или косомъ. Прежде чѣмъ начать срѣзывать края, нужно вправить и удержать на мѣстѣ слизистую оболочку мочевого пузыря, если она выпячивается черезъ фистулу. Для этого можно просунуть въ пузырь губку, снабженную ниткой, или ассистентъ можетъ прямо отодвинуть слизистую оболочку губкодержателемъ съ маленькой губкой.

Но этого можно достигнуть также введеніемъ въ пузырь довольно толстаго катетера; такимъ инструментомъ, толщиной въ маленькій палець, можно очень хорошо воспользо-

Рис. 35.



Рис. 36.



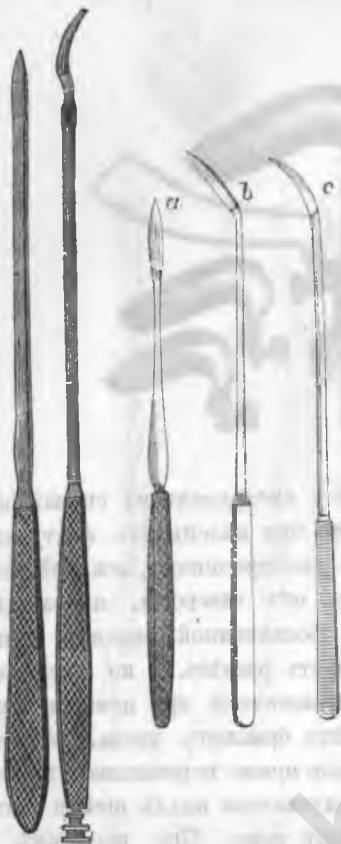
ваться, чтобы придвигать всю фистулу навстрѣчу инструментамъ оператора и натягивать ее подъ ними,—всего лучше конечно при маленькихъ фистулахъ.

Затѣмъ, проколовъ сперва, по извѣстнымъ уже причинамъ, лежащій внизу край фистулы на разстояніи около 1—1,5 цтм. отъ отверстія, производятъ освѣженіе равномерными движеніями ножа по обозначенной заранѣ линіи, причемъ ассистентъ постоянно тщательно очищаетъ разрѣзъ, и по временамъ споласкиваютъ вытекающую кровь, уменьшая кровотеченіе при помощи ирригатора съ холодной водой. Артеріи, изъ которыхъ брызжетъ кровь, захватываютъ торзіоннымъ пинцетомъ и скручиваютъ, или прямо перевязываютъ. Всего опаснѣе большая *Arteria vesico-uterina*, которая опускается подлѣ шейки матки и рукава и достигаетъ иногда толщины вороньяго пера. При перевязкѣ ея можно выводить нитку лигатуры внаружи черезъ рану, такъ какъ Симонъ констатировалъ, что это не неизбѣжно мѣшаетъ заживленію первымъ натяженіемъ. Болѣе мелкія перерѣзанныя, зажатая или перевязанныя артеріи коротко обрѣзаютъ передъ наложеніемъ шва и зажимаютъ самымъ швомъ. Артеріи средней величины всегда можно охватить обкалывающими швами параллельно ранѣ.

§ 102. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что при освѣженіи краевъ можетъ быть перерѣзанъ мочеточникъ, если фистула не мала и лежитъ болѣе сбоку. Это можно узнать по истеченію мочи изъ маленькаго отверстія, черезъ которое легко можно провести зондъ на значительное пространство взади и кверху. Разумѣется нужно постараться ввести отверстіе мочеточника въ пузырь, стало быть наладывать шовъ нужно подъ нимъ. Сообразно этому, если мочеточникъ фиксированъ въ одномъ изъ краевъ раны, его нужно разсѣчь на нѣкоторомъ протяженіи по направленію къ пузырю, и внаружи отъ его отверстія можно расширить освѣженное пространство въ формѣ плоской воронки, чтобы получить подъ нимъ достаточное количество ткани для соединенія. Устья мочеточниковъ въ пузырь соответствуютъ, по свидѣтельству Симона (ср. рис. 39 по Лущкѣ), точкѣ рукава, лежащей около 1 цтм. внаружи отъ наружнаго

Рис. 37.

Рис. 38.

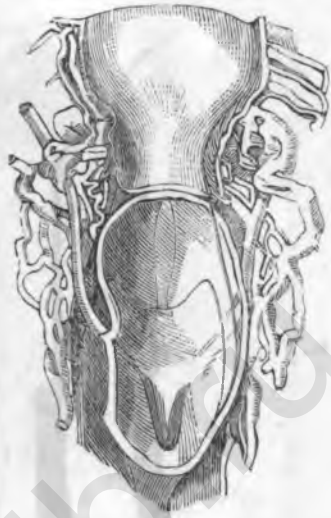


края *oris uteri* и около  $\frac{1}{4}$  цтм. передъ нимъ; Симонъ оперировалъ цѣлый рядъ фистулъ, сидѣвшихъ на этихъ мѣстахъ или простиравшихся до тѣхъ мѣстъ, гдѣ находятся мочеточники, но не наблюдалъ симптомовъ, которые бы съ положительностью указывали на зарощеніе мочеточника, и не особенно часто видѣлъ происхожденіе отверстія въ соотвѣтственномъ мѣстѣ. Такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ мочеточникъ или не былъ захваченъ, или захваченный не закрылся, или же нитка такъ быстро прорѣзала стѣнку между пузыремъ и мочеточникомъ, что продолжительной задержки мочи не произошло. Если мочеточникъ выдается въ фистулѣ въ видѣ маленькаго шнура, то его можно отодвинуть къ пузырю. Если же, не смотря на всѣ мѣры предосторожности, послѣ операціи появляются признаки застоя мочи, сильныя коликообразныя боли, распространяющіяся отъ почекъ вдоль мочеточниковъ и въ стороны, рвота и пр., то нужно немедленно удалить швы. Наконецъ, передъ наложеніемъ швовъ нужно еще разъ въ точности убѣдиться, что поверхность раны всюду гладка и окружаетъ всю фистулу. Маленькіе выступы нужно срѣзать кривыми ножницами.

§ 103. Когда край фистулы совершенно готовъ для шва, то спрашивается, какимъ матеріаломъ нужно шить. Каждый изъ главныхъ авторовъ защищаетъ, конечно, тотъ матеріалъ, который употреблялъ самъ; такъ Симонъ стоитъ за тонкій китайскій шелкъ, Симсъ за серебряную проволоку, также какъ Боземанъ и Хегаръ. Я пользовался для шва шелкомъ, серебряной и желѣзной проволокой, а въ одномъ случаѣ, при длинной, не сильно напряженной фистулѣ даже катгутомъ, и во всѣхъ этихъ случаяхъ достигалъ излеченія. Симонъ хулитъ проволоку въ томъ, что вокругъ нея легко образуются камни. Но это также легко случается и при шелковыхъ ниткахъ (напр. въ 17 случаѣ Симона), а послѣднія не могутъ оставаться на мѣстѣ такъ долго какъ проволока. Поэтому если, имѣемъ дѣло съ сильнымъ напряженіемъ, съ очень большими дефектами, если хотимъ оставить швы на 8—10 дней и болѣе, — тогда безусловно слѣдуетъ предпочесть желѣзную или серебряную проволоку. Еще недавно я удалил изъ пузырно-влагалищной стѣнки желѣзную проволоку, которая пролежала въ ней больше 10 недѣль, не оставивъ слѣда мѣстнаго раздраженія. Самое лучшее выбирать подходящій матеріалъ для каждаго отдѣльнаго случая, можно даже употреблять разнородный матеріалъ, напримѣръ проволоку наряду съ шелкомъ. Pippingskoeld употребляетъ швы попеременно

Рис. 39.

изъ желѣзной и мѣдной, или желѣзной и серебряной проволоки съ промежутками между ними въ 1 цтм., и говорить, что достигалъ этимъ гальваническимъ швомъ успѣшныхъ результатовъ въ таиныхъ случаяхъ, гдѣ соединеніе обыкновенными металлическими швами не удавалось. Иголки (рис. 40), которыми проводятся нити, берутъ или кривыя съ ушками, различной величины и различно изогнутыя и вваливаютъ ихъ въ край раны при помощи иглодержателя Симона (рис. 41) или Розе (рис. 42); или же длинныя, полныя иглы, какъ Симпсоновскія (рис. 44), или Salter'a (рис. 43), которыми можно иногда проколоть оба края вмѣстѣ.



Прежде вваливали иглы и проводили швы на различномъ разстояніи отъ края раны, и Симонъ, Кюхлеръ употребляли такъ называемый двойной шовъ, при которомъ швы, накладываемые дальше, на 1—1½ цтм., называли разслабляющими, а ближайшіе соединительными швами (рис. 47). Въ послѣднее время Симонъ самъ отсталъ отъ этихъ разслабляющихъ швовъ (ср. рис. 45) и сталъ накладывать всѣ швы сплошь на разстояніи 4—5 мм. Гдѣ ширина освѣженнаго пространства значительна, тамъ не нужно прокалывать слизистой оболочки мочевого пузыря: Симонъ большую часть захватывалъ и ее, но не всегда (ср. рис. 45), а Симсъ и др. избѣгали этого. Между швами оставляютъ промежутки въ 3—4 мм. Но прежде чѣмъ начать соединять ихъ, нужно еще разъ очистить всю поверхность раны и сполоснуть ее холодной водой, чтобы между соединяемыми поверхностями не попало кровяныхъ сгустковъ или иныхъ постороннихъ тѣлъ. При стягиваніи швовъ происходитъ соединеніе, или въ поперечномъ, или въ продольномъ, или въ косомъ направленіи. Первое самое лучшее, потому что при немъ напряженіе всего меньше. Симонъ всегда и вполне основательно соединялъ въ направленіи, соответствующемъ самому длинному размѣру фистулы. При треугольныхъ фистулахъ, обращенныхъ основаніемъ къ мочеиспускательному каналу, а верхушкой къ маточному зѣву, и при большихъ четырехъугольныхъ дефектахъ онъ давалъ закрытому дефекту даже такую форму T и  $\wedge$ , и достигалъ излеченія. Онъ считаетъ недостаткомъ Боземановскаго метода то обстоятельство, что по причинѣ бокового растяженія рукава фистула всегда соединяется въ поперечномъ направленіи и приходится отказаться отъ другихъ родовъ пластики, кромѣ натяженія краевъ (ср. также 3 рис. 45, 46, 47).

При глубоко лежащихъ фистулахъ и при таиныхъ, которыхъ нельзя значительно оттянуть вблизи, не всегда бываетъ возможно завязать шелковыя нитки, и можетъ случиться, что нитка подается раньше чѣмъ будетъ завязанъ узелъ. Этого не можетъ случиться при скручиваніи проволоки. Боземанъ передъ скручиваніемъ концовъ проволоки накладываетъ на рану свинцовую пластинку

Рис. 44.

Рис. 43. Рис. 40.

Рис. 41. Рис. 42

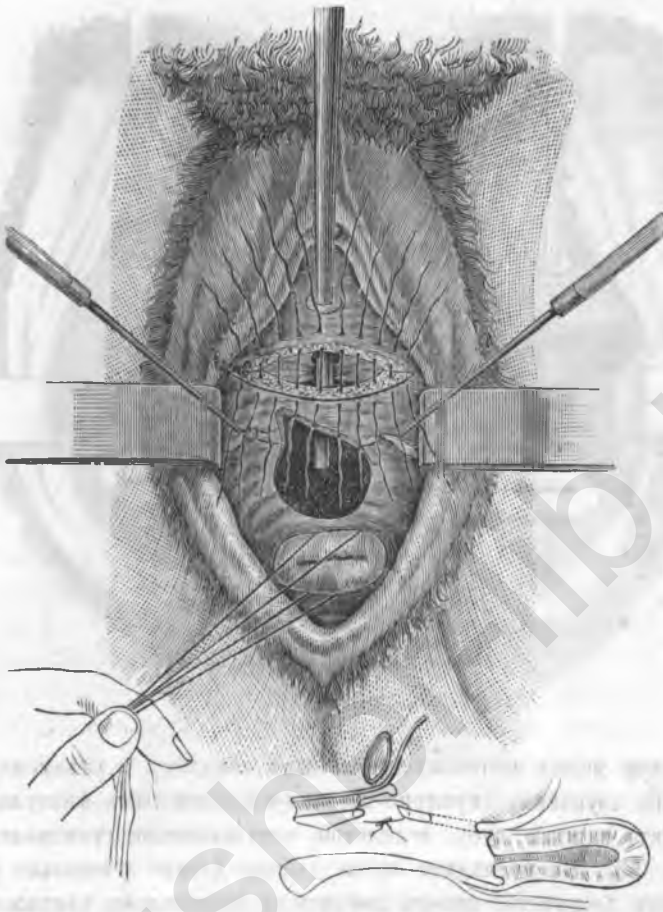


и прижимаетъ ее проволокой къ краямъ. Затѣмъ онъ еще проводитъ проволоку черезъ просверленные дробинки, — способъ соединенія чрезчуръ сложный для того, чтобы распространиться, и притомъ не могущій похвалиться лучшими результатами, чѣмъ простое, прямое соединеніе шелковыми нитками или скручиваніе проволоки прямо надъ раной. Проволока, употребляемая Боземаномъ, очень толста и онъ оставляетъ между швами промежутки въ 1 цтм.

Когда швы соединены и концы ихъ коротко обрѣзаны, тогда нужно опорожнить мочевой пузырь катетеромъ и затѣмъ прошипринцовать его слабымъ растворомъ салициловой кислоты; это служитъ вмѣстѣ испытаніемъ удалось ли соединеніе вполне, такъ что больше не проходитъ ни капли мочи. Упущеніе этой пробы можетъ, какъ случилось съ самимъ Симономъ, сдѣлать необходимымъ повтореніе операціи нѣсколько разъ.

§ 104. Послѣдовательное леченіе чрезвычайно упрощено Симономъ. Пациентки могутъ мочиться когда ощущаютъ потребность, могутъ, если чувствуютъ себя вообще довольно сильными, встать, и ходить, а на 4—5 день, — если были употреблены шелковые швы, при другихъ позднѣе, — могутъ явиться въ операціонную комнату и взойти на столъ, чтобы имъ удалили швы. Катетеръ вводится только въ такомъ случаѣ, если пациентка не можетъ мочиться сама. Боземанъ, напротивъ, поступаетъ гораздо активнѣе; онъ владываетъ надолго эластическій катетеръ въ пузырь, заставляетъ прополоскивать его нѣсколько разъ въ день и даетъ опій большими дозами. По моимъ опытамъ, совершенно простое послѣдовательное леченіе Симона далеко заслуживаетъ предпочтенія. Вырсыиванія въ рукавъ нужны только при очень зловонномъ

Рис. 45.



Шовъ по Симону при атрезіи моч. канала между двумя фистулами.

отдѣленіи. Нужно давать легковаримую пищу и заботиться о ежедневномъ испражненіи. Удаленіе швовъ производится осторожно, при шелковыхъ нитяхъ начиная съ 4—6 дня, при металлическихъ проволокахъ—съ 8 дня. Незажившія мѣста прижигаютъ адскимъ камнемъ.—Маленькія остающіяся отверстія можно заживить прижигающими средствами при соответственномъ положеніи пациента. Если это не удастся, то нужно приступить къ послѣдовательной операциі въ теченіи 3—4 недѣль.

Таковъ способъ леченія, приводящій въ большинствѣ случаевъ къ желанной цѣли при фистулахъ между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ и пузыремъ и рукавомъ. Но для пузырно-маточныхъ и мочеточниково-влагалищныхъ фистулъ необходимы особыя указанія.

§ 105. При поверхностныхъ пузырно-маточно-влагалищныхъ фистулахъ освѣжается передняя губа маточнато зѣва и пришивается къ нижнему краю фистулы, состоящему изъ пузырно-влагалищной стѣнки, или



Рис. 46.

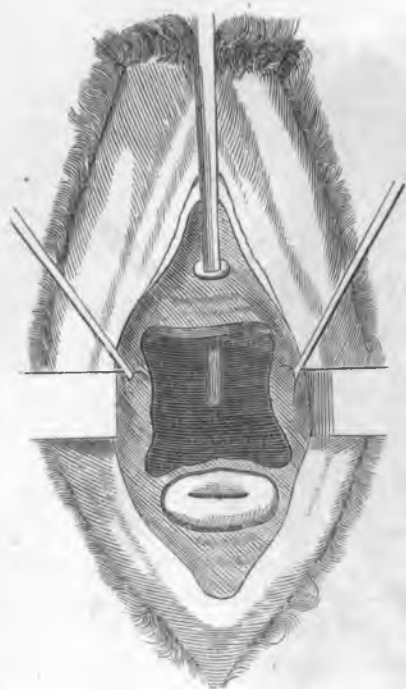
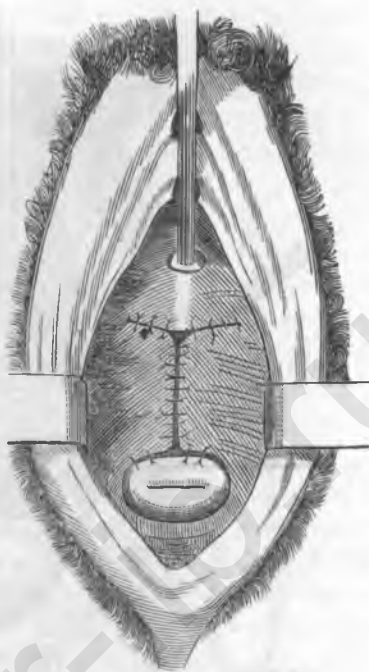


Рис. 47.



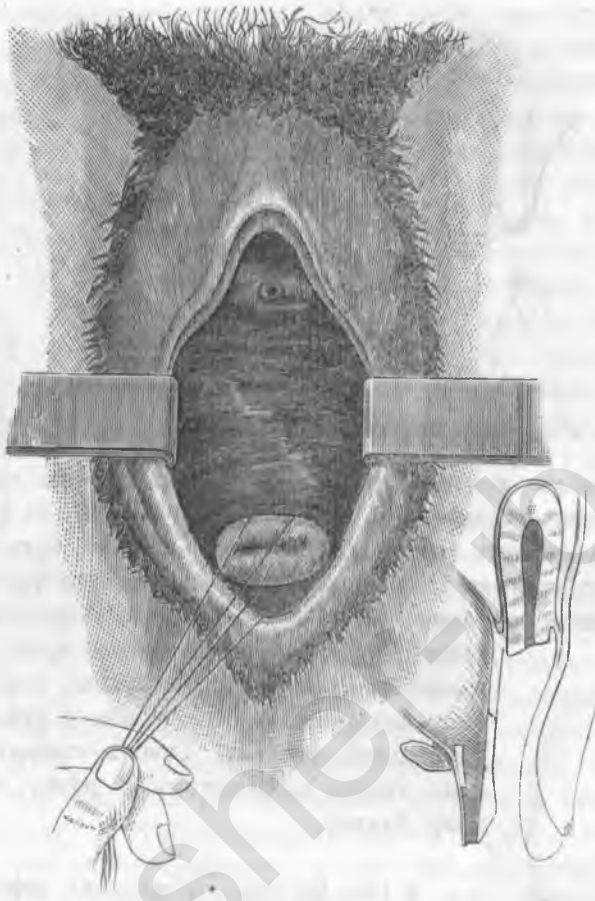
по Хегару.

даже изъ стѣнки между моченспускательнымъ каналомъ и рукавомъ (рис. 49); тогда какъ при глубокихъ пузырно-маточно-влагалищныхъ фистулахъ вращивали въ дефектъ заднюю губу, вслѣдствіе чего женщина становилась безплодною (см. рис. 50). Въ послѣднее время однако Хегаръ нѣсколько разъ успѣвалъ произвести соединеніе краевъ дефекта въ продольномъ направленіи, освѣжая даже очень незначительныя остатки передней стѣнки цервикальнаго канала.

§ 106. При пузырно-маточныхъ фистулахъ, если не удастся, расширивъ шейку, закрыть ведущее въ пузырь отверстіе при помощи энергическаго прижиганія (случай Гильдебрандта съ успѣхомъ), то можно, какъ это удачно выполнилъ Кальтенбахъ, прорѣзать шейку съ обѣихъ сторонъ, оттянуть книзу переднюю губу матки, чтобы сдѣлать фистулу видимою и доступною и, вырѣзавъ ея края, зживить ее посредствомъ швовъ. Если это не удастся, то не остается ничего другаго, какъ освѣжить обѣ губы маточнаго зѣва соответственнымъ образомъ и сросить ихъ помощью швовъ: *Hystero-kleisis*. Эта операція была произведена впервые Жоберомъ. Соединеніе производится конечно спереди назадъ (см. рис. 51).

§ 107. При мочеточниково-влагалищныхъ фистулахъ, Л. Ландау предложилъ недавно ввести въ верхній конецъ мочеточника длинный эластическій катетеръ со стороны рукава, провести свободный конецъ инструмента черезъ нижній отрѣзокъ мочеточника въ мочевой пузырь и изъ этого послѣд-

Рис. 48.



Рубцы обѣихъ фистулъ при атрезіи моч. канала.

няго вывести его наружу посредствомъ корнцанга черезъ мочеиспускательный каналъ; затѣмъ, при колѣнно-локтевомъ положеніи больной, освѣжить въ видѣ косаго продольнаго овала слизистую оболочку рукава и вмѣстѣ съ нею нижнюю стѣнку мочеточника по обѣ стороны свободнаго мѣста катетера, и соединить края надъ катетеромъ, который долженъ остаться на мѣстѣ на нѣкоторое время. Еслибъ заживленіе такимъ путемъ не удалось, то нужно вырѣзать въ направленіи нижняго конца мочеточника продольный овалъ изъ пузырной и влагалищной стѣнки и превратить прямую мочеточниково-влагалищную фистулу въ обыкновенную пузырно-влагалищную, въ верхній конецъ которой впадаетъ мочеточникъ, и тогда закрыть эту пузырно-влагалищную фистулу въ продольномъ направленіи глубокими швами, захватывающими и слизистую оболочку мочевого пузыря. — Напротивъ Симонъ, отказавшійся вслѣдствіе неудачъ отъ своихъ прежнихъ попытокъ прямого и косвеннаго заживленія мочеточниково-влагалищныхъ фистулъ, училъ въ послѣдніе годы: проколоть стѣнку мочевого пузыря въ мѣстѣ фистулы, ввести затѣмъ черезъ это отверстіе зондъ въ мо-

Рис. 49.

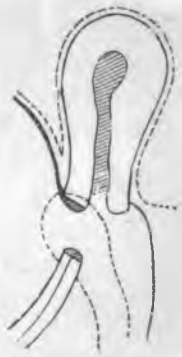
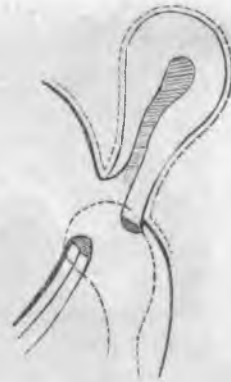


Рис. 50.



Поверхностная и глубокая пузырно-маточно-влагалищная фистулы по Хега ру.

четочнияз со стороны мочевого пузыря, разсечь со стороны пузыря стѣнку между мочеточникомъ и пузыремъ на протяженіи 1—1½ цтм. въ длину вверху, и каждый день раздвигать края разрѣза толстымъ зондомъ, пока не наступитъ рубцеваніе. Во второй сеансъ нужно освѣжить влагалищную фистулу, которая лежитъ теперь вдали отъ новаго устья мочеточника, по направленію ея длиннѣйшаго размѣра, и соединить края. Вмѣстѣ съ краями фистулы можно окривавить даже небольшую часть прилежащаго свода рукава и утилизировать ее для закрытія фистулы. Симонъ считалъ это предложеніе вѣрнѣе приводящимъ къ цѣли, чѣмъ предложеніе Ландау.

Рис. 51.



нѣйшаго размѣра, и соединить края. Вмѣстѣ съ краями фистулы можно окривавить даже небольшую часть прилежащаго свода рукава и утилизировать ее для закрытія фистулы. Симонъ считалъ это предложеніе вѣрнѣе приводящимъ къ цѣли, чѣмъ предложеніе Ландау.

§ 108. Въ томъ случаѣ, гдѣ дефектъ при пузырно-влагалищно-маточной фистулѣ достигаетъ громадной величины, Жоберъ впервые употребилъ таелъ называемый разрѣзъ преддверія, — отдѣлилъ мочеиспускательный каналъ подъ лонной дугой, чтобы имѣть возможность приподнять выше нижнюю часть мочевого хода, но потомъ отказался отъ этой-операциіи. Г. Симонъ снова примѣнилъ этотъ разрѣзъ въ случаѣ № 2, — въ которомъ Боземанъ неудачно произвелъ операцию въ Гейдельбергѣ, — соединивъ его съ расщепленіемъ спаеетъ маточнаго зѣва на 1½ цтм. въ глубину, чтобы сдѣлать подвижную переднюю губу; ему

Пузырно-маточная фистула по Хега ру.

удалось закрыть большую фистулу, но пациентка могла удерживать мочу только лежа на спинѣ, при стояніи же и ходьбѣ моча вытекала непроизвольно черезъ ¼—½ часа. Такимъ образомъ, нужно подождать еще другихъ случаевъ, чтобы рѣшить, зависѣлъ ли этотъ неполный успѣхъ только отъ чрезвычайно малой длины мочеиспускательнаго канала—всего ¼ цтм.—или отъ ея отдѣленія, и примѣнимъ ли вообще разрѣзъ преддверія для успѣшнаго возстановленія держанія мочи.

§ 109. Если дефектъ такъ великъ, что и сейчасъ описанный способъ закрытiя уже невозможенъ, или если, при плотномъ сращенiи одного изъ краевъ фистулы съ краемъ кости и высокомъ положенiи фистулы совѣтъмъ вблизи брюшины, недостаетъ мягкихъ частей для освѣженiя, т. е. можно опасаться пораненiя брюшины; далѣе, если послѣ повторныхъ неудачныхъ попытокъ добиться закрытiя фистулы прямымъ путемъ, послѣдняя все больше и больше

Рис. 52.



Изображенiе по Хегаръ-Кальтенбаху.

увеличивалась, — тогда, подобно тому какъ при мочеточниково-влагалищныхъ фистулахъ, которыхъ не удалось заживить никакимъ другимъ способомъ, — остается только одна возможность излеченiя: закрытiе рукава ниже фистулы, поперечное зашиванiе рукава или Kolpokleisis по Симоцу (рис. 52).

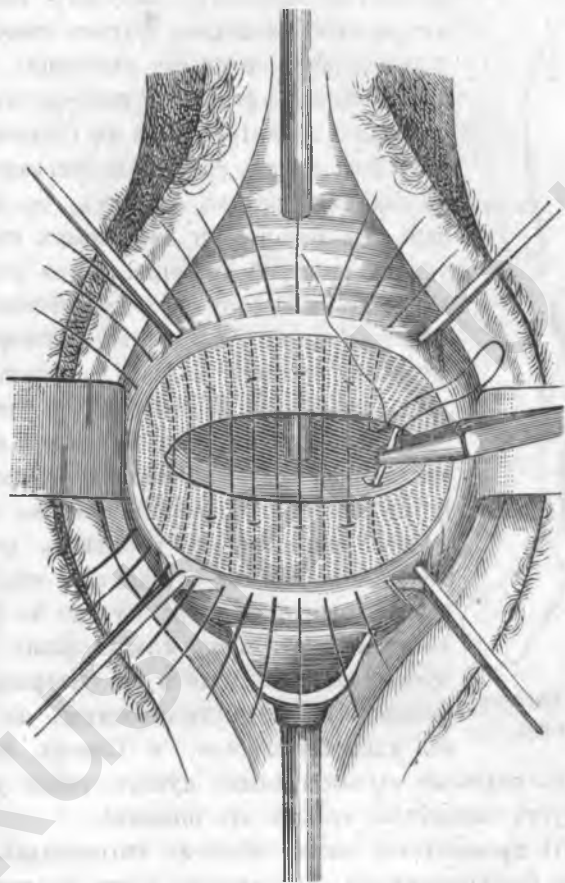
Уже Видалъ предлагалъ закрывать родовую щель въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, но ни онъ, ни Вутцерь, ни Бераръ, ни Диффенбахъ ни разу не имѣли успѣха при этой операцин; всегда оставались маленькiя щели въ области мочеиспускательнаго канала, или волосныя дыры. Наконецъ Шуппертъ, въ Новомъ Орлеанѣ, достигъ полнаго закрытiя посредствомъ такъ называемой Episiotensis, не устранивъ однако вполне недержанiя мочи. Во всякомъ случаѣ очевидно, что эту операцию — Episiotensis, — дѣлающую пациентку неспособною не только къ зачатiю, но и къ совокупленiю, позволительно примѣнять развѣ только въ самыхъ отчаянныхъ случаяхъ, и что, если ужъ неизбежно закрытiе рукава, нужно по крайней мѣрѣ зашивать его какъ можно выше. Въ послѣднее время Боземанъ, Буке и др. утверждали, что поперечное зашиванiе производится чаще чѣмъ нужно въ дѣйствительности, и Симонъ самъ послѣдовательно

вылечивалъ подобные случаи прямымъ путемъ послѣ удаленiя рубца; поэтому не слѣдуетъ торопиться ставить это показанiе.

Kolpokleisis производится такимъ образомъ, что сначала выбираютъ вблизи дефекта наиболѣе соответствующiя одно другому мѣста на передней и задней стѣнкахъ рукава, затѣмъ обозначаютъ кончикомъ скальпеля ширину пространства, которое должно быть освѣжено (рис. 52 и 53), затѣмъ производятъ освѣженiе по направленiю справа налево, начиная снизу, потомъ такимъ же порядкомъ на передней стѣнкѣ, причемъ одинъ ассистентъ натягиваетъ освѣжаемую часть пинцетомъ или крючкомъ, а другой нажимаетъ стѣнку навстрѣчу ножу катетеромъ со стороны мочеваго пузыря. Послѣ выравниванiя краевъ раны и остановки кровотеченiя накладываютъ швы черезъ всю толщю раненой поверхности, проводя нитку, снабженную двумя иглами, черезъ нижнiй край сверху внизъ, а черезъ верхнiй снизу вверхъ. Особенно тщательно нужно соединять въ углахъ. Нѣтъ надобности, чтобы швы проникали черезъ стѣнку мочеваго пузыря или прямой кишки, но это случается и особеннаго вреда не причиняетъ.

Швы должны лежать на разстояніи только 3—4 мм. одинъ отъ другаго. По окончаніи операціи нужно сдѣлать пробу новаго резервуара инъекціями черезъ мочеиспускательный каналъ. Все остальное какъ при пузырьно-влагилищныхъ фистулахъ. Если соединеніе удалось не вполнѣ, то даже при маленькихъ отверстіяхъ можетъ произойти беременность и плодъ, большею частью недоношенный, можетъ проникнуть въ мочевой пузырь, или, расширивъ отверстие,

Рис. 53.



Поперечная облитерация рукава по Хегарь-Кальтенбаху.

выйти наружу. (Случаи де Рубэ, Р. Лэна и № 6 автора). Если имѣются обширныя рубцовыя суженія, то ихъ слѣдуетъ избѣгать и освѣжать ниже ихъ. Однажды Симонъ при фистулѣ величиною въ вишню, сидѣвшей въ правомъ сводѣ рукава, вмѣсто обыкновеннаго зашиванія въ поперечномъ направленіи зашилъ въ косвенномъ направленіи только правую половину свода, оставивъ рукавъ сохраннымъ во всю его длину (ср. рис. 54) Въ другомъ случаѣ Kolprokleisis въ отдѣлѣ мочеиспускательнаго канала, онъ удлинилъ впослѣдствіи рукавъ на 1,5 цм., отдѣливъ заднюю стѣнку рукава отъ стѣнки прямой кишки и покрывъ послѣднюю лоскутомъ. Но обѣ эти операціи далеко не безопасны, потому что при первой можетъ быть открыто Дугласово пространство, а при

послѣдней легко возможны поврежденія прямой кишки и возстановленіе недержанія мочи, да и эффектъ ихъ не великъ.

О томъ что послѣ поперечнаго зашиванія рукава нерѣдко наблюдалось образованіе камней, уже упомянуто въ § 84 и 87. Самый интересный случай этого рода описанъ недавно Тюффердомъ: пациентка подвергавшаяся раньше

Рис. 54.



Косвенное закрытіе правой половины свода по Симону.—Передняя стѣнка рукава разрѣзана и отогнута къзади на мѣстѣ соединенія. Линія точекъ у *v* представляетъ очертаніе влагалищной части, а кругъ точекъ у *f* окружность и положеніе фистулы.

весаарскому сѣченію и у которой была произведена операція Kolpokleisis вслѣдствіе пузырно-влагалищной фистулы, менструировала нѣкоторое время послѣ этого черезъ нижній уголъ рубца, стало быть имѣла пузырно-влагалищную и наружную пузырную фистулу, а потомъ захворала воспаленіемъ мочеваго пузыря съ образованіемъ въ немъ нѣсколькихъ большихъ камней. Послѣдніе по своей величинѣ потребовали раскрытія зарощеннаго рукава, послѣ чего былъ извлеченъ камень длиною въ 7,5 цтм. и вѣсомъ въ 45 грм.; пациентка однако погибла отъ изнурительной лихорадки.—Во всякомъ случаѣ, вопросъ о достоинствѣ поперечнаго зашиванія рукава еще не данъ въ архивъ.

Къ связанному можно еще прибавить, что при самыхъ неблагопріятныхъ дефектахъ пузырно-влагалищной стѣнки, когда возстановить ее не было уже

никакой возможности, подумывали о вращеніи мочеточниковъ въ прямую кишку, что и было произведено Жюлемъ Симономъ при *Eversio vesicae*, какъ мы упоминали выше на стр. 79,—попытка въ высшей степени опасная и не заслуживающая рекомендаціи.

§ 110. Остается прибавить еще нѣсколько словъ относительно неблагоприятныхъ явленій послѣ операціи фистулы: они состоятъ главнымъ образомъ въ сильныхъ судорогахъ мочевого пузыря, въ сильныхъ послѣдовательныхъ кровоизліяніяхъ *per vaginam* или въ пузырь; въ образованіи камней внутри пузыря, въ перитонитѣ и пр. Спазмы пузыря могутъ продолжаться 3—4 дня, бывають иногда чрезвычайно сильны и устраняются обыкновенно только приемами опія внутрь, или впрыскиваніемъ морфіи подъ кожу надъ областью мочевого пузыря. Я нѣсколько разъ видѣлъ такія сильныя послѣдовательныя кровоизліянія въ пузырь, что пациентка впадала въ анемію, и приходилось расширять мочеиспускательный каналъ для удаленія сгустковъ изъ пузыря. При выпрыскиваніи въ пузырь холоднаго раствора салициловой кислоты (1:600) кровотеченіе останавливалось. Можно попытаться прекратить его, положивъ на животъ пузырь со льдомъ. Если кровотеченіе послѣдуетъ черезъ рукавъ, то и тутъ нужно попытаться примѣнить холодъ, въ худшемъ случаѣ нужно отыскать кровоточащій сосудъ и перевязать или обволотъ его.

Если моча долгое время остается мутною и есть боли или идетъ кровь изъ пузыря, закрытаго оперативнымъ путемъ, то нужно расширить мочеиспускательный каналъ, прощупать, нѣтъ ли въ пузырь бонерементовъ, раздробить и извлечь ихъ щипцами и подольше прополаскивать пузырь.

Перитонитъ можетъ наступить послѣ операціи вслѣдствіе обнаженія подсерозной ткани, перерѣзки *Peritoneae* или захватыванія ея въ швы; однако успешное зашиваніе брюшины при оваріотоміяхъ показываетъ, что для этого нужны еще другія неблагоприятныя условія, какъ то инфекция или образованіе абсцесса вблизи брюшины, въ противномъ случаѣ за такими поврежденіями ея еще не слѣдуетъ никакого перитонита; если же онъ наступаетъ, то нужно ѣхать оріумъ внутрь и класть пузырь со льдомъ на животъ.

Если послѣ удачно выполненнаго закрытія пузыря недержаніе мочи остается въ прежнемъ состояніи или улучшается лишь отчасти, то нужно противодѣйствовать ему, какъ совѣтуетъ Гильдебрандтъ, сначала холодными душами, или же тампонами съ салициловой кислотой, или вкладываніемъ предложенныхъ для этой цѣли Шатцемъ пессаріевъ. Инструментъ послѣдняго рода улучшилъ по крайней мѣрѣ состояніе нашей пациентки № 12. Въ особенно дурныхъ случаяхъ можно (см. ниже § 166) вспомнить о предложеніи Рутенберга проложить пузырную фистулу надъ лоннымъ сращеніемъ и произвести зарощеніе мочеиспускательнаго канала оперативнымъ путемъ.

Пациентки, которыя не могутъ рѣшиться на операцію, или у которыхъ она не удалась, или у которыхъ, несмотря на удавшееся закрытіе пузыря, не удалось добиться удержанія мочи и этими пессаріями, могутъ для избѣжанія

постоянной сырости носить мочеприемникъ, что бываетъ однако (сравни случай 1) иногда весьма обременительно и неприятно.

Въ заключеніе нужно еще замѣтить по отношенію къ § 27, что въ послѣднее время Лоусонъ Тэтъ (*Obst. Journ of Gr. Brit. and Ireland Aug. 1876*) при очень большомъ дефектѣ мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала проложилъ сперва троакаромъ искусственный мочеиспускательный каналъ въ лѣвой стѣнкѣ рукава, потомъ совершенно возстановилъ старый каналъ образованіемъ бокового лоскута, а новый опять заростилъ, возстановивъ сперва и пузырно-влагалищную стѣнку.

№ 1. Большая пузырно-маточно-влагалищная фистула, возникшая послѣ легкаго извлеченія щипцами, произведеннаго при Плицевомъ положеніи и опасности для жизни ребенка, вколоченнаго въ суженномъ тазу. Несмотря на существующую фистулу, еще 3 разрѣшенія недоношенными дѣтми въ теченіи 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> лѣтъ.

К., 28 лѣтъ, уже 3 раза рожала живыхъ дѣтей безъ помощи искусства. При четвертомъ (Августъ 1859) воды прошли спустя часъ послѣ начала болей. Призванная тогда акушерка нѣсколько разъ пыталась ввести въ мочевой пузырь серебряный катетеръ, такъ какъ роженица жаловалась на сильный позывъ къ мочеиспусканію; но это ей не удалось. Когда пригласили меня, мнѣ также не удалось ввести эластическій катетеръ, потому что ребенокъ во второмъ лицевомъ положеніи былъ чрезвычайно плотно вколоченъ въ суженный тазъ. Значительная лицевая опухоль и невозможность разслышать сердцебиеніе заставили меня наложить щипцы, и 1—2 тракціями удалось извлечь головку. Ребенокъ, весьма крѣпкій, былъ мертвъ. Спустя 3—4 дня больная дала мнѣ знать, что не можетъ больше удерживать мочу, и когда я увидѣлъ ее снова на пятый день, то могъ опредѣлить въ переднемъ сводѣ рукава пузырно-влагалищную фистулу величиною болѣе 1 цтм. съ неровными разорванными, очень чувствительными краями. Пациентка носила спачала губку, потомъ мочеприемникъ, но это было для нея такъ обременительно, что она скоро опять оставила его. Уже въ Августѣ 1860, спустя едва годъ, пациентка родила въ пятый разъ. И на этотъ разъ также мой отецъ долженъ былъ извлечь ребенка щипцами. Затѣмъ въ 1862 она разрѣпилась очень маленькимъ, неполнобъ доношеннымъ ребенкомъ (ножное положеніе), и въ Апрельѣ 1863 родила въ седьмой и послѣдній разъ, послѣ довольно хорошо протекшей беременности. Ребенокъ умеръ 4 недѣль.

Тазъ пациентки былъ въ высокой степени суженъ въ прямомъ размѣрѣ: разстояніе между остями=24,0, между гребешками=27,0; *Conjugata externa*=17.25. *diagonalis*=9,5, слѣдовательно *Conjugatam veram* можно было считать ровною 8 цтм.; лѣвый большой косою размѣръ былъ=20, правый 20,5 цтм.

Лѣтомъ 1864 я посоветовалъ пациенткѣ пріѣхать въ Роптоклъ, чтобы мой коллега Симонъ вылечилъ ее оперативнымъ путемъ. Мы нашли тогда поверхностную пузырно-маточно-влагалищную фистулу, величина которой доходила въ длину до 2 цтм. и въ ширину до 3,5—такимъ образомъ фистула должна была значительно увеличиться вслѣдствіе троекратныхъ родовъ, послѣдовавшихъ за ея происхожденіемъ. Симонъ вросилъ въ дефектъ заднюю губу и достигъ дугообразнаго соединенія. Пациентка менструируетъ съ тѣхъ поръ черезъ мочевой пузырь и чрезвычайно поправилась въ короткое время.

№ 2. Рахитическое суженіе таза. Третьи роды. Перфорация. Кефалотрипсія. Гангрена влагалищно-пузырной стѣнки. Пузырно-влагалищная фистула возникла на 7 день.

26-лѣтняя женщина, рожаящая въ 3 разъ, выкинула на 24 году, а на 25, послѣ



продолжительныхъ страданій, родила доношеннаго мертвaго ребенка. При третьихъ родахъ *dolores praeparantes* послѣ преждевременнаго прохожденія водъ были очень мучительны; маточный зѣвъ раскрывался весьма медленно. Въ виду высокаго стоянія головки и усиливающагося утомленія роженицы, приглашенный акушеръ попытался сдѣлать поворотъ и провелъ одну ножку въ рукавъ, но повернуть ребенка ему не удалось. По прибытіи моемъ, я нашелъ роженицу въ очень возбужденномъ состояніи, животъ очень болѣзненъ, сильная лихорадка и тошнота. Сердцебиенія уже не было слышно; я сдѣлалъ перфорацию черезъ находившійся вѣво большой родничекъ, прополооскалъ черепъ нѣсколько разъ водой, наложилъ нѣсколько разъ кефалотрипорть и сжалъ черепъ со всѣхъ сторонъ. Не смотря на то, извлеченіе было весьма трудно. Пришлось долго и сильно тянуть въ первой позиціи, и я нѣсколько разъ находилъ, что передніе края вѣтвей инструмента слишкомъ сильно нажимаютъ на переднюю стѣнку таза, послѣ чего конечно направленіе тракціи тотчасъ измѣнилось. Наконецъ удалось извлечь толстаго, вѣсившаго около  $7\frac{3}{4}$  фунтовъ мальчика. Въ первые дни родильнаго состоянія родильница чувствовала себя довольно хорошо, за исключеніемъ частаго позыва къ мочеиспусканію и болей при введеніи катетера, и только истеченіе было весьма зловонно. На 6—7 день внезапно выдѣлился при отвратительномъ зловоніи кусокъ рукава величинаю почти въ галеръ, и тотчасъ же произошло произвольное изліяніе мочи. Фистула сидѣла высоко въ переднемъ сводѣ рукава. Не смотря на ея присутствіе, пациентка постепенно поправилась, и такъ какъ оставался цѣлымъ большой кусокъ задней стѣнки мочеваго пузыря, то она могла удерживать мочу нѣкоторое время, и только когда ея накоплялось много, она вытекала сильнѣе. Пациентка была очень опрятна, поэтому никакихъ ссадинъ и язвъ не произошло, и вообще состояніе ея спустя слишкомъ полгода послѣ родовъ было очень хорошо, хотя фистула все еще была такъ велика, что можно было провести черезъ нее указательный палецъ въ мочевою пузырь, — и пациентку не удалось уговорить согласиться на устраненіе этой фистулы оперативнымъ путемъ.

№ 3. Въ маѣ 1870 я изслѣдовалъ слѣдующій случай насильственной пузырно-влагалищной фистулы съ *Retroversio uteri* и *Atresia orificiі externi*.

23-лѣтняя первобеременная почувствовала за пять недѣль до ожидаемаго срока боли, послѣ чего вскорѣ послѣдовало отхожденіе плодныхъ водъ. Спустя шесть часовъ послѣ истеченія *liquoris amnii* пришла акушерка, нашла выпаденіе пуповины, высокое положеніе головки, и послала за врачомъ. Этотъ послѣдній, говорятъ, сдѣлалъ наружный поворотъ на головку и въ слѣдующую ночь три раза безуспѣшно накладывалъ щипцы. Послѣ этого онъ далъ пациенткѣ пролежать до слѣдующаго полудня, потомъ опять наложилъ щипцы, произвелъ въ концѣ концовъ операцию крючкомъ и наконецъ извлекъ мертвaго мальчика. Начиная со второй операциі, моча все время вытекала произвольно. Когда пациентка вставала, воды продолжали выплескиваться. Тазъ при этомъ былъ нормаленъ: ости 27, гребешки 29, *Conjugata ext.* 21,5, оба косые размѣра 24 цтм.—Мы нашли мочеиспускательный каналъ совершенно проходимымъ для катетера, затѣмъ, въ лѣвой сторонѣ основанія пузыря находилась продолговатая фистула длиною въ 2 цтм., шириною въ  $\frac{1}{2}$ —1 цтм. отъ которой шелъ рубецъ, захватывавшій и лѣвую спайку совершенно заросшаго наружнаго маточнаго зѣва. Матка была направлена вѣво къзади. Пациентка съ тѣхъ поръ еще не имѣла регулъ. Тѣло матки не было расширено. Въ послѣдствіи я больше объ ней не слышалъ.

Въ высшей степени вѣроятно, что въ этомъ случаѣ слишкомъ раннее положеніе щипцовъ было причиною надрыва лѣвой спайки, и тою же лѣвой вѣтвью щипцовъ была прорѣзана пузырно-влагалищная стѣнка, такъ какъ при

недоношенномъ ребенкѣ, при нормальной ширинѣ таза и проходимомъ маточномъ зѣвѣ нужно было исключить всякое сколько-нибудь значительное механическое препятствіе..

№ 4. 1871. Поверхностная пузырьно-маточно-влагалищная фистула, возникшая на 9-й день родильнаго періода. Излеченіе въ 1 теансѣ,

Н., 34 лѣтъ, имѣеть 5 дѣтей. Первые 3 раза роды были правильны, между 3 и 4 выкидышъ. 5 беременность протекла нормально. слѣдующіе за нею роды продолжались 24 часа. Послѣ обѣда большая дѣтская головка уже стояла вблизи выхода. Лишь вечеромъ были наложены врачомъ щипцы, извлеченіе продолжалось недолго. Въ теченіи первыхъ 8 дней родильница чувствовала себя хорошо. Вставъ на 9-й день, она замѣтила, что моча, которую она до тѣхъ поръ выдѣляла произвольно, вытекаетъ помимо воли. Спустя 4 года послѣ пятыхъ родовъ она правильно родила своего еще живущаго пятаго ребенка. Я нашель на переднемъ сводѣ рукава, на разстояніи 2—3 миллиметровъ отъ передней губы матки, почти по срединѣ, дефектъ величины почти болѣе центиметра. Я наркотизировалъ больную и освѣжилъ вмѣстѣ съ краями переднюю губу матки на  $\frac{1}{2}$  цтм. въ ширину. Было наложено 11 шелковыхъ швовъ (28-го ноября 1871 г.). 3-й шовъ слѣва прорѣзался, но соответственное мѣсто послѣ повторнаго поверхностнаго прижиганія очень скоро зажило, также какъ вся остальная фистула. prima intentione, такъ что пациентка уже 12-го декабря была выпущена изъ Роттокской гинекологической клиники излеченною.

Въ этомъ случаѣ какъ высокое положеніе фистулы, такъ и ея круглая форма и весь анамнезъ говорятъ за то, что щипцы въ происхожденіи поврежденія не участвовали, что причиною этой фистулы было необыкновенно продолжительное прижатіе мягкихъ частей большою головкой.

№ 5. Фистула мочеиспускательнаго канала и рукава и пузырьно-влагалищная. Пневмоніи. Смерть спустя  $\frac{1}{2}$  года послѣ родовъ. 1874. № 109. А. К. замужняя. VII р. 31 годъ.

Послѣ 6 легкихъ, правильныхъ родовъ,  $\frac{1}{4}$  года тому назадъ 7 роды внѣ заведенія; задолженіе. Hydrocephalus, наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку. Незначительное кровотеченіе. Спустя восемь дней замѣчено истеченіе мочи по каплямъ. Съ тѣхъ поръ пациентка лежитъ въ постели. При изслѣдованіи найдена примыкающая къ продольному разрыву передней губы маточнаго зѣва идущая продольно фистула между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ, длиною въ 1,5 цтм., и подъ нею вторая, поперечно идущая. Сильно ослабѣвшая пациентка умерла отъ пневмоніи прежде чѣмъ можно было приступить къ операци. На препаратѣ, находящемся въ коллекціи королевскаго родовспомогательнаго института, находимъ: въ передней губѣ маточнаго зѣва клинообразный дефектъ, рубецъ котораго доходитъ до фистулы длиною въ 1,8 цтм. и шириною въ 1,1 цтм., лежащей по срединѣ пузырьно-влагалищной стѣнки; на разстояніи 5 мм. отъ ея пузырьнаго отверстія впадаетъ правый мочеточникъ, на разстояніи 7 мм. лѣвый. Край этой фистулы мѣстами двойной, такъ какъ рукавное отверстие ея находится дальше влѣво и слизистая оболочка мочеваго пузыря образуетъ косвенно проходящую надъ нимъ складку съ острымъ краемъ. Въ мочеиспускательномъ каналѣ, отъ котораго остался только кусокъ длиною въ 1 цтм., находится по направленію къ шейкѣ мочеваго пузыря дефектъ въ 1,4 цтм. длиною и 1,0 цтм. шириною, соединенный съ лѣвымъ краемъ верхней фистулы рубцомъ. Брюшина оттянута книзу почти до уровня передней губы матки, мочеваго пузыря очень узокъ, стѣпки его гипертрофированы. Слѣдовъ периметрита нѣтъ. Газъ имѣлъ въ прямомъ размѣрѣ 10, въ обоихъ косыхъ 12,0 и въ поперечномъ входа 13,5 цтм., стало быть особеннаго суженія не было.

Срединное положеніе, громадное протяженіе поврежденія говорятъ за то, что щипцы вѣроятно содѣйствовали его происхожденію.

№ 6. 1875. Левосторонняя большая пузырно-влагалищная фистула, прикрѣпленная въ лѣвой ножкѣ лонной дуги. Послѣ тщетной попытки достигнуть закрытія прямымъ путемъ, повторно произведенное поперечное зашиваніе рукава.

Б., замужня, 26 лѣтъ, маленькая брюнетка съ толстымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, сильно развитою костною системою, но слабой мускулатурой; 27-го апрѣля 1874, послѣ правильно протекшей беременности и родовъ, длившихся 4 дня, разрѣшилась при помощи искусства небольшимъ, но доношеннымъ мертвымъ ребенкомъ. Акушерка, придя къ ней, въ самомъ началѣ родовъ прорвала пузырь, а потомъ, спустя много часовъ, послала за врачомъ, который цѣлыми часами два дня сряду, сперва одинъ, потомъ вмѣстѣ съ другимъ врачомъ, тщетно старался извлечь ребенка щипцами и наконецъ окончилъ роды послѣ перфораци. Съ тѣхъ поръ пациентка теряла непроизвольно мочу. Мы нашли пузырно-влагалищную фистулу величиною въ 2—2,5 цтм., лѣвый уголъ которой былъ прикрѣпленъ рубцовыми шнурками къ лѣвой ножкѣ лонной дуги.

Операци 30-го апрѣля. Было наложено 15 швовъ. При удаленіи ихъ на 6-й день, уголь раны, лежавшій въ лѣвомъ сводѣ рукава, оказался несоединеннымъ. Моча вытекала большею частью черезъ рукавъ. 20-го іюля рукавъ былъ освѣженъ кругомъ на 1 цтм. въ ширину на разстояніи 3—4 цтм. надъ его входомъ, и затѣмъ передняя и задняя поверхности раны соединены 14-ю шелковыми швами. На 7-й день *post operationem*, при удаленіи швовъ оказалось, что правая и средняя часть освѣженного пространства срослись *per primam*, а лѣвая нѣтъ. Постѣ этого больная, по ея желанію, была выписана. Вновь поступила 8. V, 76. № 421.—27. V выкидышь. Плодъ соответствуетъ 4 мѣсяцу; очень сильныя, чрезвычайно болѣзненные потуги.—Та зъ обще-суженный. Ости 23,5, гребешки 26,0, *Conjugata externa* 17,5, оба косые размѣры 21,5—22 цтм.—4. VII. 1876 третья операци. Освѣженіе задней стѣнки рукава на протяженіи 3,5 цтм. Послѣ этого пузырно-влагалищная стѣнка была расфченъ вкось, начиная отъ нижняго, лежащаго лѣво угла фистулы, и послѣ остановки артеріальнаго кровоточенія двумя лигатурами и скручиваніемъ нѣсколькихъ сосудовъ, а паренхиматознаго двукратнымъ приложеніемъ каленаго желѣза пузырно-влагалищная стѣнка соединена съ освѣженною частью прямокишечно-влагалищной 18-ю швами изъ серебряной проволоки. 11-го VII, на 8-й день, удаленіе 14 швовъ. Соединеніе совершенно прочно. Не вытекаетъ ни капли мочи. 13-го, на 10-й день, удаленіе остальныхъ четырехъ швовъ. Изъ лѣваго угла соединенія вытекаетъ моча, хотя отверстія не видно. Позднѣе, моча опять вытекаетъ вся черезъ рукавъ. 3. VIII пациентка была на время отпущена изъ клиники. Въ октябрѣ 1876 г. поперечное зашиваніе было произведено еще разъ и удалось, за исключеніемъ отверстія величиною съ пуговку зонда, которое еще нужно закрыть.

№ 7. Разрывъ всей пузырно-влагалищной стѣнки щипцами при первой степени суженія таза въ прямомъ размѣрѣ. Заживленіе за исключеніемъ отверстія величиною въ чечевицу, сидящаго у передней губы матки, не уступающаго повторнымъ прижиганіямъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

№ 453. 17. V. 76. С., 26 лѣтъ, въ дѣтствѣ страдала англійской болѣзью. 13-го іюля 1875 г. разрѣшилась при помощи щипцовъ, послѣ родовъ длившихся 4 дня. Уже въ первые дни родильнаго періода истеченіе мочи черезъ рукавъ. Въ передней стѣнкѣ рукава, немного лѣво у средней липи разрывъ длиною около 4 цтм. и шириною въ 1 цтм., изъ котораго вытекаетъ моча. Слизистая обо-

лочка мочеваго пузыря вдается черезъ него въ рукавъ. 20. V. было приступлено къ освѣженію, начиная съ нижняго конца фистулы, на пространствѣ шириною около 1 цтм. Конецъ освѣженной области находится на разстояніи около 9 мм. отъ устья мочеиспускательнаго канала: Выдающаяся сводомъ надъ поверхностью раны слизистая оболочка мочеваго пузыря срѣзана. Соединеніе 18-ю проволочными швами. 27-го мая, на 8-й день, удалено 16 швовъ. Соединеніе повидимому вездѣ прочно. 2. VI. у верхняго угла оказалась маленькая фистула, она была прижжена. Удаленіе 2-хъ швовъ. 13. VI. Пузырно-влагалищная фистула совершенно зажила, за исключеніемъ свища величиною въ чечевицу передъ маточнымъ зѣвомъ, введеніе каленаго желѣза. 27-го еще разъ произведено прижиганіе. 11. VII. Прижиганіе *acido sulf. concentr.* 14-го пациентка была выписана; по словамъ ея, при стояніи и ходѣ бѣ лишь изрѣдка вытекаетъ капля мочи *per vaginam*, при лежанчѣмъ положеніи почти не вытекаетъ. *Spin.* 24,75. *Cr.* 27,5. *D. obl. sin.* 20,0; *dextr.* 21,5, *Conjug. ext.* 17,5. *diagon.* 9,5. Въ октябрѣ, ноябрѣ и декабрѣ 1876 г. было еще девять разъ произведено частью перифистулярно-интросгремительное, частью интрафистулярное прижиганіе каленымъ желѣзомъ, и все-таки до сихъ поръ еще не удалось совершенно заживить маленькую фистулу.

№ 8. Разрывъ всей пузырно-влагалищной стѣнки, влѣво отъ передней губы впадаетъ остатокъ лѣваго мочеточника. Соединеніе и заживленіе пузырно-влагалищной стѣнки 10-ю швами изъ кэтгута, за исключеніемъ фистулы величиною въ бобъ, въ которую впадаетъ лѣвый мочеточникъ.

№ 241. 24 января 1875 г. 1 роды, за 5—6 недѣль до срока; преждевременное рожденіе водъ, роды окончены двумя врачами наложеніемъ щипцовъ; въ родильномъ періодѣ тотчасъ наступило непроизвольное истеченіе мочи. Продольный разрывъ пузырно-влагалищной стѣнки, черезъ который вывернулась слизистая оболочка мочеваго пузыря. Онъ начинается тотчасъ у лѣваго края маточнаго зѣва и идетъ вплоть до *Tubercul. vaginae*. Отъ разрыва съ лѣвой идетъ рубцовый шнурокъ къ нисходящей вѣтви лонной кости. Кромѣ этой фистулы я нашелъ еще лѣвостороннюю мочеточнико-маточно-влагалищную фистулу. Операция 11-го IV. 76. Освѣженіе краевъ раны приблизительно на 0,5 цтм. въ ширину, а также задней губы маточнаго зѣва. 10 швовъ изъ кэтгута и 1 шелковый. Кромѣ того еще 2 разслабляющихъ шва. 18-го швы удалены, все зажило, за исключеніемъ задняго верхняго угла,—мѣста мочеточника. 30. V. Верхній незаросшій уголь лежитъ около 1 цтм. впереди, влѣво отъ лѣвой спайки маточнаго зѣва. Вырѣзана глубокая воронка; полученные края раны имѣютъ около 1 цтм. въ ширину. Сильное кровотеченіе, 5 шелковыхъ лигатуръ. Правая и лѣвая стѣнки воронки соединены 4 проволочными и 1 шелковымъ швомъ. Вечеромъ довольно значительное кровотеченіе изъ мочеваго пузыря. 6-го VI удаленіе лигатуръ и трехъ швовъ, 1 соединеніе шелкомъ и 1 проволочное не удалось. 12. VII отпущена домой на 6 недѣль. Въ сентябрѣ и октябрѣ 1876 г. вслѣдствіе периферическаго прижиганія слизистой оболочки рукава вокругъ фистулы, эта послѣдняя постепенно уменьшилась и имѣетъ теперь величину боба.

№ 9. Роженица съ 4 пузырно-влагалищными фистулами, умерла вслѣдствіе вхожденія воздуха въ вены матеи.

1874. № 931. М. 28<sup>3</sup>/<sub>4</sub> лѣтъ. III. р. Въ дѣтствѣ *Rachitis*. 1 роды были легки 2 окончены кефалотрипсией. Со времени 2 родовъ непроизвольное отхожденіе мочи. При 3-хъ родахъ, въ заведеніи, сильная лихорадка *inter partum*; отхожденіе гнилостныхъ газовъ. Поэтому произведено извлеченіе за лѣвую ножку. Послѣ изгнанія ребенка отхожденіе ужасно зловонныхъ газовъ. Смерть черезъ 4<sup>30</sup> часа. *post partum*. вскрытіе: размѣры таза: 26,0 - *Spinae*, 27,25

Cristae; Conjug. ext. 18, оба косые 20, Conjugata vera: 7,75, стало быть сужение таза II до III степени. Дефектъ большей части задней стѣнки мочевого пузыря герс. рукава; дефектъ этотъ дѣлится мостикомъ шириною почти въ 1,5 цтм., который въ свою очередь распадается съ каждой стороны на 2 перекладины, на 4 отверстия, изъ которыхъ лежащее внизу, самое большое, имѣетъ величину двухъ талеровъ. Съ внутренней стороны мостикъ еще явственно покрытъ слизистой оболочкою мочевого пузыря, тогда какъ слизистая оболочка рукава переходитъ черезъ него и продолжается дальше. Края довольно гладки, немного утолщены, именно по нижней периферіи представляютъ на ощупь рубцовую плотность. Уцѣлѣвшая стѣнка пузыря не изъязвлена. Зондъ со стороны мочеиспускательнаго канала попадаетъ въ нижній отдѣлъ дефекта. Ниже фистулы передняя стѣнка рукава выпала въ умѣренной степени.

№ 10. Маленькая пузырно-влагалищная фистула въ сводѣ рукава съ лѣвой стороны, возникшая самопроизвольно вслѣдствіе давленія, зажила безъ всякаго леченія.

1874. № род. 854. I р. 28 лѣтъ. I періодъ родовъ 32<sup>25</sup>. II. 2<sup>о</sup> часовъ. У асфиктического ребенка, имѣвшаго въ длину 52 цтм. и вѣсившаго 3030 грм., оказалось на черепѣ множество прижатыхъ мѣстъ. На 8 день истечение мочи по каплямъ изъ изъязвленнаго мѣста въ лѣвомъ сводѣ рукава. Излеченіе впродолженіи родильнаго состоянія. При выпискѣ съ лѣвой стороны подлѣ зѣва матки находился маленькій углубленный рубецъ. 7. V. 1876, № род. 388, произошло 2 разрѣшеніе той же особы, нормальные роды. Родильное состояніе нормально. Тазъ: Conjugata vera 9,75 цтм.

№ 11. Роды оконченныя щипцами; надрѣзь правую вѣтвь щипцовъ произвелъ узкую пузырно-влагалищную фистулу, которая вылечивается однократнымъ прижиганіемъ *Liquore ferri sesquichlorati*.

1876. № род. 265. Куртъ I р. 28 л. Ребенокъ умеръ *inter partum*. I пер. 62 ч. II. 6<sup>30</sup>. Forceps. Со 2 дня родильнаго періода истечение мочи по каплямъ. На передней стѣнкѣ рукава, высоко вблизи шейки съ правой стороны маленькій надрѣзь, который повидимому заходитъ въ ткань довольно глубоко. При введеніи катетера въ мочевой пузырь послѣдній оказался почти пустымъ и содержалъ только немного крови. Надрѣзь мочи прижигенъ неразведенною *Liquor ferri sesquichlorati*. Непроизвольное истечение мочи уменьшалось съ каждымъ днемъ и на 16 день родильнаго періода, можно было выписать родильницу, совершенно выздоровѣвшую. Тазъ былъ нормаленъ, и только продолжительность II періода и опасность для жизни ребенка (двукратное крѣпкое обвитіе пуповины) послужили показаніемъ къ наложенію щипцовъ; извлеченіе совершилось легко и безъ всякаго насилія.

№ 12. Фистула между мочеиспускательнымъ каналомъ и рукавомъ, сбединенная 8 швами, безъ полнаго возстановленія держанія мочи; употребленіе Шатцовскаго пессарія.

Г., 26-лѣтняя брюнетка, страдала въ дѣтствѣ рахитомъ; 7 мая 1875 послѣ произведеннаго предварительно поворота разрѣшилась при помощи наложенія щипцовъ на послѣдующую головку мертвымъ, доношеннымъ ребенкомъ, и съ тѣхъ поръ не могла

вполнѣ удерживать мочу. Измѣреніе таза ея показало: *Conjugata externa* 19, *Spinae* 20, *Cristae* 23, оба косые 23, объемъ 83 цтм., т. е. тазъ слишкомъ малъ по всѣмъ размѣрамъ. Въ нижней трети рукава оказалось множество рубцовъ и на разстояніи 2.25 цтм. позади *orificiū urethrae externi*—поперечно идущая фистула мочеиспускательнаго капала. Въ мочевой пузырь вело маленькое отверстіе, сильно искривленное кверху у лоннаго сращенія; послѣ прохожденія черезъ него зондомъ изъ пузыря стала течь моча. При освѣженіи, отверстіе пузыря было надрѣзано въ поперечномъ направленіи, также какъ боковые рубцовые шнуры, и наложено 8 швовъ изъ серебряной проволоки. Соединеніе удалось вполнѣ; однако пациентка и послѣ него не могла удерживать всей мочи при ходьбѣ и въ лежачемъ положеніи. Пессарій Шатца улучшилъ ея состояніе, но не возстановилъ держанія мочи вполнѣ.

Отецъ мой, при весьма обширной акушерской практикѣ и въ такой мѣстности, гдѣ *Osteomalacia* и *Rachitis* встрѣчаются поразительно часто — въ Гуммербахѣ, Кельнскій админ. округъ па Рейнѣ—въ числѣ болѣе 700 искусственныхъ, отчасти замѣчательно трудныхъ родовъ, наблюдалъ только два слѣдующихъ случая пузырно-влагалищныхъ фистулъ. Такое крайне незначительное число, въ виду того, что ему приходилось къ очень многимъ родамъ прѣзжать издалека и только тогда, когда роды затягивались,— является, какъ мнѣ кажется, важнымъ опорой для мнѣнія, что продолжительное теченіе родовъ даже при узкомъ тазѣ всегдѣ не такъ опасно, какъ неумѣлое, хотя бы и раннее употребленіе инструментовъ.

№ 13. Жена М., 24 лѣтъ, очень маленькая особа съ рахитически суженнымъ тазомъ: *Conjugata vera* около  $3\frac{3}{4}$ “, послѣ протекшей правильно первой беременности почувствовала боли 29 ноября 1848; ребенокъ вставился во входъ таза въ лицевоиъ положеніи. Роды тянулись долго, отецъ мой услышалъ очень сильный *Vagitus uterinus* и принужденъ былъ наконецъ наложить щипцы и извлечь умершаго между тѣмъ ребенка. У пациентки осталась послѣ этихъ родовъ пузырно-влагалищная фистула величиною съ булавочную головку. 1 января 1850, слѣдовательно спустя 13 мѣсяцевъ, она во второй разъ разрѣшилась при помощи щипцовъ маленькимъ, на этотъ разъ живымъ мальчикомъ. Во время родовъ можно было хорошо видѣть маленькую фистулу, такъ какъ передняя стѣнка рукава выпячивалась передъ головкой. Послѣ этихъ родовъ фистула совершенно зажила безъ помощи искусства, это можно было констатировать повторными изслѣдованіями черезъ нѣсколько лѣтъ.

№ 14. Жена Д., 28-лѣтняя первородящая, у которой 16 ноября 1874 врачъ произвелъ перфорацию и потомъ накладывалъ щипцы и крючокъ для извлеченія ребенка, вслѣдствіе значительнаго рахитическаго суженія таза съ выпаденіемъ пуговицы и ручки па ряду съ головой; мой отецъ окончилъ роды кефалотрипторомъ послѣ тщетныхъ попытокъ сдѣлать это крѣпкокластомъ. Родильный періодъ протекалъ хорошо. Но когда родильница встала на 8 день, внезапно потекла моча, и при изслѣдованіи было найдено маленькое омертвѣвшее мѣсто въ шейкѣ мочеваго пузыря. Было тотчасъ же предписано лежать на боку, вставленъ катетеръ, край фистулы тронуть адскимъ камнемъ, и при этомъ леченіи фистула черезъ 8 дней совершенно закрылась.

## II. Сообщенія мочеваго пузыря съ остальными брюшными органами.

**Литература:** Bennet: Monthly Journ. Febr. 1849. Schmidt's Jahrbücher. Bd. 65. p. 218. Blackmann: Perforation einer Dermoidcyste des Ovariums in d. Blase. American Journ. 1869. Jan. p. 49. Blich-Winge: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 150. S. 294—296. Delarivière 1759. Lebert l. c. Delpesch: Clin. chir. de Montpellier. t. II. p. 521. Paris 1828. Ebersbach: Ephemer. natur. cur. Centur. 5 observ. 20. 1714. Edgar: Schmidt's Jahrbücher. Band 153. p. 297. (Interstitielle Schwangerschaft mit Perforation nach der Blase.) Fuller: Dermoidkystom durch die Blase entleert. Transactions of the pathological society

XXI, 273. van Geuns: Schmidt's Jahrb. 1856. Bd. 92. S. 61 Giessler: Fall von Abdominalschwangerschaft. In.-Diss. Marburg 1856. Glen. George: London med. Gaz. Vol. 18. p. 801. Schmidt's Jahrbücher. XIV. 211. Gluge: Schmidt's Jahrb. Bd. 149. p. 175. Aus: Presse méd. XXII. 42. 1870. Grenhah: Lancet II. 22. Nov. p. 741. 1870. (Dermoidkystom mit Blase communicirend.) Hamelin: Lebert l. c. W. Josephi: Ueber d. Schwangerschaft ausserhalb des Gebärmutter u. s. w. Rostock 1803. S. 182 bis 223. Larrey: Arch. gén. de méd. 3. Serie. t. XV. p. 510. 1842. Lebert: Ziemssen's Handb. der Páthol. Leipzig 1875. IX. 2. p. 276—280. Levy: Bibliothek für Laeger. Bd. 10. p. 241. Schmidt's Jahrb. Bd. 100. p. 202. Marshal: Arch. gén. de méd. t. XVIII. p. 282. 1828. Ed. Martin: Monatsschr. f. Gebk. Bd. XXI. p. 270. Maunder: Med. Times. Febr. 13. 1869. L. Mayer: Monatsschr. f. Gebk. Bd. 21. S. 252. Melion: Oestreich. med. Zeitschrift. Nro. 5. 1844 O'Brien: Dublin Journ. Vol. V. März 1833. Phillips: med. chir. Transactions. Vol. II. p. 527. Quiquerez: Oestreich. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde. VIII. 52. 1863. Rayer: in Broca. Gaz. des. hôp. Nro. 81. 1868. Ruge: Verhandlungen der Gesellsch. f. Geburtshülfe in Berlin. I. 172. 1846. Schultze, B. S.: Jenaische Zeitschrift I. 3. p. 384. 1864. Seutin: Annales de méd. belge. Décebr. 1838. G. Simon: Volkmann's Sammlung klinischer Vtrträge. Nro: 88. p. 18—20. Thompson, Henre: Lancet II. 22. Novbr. 1863. p. 621. Wegscheider: Monatsschrift XXI. 271.

Кромѣ тѣхъ мочевыхъ фистулъ, при которыхъ свищъ впадаетъ въ родовую каналъ, есть еще цѣлый рядъ поврежденій мочевого пузыря, при которыхъ просвѣтъ пузыря сообщается съ другими сосѣдними органами. Большею частью ненормальныя отверстія въ мочевомъ пузырьѣ возникаютъ вслѣдствіе заболѣваній сосѣднихъ органовъ, гсрп. изъязвленія этихъ послѣднихъ, и тогда этотъ процессъ нерѣдко можно разсматривать, какъ родъ естественнаго исцѣленія первоначальнаго страданія. Иногда даже припадки при подобныхъ состояніяхъ появляются только тогда, когда начинается или наступило прободеніе мочевого пузыря, такъ что, совсѣмъ нерѣдко пораженія самаго пузыря служатъ первыми признаками страданія этихъ сосѣднихъ органовъ и до самаго конца играютъ главную роль. Именно, мочевой пузырь можетъ находиться въ ненормальномъ сообщеніи съ яичникомъ, съ полостью развившагося внѣ матки яйца, съ прямою кишкой, съ тонкой и толстой кишкой, наконецъ даже съ желудкомъ и желчнымъ пузыремъ. Мы разсмотримъ здѣсь нѣсколько ближе эти разстройства.

§ 111. Прободенія мочевого пузыря кистами яичниковъ встрѣчаются не особенно рѣдко. Если изъ кисты переходить въ пузырь только жидкость, какъ то гной, Serum, колоидная жидкость, то по отхожденіи ея вмѣстѣ съ мочою ненормальное свойство мочи замѣчается только до тѣхъ поръ, пока существуетъ сообщеніе. Если давленіе со стороны кисты незначительно, то она опять закроется, и останется развѣ только на нѣкоторое время болѣзненность при мочеиспусканіи и во всякомъ случаѣ нѣкоторое катарральное свойство мочи. Примѣръ — случай Беннета и др. Другое дѣло, если изъ кистомы переходятъ въ пузырь болѣе грубые, плотные предметы. Изъ таковыхъ находили: волосы, комки жира и зубы. Обріенъ (1834), Сивіаль (1860), Робертъ Ли (1860), Гемфри (1864), Блэвменъ (1869) удаляли изъ пузыря большіе камни, изъ которыхъ каждому послужилъ зерномъ зубъ. Но лучше всѣхъ случай, который наблюдалъ Сетэнъ (въ Брюсселѣ 1838).

У 58-лѣтней женщины, у которой было распознано присутствіе пѣсколькихъ камней въ мочевомъ пузырьѣ, пытались сдѣлать литотрипсію, а потомъ была произведена литотомія и извлечены два камня, изъ которыхъ большій и болѣе крѣпкій находился въ тѣсномъ соприкосновеніи съ верхней и лѣвой боковой стѣнкой пузыря. Въ центрѣ этого камня, который раскололся при извлеченіи, находился настоящій зубъ. Послѣ смерти пациентки нашли, что внутренняя поверхность утолщенной стѣнки мочевого пузыря была инкрустирована мочевымъ пескомъ; лѣвый яичникъ былъ гипертрофированъ и въ центрѣ его нашли полость 1 дюйма въ поперечникѣ, въ которой находился пучекъ волосъ и костная масса. Полость яичника сужалась по направленію къ пузырю въ каналъ длиною въ 1 дюймъ и шириною въ 2—3 дюйма, который открывался въ пузырь. Въ этомъ каналѣ находилась пустая коронка зуба безъ корней, которая, равно какъ части костей и волосы въ полости яичника, была покрыта тонкимъ слоемъ мочевыхъ солей,— доказательство, что моча проникала въ эту полость. Лѣвая труба была перекинута къзади черезъ лѣвую Lig. ovarii. Второй болѣе плотный камень сидѣлъ въ каналѣ между пузыремъ и яичникомъ.

Кромѣ этого случая, и другіе авторы: Дельпешъ, Маршалль, Ларрей, Гамеланъ, Филинсъ, Деларивьеръ и Руге находили волосы въ мочевомъ пузырьѣ женщинъ, происходившіе безъ сомнѣнія изъ дермоидныхъ вѣсть, такъ какъ, за исключеніемъ случая Руге, во всѣхъ остальныхъ въ немъ были констатированы также кости и большею частью находили также жиръ и пр. Л. Майеръ и Ульрихъ наблюдали изліяніе обильныхъ количествъ жидкаго жира изъ вѣстомъ яичниковъ въ мочевой пузырь. Это выхожденіе волосъ, костей, зубовъ и жира продолжалось у нѣкоторыхъ больныхъ цѣлыми годами.

§ 112. Пробожденія вѣматочныхъ плодныхъ мѣшковъ и ихъ содержимаго въ мочевой пузырь происходятъ также вслѣдствіе развивающихся внутри этихъ мѣшковъ и въ ихъ окружности воспалительныхъ и гнойныхъ процессовъ. Какъ скоро существуетъ сообщеніе между пузыремъ и плоднымъ мѣшкомъ, части зародыша могутъ постепенно выходить черезъ пузырь наружу; но этотъ способъ выведенія ихъ наружу встрѣчается рѣже, чѣмъ черезъ вѣшечный каналъ, и Гислеръ до 1856 г. могъ собрать только шесть наблюденій такъ называемой вторичной мочепузырной беременности. Первый случай наблюдалъ въ 1714 Эберсбахъ. Самый важный и интересный изъ случаевъ этого рода наблюдалъ Иозефи въ Рохтофѣ, и мы приведемъ его здѣсь довольно подробно:

Пациентка Иозефи забеременѣла во второй разъ въ концѣ февраля 1788. Съ 37 недѣли она перестала чувствовать движеніе плода, съ Пасхи 1789 у нея снова появились регулы и до 1797 она чувствовала себя довольно хорошо, за исключеніемъ наступавшаго повременамъ давленія на мочевой пузырь и безпокойшей ее твердой и тягостной опухоли особенно въ пижней части живота съ правой стороны. Въ 1797 г. съ нею сдѣлался ознобъ, колики и боли въ крестцѣ, настоящія потуги, потомъ перемежающаяся лихорадка съ ежедневными троекратными приступами, которая продолжалась  $\frac{1}{4}$  года. Съ этого времени присоединилось еще затрудненное мочеиспусканіе съ ужасными болями, которыя заставляли ее мочиться почти ежеминутно, стоя на колѣняхъ, или по крайней мѣрѣ сильно наклонившись впередъ; моча каждый разъ отходила въ очень маломъ количествѣ и состояла изъ гноя и кусковъ густой



студенистой массы. Около Пасхи 1800 она впервые замѣтила, что въ мочеиспускательномъ каналѣ ея находилось твердое тѣло, и въ Ивановъ день 1800 у нея вышелъ съ мочою первый, бѣловато-сѣрый камень величиною съ бобъ. За нимъ послѣдовали сперва кость длиною въ 3 дюйма, именно *fibula* ребенка, потомъ камень, потомъ каменистая кость, покрытая фосфорнокислой известью, потомъ одинъ за другимъ 94 камня величиною отъ просянаго зерна до боба, затѣмъ скуловая кость, суставная часть затылочной кости, слуховая косточка, шесть зубовъ, кусокъ рѣшетчатой кости и т. д. Въ 1801 мочеиспускательный каналъ былъ расширенъ врачомъ посредствомъ надрѣза и изъ него счастливо извлечена нижняя челюсть. По временамъ наступало полное задержаніе мочи; дѣтородныя губы немного припухли и были красны и покрыты ссадинами отъ сочившейся по нимъ мочи. Катетеръ проходилъ черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ до шейки мочевого пузыря, гдѣ онъ наткнулся на большое, твердое тѣло, котораго нельзя было сдвинуть. Пациентка могла переносить свои мученія только сильно перегнувшись впередъ, или стоя на колѣняхъ. Аппетитъ былъ хорошъ, часто бывали завалы. При часто повторявшейся *Ischuria* выводилась катетеромъ ствратительно зловонная моча. Попытки расширить мочеиспускательный каналъ восковыми свѣчками возрастающей толщины и извлечь болѣе крупныя тѣла не удались, вслѣдствіе величины костей. Поэтому Иозефи разрѣзала брюшную стѣнку, вскрыла пузырь на 2 дюйма, и тогда удалила изъ него черезъ разрѣзъ 112 штукъ костей. Въ шейкѣ пузыря лежало еще три большихъ камня, извлеченіе которыхъ *per urethram* было невозможно. Въ основаніи пузыря справа, гдѣ торчала голова, находилось отверстіе. На третій день пациентка умерла, и Иозефи нашелъ въ стѣнкѣ мочевого пузыря два отверстія: одно на лѣво вверху въ основаніи, величиною съ грошъ, съ твердыми каллезными краями, другое лежавшее вверху направо, 2½ дюймовъ въ поперечникѣ, изъ котораго онъ при операціи съ трудомъ вытащилъ голову ребенка и которое очевидно находилось въ сообщеніи съ внѣматочнымъ плоднымъ мѣшкомъ.

Въ случаѣ Гислера (1856) у одной женщины спустя годъ послѣ начала ея второй беременности стали выходить *per Rectum* гной и кости 7-мѣсячнаго плода. Затѣмъ появились признаки со стороны мочевыхъ органовъ: посредствомъ катетера были открыты кости въ мочевомъ пузырьѣ и удалены черезъ мочеиспускательный каналъ. Дефекація происходила то черезъ прямую кишку, то черезъ мочевой пузырь. Больная умерла черезъ три недѣли послѣ перфорации мочевого пузыря отъ истощенія, и при вскрытіи были найдены свищеобразныя отверстія, которыя вели изъ плоднаго мѣшка въ прямую кишку и мочевой пузырь.

Томсонъ также извлекъ, сдѣлавъ два надрѣза въ мочеиспускательномъ каналѣ, различныя части зародыша изъ мочевого пузыря одной пациентки, которая семь лѣтъ считала себя беременною; кромѣ того ему удалось извлечь изъ полости, находившейся лѣво отъ пузыря и сообщавшейся съ нимъ, сперва въ пузырь, а потомъ изъ него наружу, руки, тазъ, ноги и части черепа зародыша. Пациентка совершенно выздоровѣла, осталась только умѣренная степень недержанія мочи. Подобный этому случай наблюдалъ Б. С. Шульце; здѣсь вѣроятно трубно-маточная беременность вскрылась кромѣ кишки еще въ матку, черезъ кожу живота и въ мочевой пузырь; сперва было констатировано выходненіе одного ребра и тѣла позвонка, потомъ большаго количества мелкихъ костей черезъ мочеиспускательный каналъ и послѣ расширенія фистулы между покровами живота и плоднымъ мѣшкомъ извлечены кости зародыша, затѣмъ констатировано сообщеніе съ мочевымъ пузыремъ посредствомъ прополоскиванія плоднаго мѣшка со стороны пузыря, и наконецъ пациентка совершенно выздоровѣла, хотъ и не предпринимали въ отдѣльности закрытія отверстія въ пузырьѣ со стороны брюшной рапы. У этой пациентки нѣсколько разъ наступали ремиссивныя явленія, которыя Б. С. Шульце объяснялъ катарральнымъ воспаленіемъ, распространившимся со слизистой оболочки мочевого пузыря, которая находилась въ постоянномъ соприкосновеніи съ гниющими веществами. — Въ случаѣ Эдгара пациентка умерла раньше, чѣмъ части зародыша, развившагося въ маточномъ отдѣлѣ лѣвой трубы, успѣли проникнуть черезъ уже существовавшее отверстіе въ мочевой пузырь.

§ 113. Ненормальные сообщения между просветом мочевого пузыря и прямой кишки встречаются у женщин чрезвычайно редко. Происхождение их обуславливается по большей части абсцессами в малом тазу или вблизи от него, которые вскрываются какъ въ мочевой пузырь, такъ и въ прямую кишку. Иногда при этомъ положеніе мѣста прободенія и соединяющей оба органа свищевой ходъ таковы, что моча проходитъ въ кишку, а калъ въ пузырь пройти не можетъ, такъ что возникаетъ дѣйствительно мочеваѣ фистула, именно пузырно-прямокишечная фистула. Примѣромъ можетъ служить случай, который наблюдалъ Эбль, гдѣ 20-лѣтняя дѣвушка получила Psoriasis съ образованіемъ абсцессовъ, черезъ 4—6 недѣль отъ начала болѣзни стала выдѣлять кровь, гной и мочу изъ прямой кишки и послѣ того уже не выдѣляла мочи естественнымъ путемъ до тѣхъ поръ, пока съ уменьшеніемъ истеченія изъ прямой кишки моча не начала опять выдѣляться чаще черезъ мочеиспускательный каналъ. — Если, какъ въ приведенномъ выше случаѣ Гислера (§ 112), сообщеніе между прямою кишкой и мочевымъ пузыремъ велико, то содержимое кишки можетъ пройти черезъ него, и дѣло можетъ конечно дойти и до образованія камней. Подобную, хотя возникшую отъ другой причины пузырно-прямокишечную фистулу наблюдалъ Джоржъ Гленъ. У пациентки, о которой идетъ рѣчь, вскорѣ послѣ тяжелыхъ родовъ обнаружилось явленіе, указывавшія на воспалительные процессы въ животѣ, съ сильными припадками затрудненнаго мочеиспусканія. Пациентка поправилась, но черезъ 14 мѣсяцевъ у нея, вмѣстѣ съ возвращеніемъ тѣхъ же страданій, появилось весьма болѣзненное выходненіе кишечныхъ газовъ и кала изъ мочеиспускательнаго канала и спустя годъ она умерла. Въ основаніи пузыря, стѣнки котораго были истончены, оказалось отверстіе, сообщавшееся съ прямою кишкой; здѣсь послѣ тяжелыхъ родовъ произошло слипчивое воспаленіе съ образованіемъ абсцессовъ, ходы которыхъ произвели прободеніе Recti и пузыря и повели къ образованію прямокишечно-пузырной фистулы.

Между мочевымъ пузыремъ и вышележащими частями кишечника, именно Peum и Jejunum, легче происходятъ склеиванія и легче также возникаютъ фистулы, такъ какъ путь для нихъ короче. *Fistulam colico-vesicalem* описалъ, на примѣръ, von Geuns: воронкообразное отверстіе, черезъ которое можно было провести умѣренно толстое перо, шло отъ кишки въ основаніе пузыря, на нѣсколько дюймовъ выше заднаго прохода. Пациентка 5 лѣтъ тому назадъ была больна холерой и съ тѣхъ поръ хорошенько не поправлялась. Самый поучительный случай *fistulae intestino-vesicalis* сообщенъ Л. Майеромъ.

28-лѣтняя пациентка рожала нормально 2 раза и черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ своихъ вторыхъ родовъ на 27 году захворала обильными поносами со вздутіемъ всего живота, болями въ regio iliaca dextra и въ этой мѣстности развилась болѣзненная опухоль, которую можно было прощупать черезъ брюшные покровы. Къ этой послѣдней присоединились спустя  $\frac{1}{4}$  года мучительные припадки со стороны мочевого пузыря и продолжались 3 года; потомъ пациентка опять забеременѣла, и въ половинѣ этой беременности почувствовала однажды безъ особенныхъ болей выходненіе кишечныхъ газовъ черезъ устье мочеиспускательнаго канала. Скоро послѣ того она замѣтила,

что моча у нея иногда бывает зеленоватого, сѣраго цвѣта, очень густа, съ хлопьями, смѣшана съ разнообразными тѣлами, какъ-то непереваренными *Ingesta*: кусочками картофеля, мышечными волокнами, шоколадомъ, которые выводятся черезъ 3—4 часа послѣ принятія пищи почти неизмѣненными. Голубика придавала мочѣ соответственную окраску. Припадки со стороны пузыря ослабли лишь немного; беременность достигла своего нормального конца, роды пришлось окончить поворотомъ вслѣдствіе поперечнаго положенія ребенка. Родильный періодъ прошелъ довольно правильно. Послѣ него регулы не возвращались, поносы сдѣлались чаще, въ особенности ночью, когда ей приходилось ходить по шести до девяти разъ, съ болью во всемъ животѣ и мучительными тенезмами. Испражнения были большею частью совершенно жидки, хлопьями, сѣро-зеленоватого цвѣта, съ непереваренными остатками пищи, и походила на выдѣленія изъ мочевого пузыря, отличаясь только болѣе фекальнымъ запахомъ. Упомянутая опухоль вѣдрилась изъ большого таза черезъ входъ въ малый тазъ и наполнила его правую переднюю верхнюю часть.—Мочепускательный каналъ былъ расширенъ, отыскать катетеромъ отверстіе фистулы не удалось. Въ то время быстрое расширеніе мочепускательнаго канала и ощупываніе внутренней поверхности мочевого пузыря пальцемъ примѣнялось еще крайне рѣдко. Большая увѣряла, что когда содержимое кишочкѣ вступаетъ въ пузырь, у нея является такое ощущеніе, какъ будто ей впрыскиваютъ въ пузырь жгучую жидкость, и въ немъ тотчасъ же наступаетъ мучительный позывъ къ мочеиспусканію. Боли въ пузырьѣ при мочеиспусканіи судорожныя, распространяются въ мочепускательный каналъ до самаго отіісіумъ и бывають здѣсь особенно сильны, когда выходятъ куски кала. Л. Майеръ принималъ, какъ причину перфорации, раковое страданіе кишки, мѣсто прободенія предполагалъ въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ тонкой кишки, а причину поносовъ съ мучительнымъ тенезмомъ по ночамъ объяснялъ тѣмъ, что при лежаніи положеніи моча переходить изъ пузыря въ кишку. Такъ какъ пациентка подъ вліяніемъ укряпляющихъ и слегка вяжущихъ средствъ поправилась, то діагнозъ не могъ быть подтвержденъ вскрытіемъ, и можно съ такою же вѣроятностью предполагать сообщеніе между *Coecum, resp. Processus vermiformis* и пузыремъ, происшедшее вслѣдствіе *Perityphlitis*. Къ тому же, при пузырно-тонкокишечныхъ фистулахъ, обусловленныхъ туберкулезными язвами, каковыя наблюдалъ напр. Кикере у мужчины, а также при раковыхъ язвахъ, вскрывшихся въ сосѣдній органъ, пациентка едва ли выдержала бы такъ долго—болѣе 1½ года—тѣмъ болѣе, что существованіе болѣзненной опухоли было констатировано 5 лѣтъ тому назадъ.

§ 114. Прямая сообщенія между желудкомъ и мочевымъ пузыремъ у женщинъ изъ литературы мнѣ не извѣстны. Можно однако допустить, что мочевой пузырь, растянутый задержанною въ огромномъ количествѣ мочей, можетъ сростись вслѣдствіе перицистита съ желудкомъ, *resp.* съ желчнымъ пузыремъ, и селезенная часть въ послѣдствіи можетъ подвергнуться прободенію. Такъ въ пузырьѣ находили желчные камни, но они, а также содержимое желудка, могли попасть въ пузырь и окольнымъ путемъ, именно вслѣдствіе того, что правая почка, сросшаяся съ желудкомъ или желчнымъ пузыремъ, подверглась прободенію со стороны стѣнокъ желудка и послужила сточнымъ каналомъ изъ желудка въ пузырь. Такъ было напр. въ случаѣ, озаглавленномъ Меліономъ: 56 лѣтній мужчина, страдавшій *Nephritide calculosa*, извергъ съ мочою маковыя зерна и лапшу, въ задней стѣнкѣ его желудка находилось отверстіе, которое вело въ правую почку, въ верхней части которой имѣлась полость, а въ лоханкѣ находились два камня. Правой мочеточникъ имѣлъ толщину ствола пера, и въ мочевомъ пузырьѣ находился очень крѣпкій камень величиною въ куриное яйцо.—Подобные случаи возможны конечно и у женщинъ.

§ 115. Признаки всѣхъ этихъ разнообразныхъ фистулъ мочевого пузыря видны изъ приведенныхъ примѣровъ, прекрасно выясняющихъ въ тоже время ихъ этиологію. Діагнозъ ихъ не труденъ, если, при первомъ наступленіи припадковъ затрудненнаго мочеиспусканія, не упускаютъ изъ виду сдѣлать точное изслѣдованіе выпущенной прямо катетеромъ мочи при помощи химическихъ реактивовъ, а также подъ микроскопомъ. Растительныя и животныя влѣтки часто узнаются подъ микроскопомъ въ большомъ количествѣ. Остатки пищи часто бываетъ достаточно осмотрѣть простымъ глазомъ—предполагая, что они вышли несомнѣнно *per urethram*. Для опредѣленія же мѣста и величины этихъ пузырно-кишечныхъ фистулъ, конечно, непрѣменно нужно расширить мочеиспускательный каналъ. По всей вѣроятности, можно прямо подставить при помощи зеркала мѣсто сообщенія, проведя по пальцу въ фистулу длинный эластическій катетеръ и надвинувъ по немъ наиболѣе подходящее изъ зеркалъ мочеиспускательнаго канала, черезъ которое можно еще, для обнаженія краевъ фистулы, вколоть въ нихъ короткіе острые крючечки.

§ 116. Предсказаніе при пузырно-кишечныхъ фистулахъ нужно вообще назвать неблагоприятнымъ. Несмотря на моментальное облегченіе и кажущееся улучшеніе, больныя большею частью чахнутъ и медленно приближаются къ смерти. Будемъ надѣяться, что при помощи прямого леченія все больше и больше будетъ удаваться доставить вѣрное исцѣленіе и этого рода пациенткамъ. Наблюдается, правда, какъ доказываетъ случай Эд. Мартина, и самопроизвольное излеченіе, поддерживаемое пѣлесообразной діетой, но это случается, кажется, преимущественно только при тѣхъ пузырно-кишечныхъ фистулахъ, которыя были произведены изъязвившимся эксудатомъ; сморщиваясь, эксудатъ производитъ всестороннее сжатіе свищеваго хода. — При фистулахъ между пузыремъ и яичниками и пузыремъ и плоднымъ мѣшкомъ предсказаніе въ общей сложности благоприятнѣе, потому что онѣ закрываются скорѣе, какъ только перестанутъ проходить черезъ нихъ постороннія тѣла.

§ 117. Лечение: До сихъ поръ терапія собственно была безсильна передъ этими страданіями. Лишь въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ фистула явственно находилась въ верхнемъ отдѣлѣ прямой кишки или въ S—гоманш, посредствомъ колотомін Амюсса отводили калъ отъ фистулъ, стало быть и отъ мочевого пузыря, и достигали такимъ образомъ болѣе сноснаго состоянія. Въ настоящее время можно, расширивъ мочеиспускательный каналъ, отыскать пальцемъ пузырное отверстіе фистулы, потомъ, какъ мы указали въ § 115, вставить его въ зеркало и произвести аккуратно прижиганіе его адскимъ камнемъ *in substantia* или хромовой кислотой. Употреблять каленое желѣзо можно, конечно, лишь съ большою осторожностью и слегка по причинѣ близости брюшины.

Если заживленіе такимъ путемъ не удалось, то остается еще сильно рекомендуемый опять въ послѣднее время г. Симономъ и др. разрѣзъ влагалищно-пузырной стѣнки (см. введеніе § 8), черезъ который выводятъ мочевой пузырь, причѣмъ можно тщательнѣе прижечь фистулу и

даже подумать о закрытіи ея кровавымъ швомъ изъ нитей вѣтгута. Въ этомъ случаѣ разрывъ пузырно-влагалищной стѣнки закрываютъ только послѣ излеченія фистулы.

При сообщеніяхъ мочевого пузыря съ плодовыми мѣшками или съ дермоидными вѣстами, отъ величины находящихся въ пузырьѣ конкрементовъ, костей и камней, частью же отъ величины опухоли и преобладающей наклонности ея къ прободенію въ ту или другую сторону будетъ зависеть, достаточно ли будетъ расширить мочеиспускательный каналъ, извлечь постороннія тѣла и прижечь полость, или нужно сдѣлать разрывъ черезъ брюшныя покровы и стѣнки пузыря надъ лоннымъ сращеніемъ, или же вырѣзать опухоль яичника.

Вообще при всѣхъ видахъ ненормальнаго сообщенія мочевого пузыря съ сосѣдними органами нужно какъ можно чаще дезинфицировать внутреннюю поверхность пераго, орошая ее тепловатыми растворами салициловой кислоты (1:1000) посредствомъ Хегаровской воронки, давать внутрь слабія мочегонныя и если въ пузырь опорожняется свое содержимое кишка, то стараться понизить ея перистальтику умѣреннымъ употребленіемъ опіатовъ, а также помѣшать переходу пищевыхъ веществъ въ пузырь одновременнымъ употребленіемъ вяжущихъ средствъ (*Decoct. Chinae, Colombo, Ratanhiae*).

### III. Разрывы женскаго мочевого пузыря.

**Литература:** R. Barnes: *Obstetr. Transactions*. Vol. V. 1864, p. 171. A. Graw: *Zur Casuistik der Blasenrupturen*. I.-D. Breslau 1861. 30 S. Jos Gruber: *Wiener Wochenbl.* Nro. 37. 1857. Harrison: *Dublin Journ.* 1836, p. 27 u. Schmidt's *Jahrb.* Bd. 17. S. 97. Hawkins: *Lancet* 1850. Vol. I. p. 573. Aouel: *Des plaies et des ruptures de la vessie*. Thèse. Paris 1857. Lyn: *med. observat. and Inquiries* IV. Nro. 36 Macpherson and Dickson: *med. chirurg. Transactions*, Vol. 33. 1852. Bull. de la société d'anatomie. 1854. p. 21. Ed. Martin: *Neigungen u. Beugungen d. Gebärmutter*. II. Aufl. 1870. p. 233. Leonidas van Praag: *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*. Berlin 1851. Bd. 29. p. 225. u. 229 (enthält die Fälle von Lynn und Doeveren). Smith: *New-York Journal*. May 1851. Schmidt's *Jahrbcher*. Bd. 94. p. 59. R. W. Smith: *Dublin Journal*. Bd. 53. p. 347. April 1872. Winckel: *Berichte u. Studien a. d. Kgl. Entbindungs-Institute in Dresten*. 1876. II. Bd. p. 76.

§ 118. **Этіологія.** Разрывъ мочевого пузыря у женщины можетъ въ обыкновенныхъ случаяхъ произойти только тогда, когда этотъ органъ болѣе или менѣе наполненъ и на стѣнки его подѣйствуетъ насиліе снаружи или со стороны сосѣднихъ органовъ. Чѣмъ больше насиліе, тѣмъ меньшая нужна степень наполненія; толчокъ, ударъ, паденіе на животъ, паденіе на ноги съ значительной высоты можетъ, какъ доказалъ въ одномъ случаѣ Веригеръ, произвести разрывъ даже при пустомъ пузырьѣ. Однако эти причины, встрѣчающіяся такъ часто у мужчинъ, именно при дракахъ,—у женщинъ наблюдаются гораздо рѣже, поэтому и разрывъ пузыря у послѣднихъ случается гораздо рѣже чѣмъ у мужчинъ: Graw нашель изъ 86 случаевъ только 11 у женщинъ. Гоулинсъ нашель у одной женщины, получившей ударъ въ животъ, два разрыва пузыря; одинъ въ 1,5 цтм. длиною, сообщался съ брюшною полостью, другой велъ въ тазовую кляѣчатку. Быть можетъ также большая подвижность

пузыря внизу, податливость передней стѣнки рукава и vulvae предохраняють лучше женскій пузырь отъ подобныхъ разрывовъ, тогда какъ узкій выходъ мужскаго таза и неподатливость его органовъ представляютъ такое сильное противодѣйствіе давленію, что здѣсь легче можетъ послѣдовать разрывъ. — Напротивъ, у женщинъ нѣсколько разъ происходила *ruptura vesicae* вследствие слишкомъ сильнаго растяженія, очевидно въ связи съ заболѣваніемъ стѣнки мочевого пузыря, что нерѣдко наблюдается при *Retroversio* и *Retroflexio uteri gravidi*. Несомнѣнно констатированные вскрытіемъ случаи этого рода принадлежатъ Gualth van Doeveren (1765) и Линну (1767). Въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ, которые также приводились въ примѣръ разрыва пузыря (напр. Эд. Мартиномъ), какъ въ случаѣ Рейнике, Уильяма Гентера и Уолла, дѣло шло только о сильномъ задержаніи мочи при упомянутыхъ аномаліяхъ положенія беременной матки. Въ новѣйшее время не встрѣчается случаевъ разрыва пузыря отъ этой причины, очевидно потому, что повивальныя бабки лучше образованы и легче получить врачебную помощь. Но что онъ вообще возможенъ въ очень запущенныхъ случаяхъ этого рода—свидѣтельствуетъ обнародованный мною случай (I. с. p. 76): въ дрезденскій повивальный институтъ была принята почти умирающая беременная съ *Retroflexio uteri*, погибшая черезъ нѣсколько часовъ, несмотря на легко удавшееся вправленіе органа; мочевой пузырь ея былъ растянутъ въ полость величиною съ дѣтскую голову, мѣстами съ очень тонкими, мѣстами съ довольно толстыми стѣнками, наполненную мутной, очень вонючей мочей. Сосуды его были сильно налиты и въ основаніи его находилась на пространствѣ ладони группа болѣе или менѣе мелкихъ дефектовъ ткани, покрытыхъ густою сметанообразною жидкостью съ амміачнымъ запахомъ. Таковъ былъ результатъ, найденный на трупѣ послѣ того, какъ мочевой пузырь на живой былъ опорожненъ незадолго до смерти катетеромъ, и не трудно усмотрѣть, что еслибы наступившія при чрезмерно сильномъ наполненіи пузыря потуги, или попытка въ испражненію, заставили пациентку сильно жлтиться, то, при значительной толщинѣ стѣнокъ въ другихъ мѣстахъ и плотномъ прижатіи шейки пузыря къ лонному сращенію, эти истонченныя мѣста, гдѣ стѣнка была повреждена, могли бы уступить и тогда пузырь бы лопнулъ.—Говорили также о разрывахъ мочевого пузыря во время родовъ, но мнѣ неизвѣстно случаевъ этого рода. Происходяція при этомъ условіи разможенія и разрывы носятъ другой характеръ (пузырь не лопается, а прорывается извнѣ), и при родахъ встрѣчаются почти исключительно поврежденія сейчасъ упомянутыя, тогда какъ по аналогіи съ приведеннымъ выше случаемъ не представляется невозможнымъ происхожденіе разрыва пузыря подъ вліяніемъ усиленнаго дѣйствія брюшнаго пресса, при болѣзненномъ состояніи и сильномъ наполненіи органа.

§ 119. Анатомическія данныя. Въ случаѣ Doeveren'a нашли мочевой пузырь лопнувшимъ и всю брюшную полость наполненною мочей. Пузырь былъ растянутъ выше пупка и висѣлъ въ видѣ болтающейся перепонки въ брюшной полости. Линнъ нашелъ въ животѣ 9—10 пинтъ мочи, пузырь былъ прорванъ вблизи основанія и висѣлъ какъ тряпка въ брюшной полости, рана его

омертвѣла по окружности. Разрывъ можетъ произойти не только въ той части стѣнки, которая покрыта брюшиной, но и въ передней стѣнкѣ. У лопнувшего мѣста находятъ мягкіе или болѣе плотные лимфатическіе экссудаты, которые склеиваютъ пузырь съ сосѣдними органами и даже могутъ отдѣлать какъ бы капсулой мочу отъ окружающаго пространства. Локалізація разрыва большею частью въ задней стѣнкѣ вблизи темени пузыря объясняется относительною тонкостью этого мѣста. Направленіе разрыва находили косымъ или поперечнымъ, въ серозномъ покровѣ отверстіе было больше чѣмъ въ слизистой оболочкѣ и *Muscularis*; длина разрыва равнялась большею частью 1—2 дюймамъ, края брюшины представлялись острыми, мышечной оболочки—зубчатыми съ съ кровоподтеками; слизистая оболочка въ большинствѣ случаевъ была окружена маленькимъ краснымъ валикомъ и выстояла вслѣдствіе изліянія въ подслизистую ткань. Въ одномъ случаѣ, гдѣ произошло выходженіе мочи при разрывѣ передней стѣнки, моча просочилась вплоть до пупка и только у этого послѣдняго прорвала брюшину. Изъ 61 случаевъ разрыва мочевого пузыря у мужчинъ и женщинъ, по Смиту, въ 50 разрывъ прошелъ черезъ *peritonium*. въ 9 онъ находился въ передней, не покрытой брюшиною стѣнкѣ, въ 2 въ шейкѣ пузыря; въ 54 наступилъ перитонитъ, въ 7 его не было.

§ 120. Признаки. За разрывомъ пузыря очень скоро слѣдуютъ, вмѣстѣ съ выходженіемъ мочи въ окружающее пространство, самыя тяжелыя явленія *collapsus*; сильная боль въ *Regio hypogastrica*, иногда ощущеніе разрыванія, лопанія (случай Линна), потомъ сильный позывъ къ мочеиспусканію при невозможности помочиться, чувство гнетущаго страха, вздутіе живота, наклонность къ рвотѣ, рвота, и съ изліяніемъ мочи въ брюшную полость или безъ него—перитонитъ, съ влейкой кожей, мочевымъ запахомъ накожныхъ испареній и малымъ, очень частымъ пульсомъ. Моча, которая еще выдѣляется самопроизвольно или посредствомъ катетера, бываетъ чаще смѣшана съ кровью, но иногда ее находили свѣтлою. Если разрывъ произошелъ въ передней стѣнкѣ, то моча инфильтрируетъ пространство между нею и брюшными покровами. Смитъ нашелъ переломъ таза у 60-ти-лѣтней женщины, черезъ которую перѣѣхалъ экипажъ: моча была кровавая и въ правой *fossa iliaca* находилась болѣзненная опухоль, изъ которой при проволѣ вышелъ воздухъ, гной и моча. При такихъ инфильтраціяхъ мочою перитонитъ можетъ совершенно отсутствовать, можетъ наступить образованіе абсцессовъ и самопроизвольное излеченіе. Вообще же въ скоромъ времени наступаетъ смерть при усиливающимся боляхъ и особенно мучительномъ позывѣ къ мочеиспусканію.

§ 121. Если уже развился перитонитъ или произошли еще другія поврежденія вслѣдствіе того же насилія, то діагнозъ разрыва мочевого пузыря можетъ быть весьма затруднителенъ. Сильный позывъ къ мочеиспусканію во всякомъ случаѣ заставитъ ввести катетеръ, а кровавая моча при остромъ наступленіи страданія наведетъ на мысль о поврежденіи мочевого пузыря. Затѣмъ точный распросъ больной, тщательное изслѣдованіе всѣхъ относящихся къ дѣлу моментовъ, особенно состоянія внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ,

должны привести къ догадѣ о родѣ поврежденія. Сильное зловоніе мочи говоритъ за заболѣваніе стѣнки мочевого пузыря; далѣе въ характерѣ выхожденія мочи находили опору для діагноза, такъ какъ иногда послѣ введенія катетера совсѣмъ не выходило мочи до тѣхъ поръ, пока инструментъ не проникъ въ разрывъ и не начиналъ выводить наружу мочу, излившуюся въ брюшную полость; затѣмъ находили, что полная струя чередовалась съ истеченіемъ мочи по каплямъ и съ выхожденіемъ ея съ промежутками. Въ общей сложности можно бываетъ разобрать только картину перитонита отъ прободенія, и до вскрытія не всегда удается опредѣлить, какой органъ лопнулъ, въ особенности тогда, когда явленіямъ внезапнаго collapse уже предшествовали признаки мѣстнаго или разлитаго перитонита. Теперь спрашивается, слѣдуетъ ли, если предполагаютъ разрывъ пузыря, попытаться отыскать разрывъ катетеромъ, или нужно прощупать его пальцемъ послѣ расширения мочеиспускательнаго канала, конечно не ради одного только діагноза, а въ видахъ назначенія рациональнаго леченія. Можно привести столько же основаній въ пользу, какъ и противъ этого приема. Противъ него можно сказать, что разрывъ опять раскроется, перитонитъ усилится вслѣдствіе новаго поступленія мочи, что пациентка, сильно работая брюшнымъ прессомъ во время расширенія, можетъ и безъ наркоза скорѣе впасть въ коллапсъ, а при употребленіи хлороформа очень легко можетъ заснуть навсегда, далѣе, что нельзя добиться полного истеченія мочи обратно черезъ разрывъ. Въ пользу его можно привести, что можно удалить большую часть вредной жидкости изъ брюшной полости катетеромъ, что владѣваніе дренажной трубки черезъ разрывъ въ брюшную полость доставляетъ очень легкій стокъ не только для изліянія, находящагося въ мѣшѣ брюшины, но и для мочи, собирающейся въ мочевомъ пузырьѣ, и что всѣ новѣйшіе опыты показываютъ, какъ легко и хорошо переносятся такія дренажныя трубки въ полости брюшины, съ прополаскиваніемъ ея растворами салициловой кислоты или безъ него. Проволокомъ брюшной стѣнки можно было бы удалить большую часть моментально скопившейся мочи, но не всю, и нельзя было бы такъ хорошо воспользоваться дренажемъ съ истеченіемъ мочи. Я стою слѣдовательно за то, чтобы при подозрѣніи на разрывъ мочевого пузыря у женщины было произведено расширеніе мочеиспускательнаго канала и точное ощупываніе внутренней поверхности пузыря, причѣмъ однако не слѣдуетъ прибѣгать къ наркотизаціи.

§ 122. Къ этому совѣту побуждаетъ меня именно очень дурное предсказаніе. Правда, изъ 97 случаевъ разрыва мочевого пузыря 6 окончились излеченіемъ, но 50% умерли въ теченіи 5 дней, 30% въ 5—10 и остальные въ 10—20 дней. При инфильтраціи мочи предсказаніе конечно лучше. Къ счастью, случаи эти вообще очень рѣдки, но въ виду таковыхъ роковыхъ исходовъ мы должны всѣми способами стремиться къ улучшенію шансовъ на излеченіе, и безъ сомнѣнія прямо показано—пользоваться въ примѣненіи къ этому страданію тѣми успѣхами въ леченіи ранъ брюшины, которые сдѣланы при овариотоміи.



§ 123. Лечение. Еслибъ у пациентки съ такими угрожающими явлениями, какія мы описали выше, показались подъ кожей живота выбухшія мѣста, то конечно слѣдовало бы не колеблясь сперва опорожнить катетеромъ мочевой пузырь, а потомъ прорѣзать тѣ мѣста, гдѣ прощупывается жидкость, чтобы вывести ее по возможности. Исслѣдованіе на мочевины дополнило бы діагнозъ. Еслибъ наступилъ внезапный перитонитъ, герп. внезапное изліяніе въ *peritonäum*, то слѣдовало бы послѣ опорожненія пузыря употребить мѣстно ледъ и опіаты внутрь, и потомъ выждать, не уменьшатся ли при этомъ угрожающія явленія. Противъ усиленнаго позыва къ мочеиспусканію можно попробовать дѣйствовать прополаскиваніями пузыря наркотическими растворами (*Infus. ol. hyoscyami 5,0 : 200,0*), причѣмъ нужно постоянно слѣдить за свойствомъ и количествомъ мочи, и если она мутна и смѣшана съ кровью и угрожающія явленія не уступаютъ черезъ 1—2 дня весьма замѣтнымъ образомъ, то настало время предпринять исслѣдованіе пузыря пальцемъ. Если будетъ найдено прободеніе этого органа и перкуссия указываетъ на большое количество жидкости въ животѣ, то нужно осторожно пройти эластическимъ катетеромъ черезъ разрывъ, и если выходитъ значительное количество жидкости, то слѣдуетъ вмѣсто катетера провести при помощи проводника снаружи, черезъ мочеиспускательный каналъ и пузырь и черезъ рану пузыря въ полость брюшины дренажную трубку, которую оставляютъ спокойно на мѣстѣ пока не наступитъ существенное улучшеніе явленій, или по временамъ владываютъ другую, замѣняя постепенно болѣе толстыя все болѣе и болѣе тонкими, если въ животѣ есть еще жидкость, и угрожающія явленія не исчезаютъ. Какъ скоро отверстіе настолько уменьшилось, что можно лишь съ значительнымъ затрудненіемъ провести эту трубку черезъ стѣнку пузыря, слѣдуетъ прервать дренажированіе и прижигать только рану *Argento nitrico in subst.*

Проколъ черезъ рувавъ для выведенія жидкости, находящейся въ Дугласовомъ пространствѣ, можетъ быть нуженъ только въ такомъ случаѣ, если она инкапсулирована и угрожаетъ повести къ образованію абсцесса. Если она сообщается свободно, т. е. если можно выдавить ее *per vaginam*, то нужно попытаться дезинфицировать и ее посредствомъ инъекцій черезъ дренажную трубку. Само собою разумѣется, что при этомъ нужно обращать должное вниманіе на положеніе матки и заботиться о легкой дефекаціи. Нужно также съ одной стороны поддерживать силы пациентки, съ другой—притупить ея чувствительность къ манипуляціямъ, которыя должны быть произведены въ пузырьѣ, частыми впрыскиваніями эфира подъ кожу (каждый разъ по полному шприцу въ 6,7 грм.), которыя можно повторять черезъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 часа до тѣхъ поръ, пока *collapsus* значителенъ. Эти совѣты, имѣющіе чисто теоретическое значеніе по отношенію къ занимающему насъ здѣсь страданію, но много разъ оправдавшіеся на практикѣ при другихъ болѣзняхъ, могли бы, можетъ быть, способствовать спасенію жизни женщины, пораженной разрывомъ пузыря.

ГЛАВА IV.

Новообразованія въ стѣнках женскаго мочеваго пузыря.

**Литратура:** Albers: Rhein. u. westfäl. Correspondenzblatt. Nro. 15. 1844. Anderson: Brit. med. Journal 1870. Jan. 22. p. 79. Baillie: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 106. p. 323. Bardeleben: Chirurgie VI. Auflage. Bd. IV. p. 221. Birkett: med. chir. Transactions. XLI. p. 311—323. 1858. Braxton-Hicks: Lancet. May 30. 1868. Campa: Gazzetta medica Italiana Lombardia. Nro. 28. 1866. Civiale: Gaz. méd. de Paris. Nro. 52. 1834. Clarke, W. Mich.: Med. Times. Aug. 18 1860. Coulson: Lancet II. 8. 1860. Faye: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 153. p. 294. aus: Nord med. Art. III. 1. Nro 10. 1871. Förster: 1) Illustr. med. Zeitung; III. 3. 1853 und 2) Handbuch der speciellen pathol. Anatomie. II. Aufl. Leipzig 1863. p. 536—539. Freund, W. A.: Virchow's Archiv. Bd. LXIV. 1876. Gersuny: v. Langenbeck's Archiv. Ed. III (Fall von Jackson). Guersant: Gaz. des hôpit. Nro. 81. 1868. Heilborn: Ueber den Krebs der Harnblase. I.-Diss. Berlin 1869 b. Gustav Lange. 39 Seiten. Hewett, Prescottt Virchow-Hirsch für 1874. Hutchinson, J.: med. Times and Gaz. May 2 und 9 1857. Klebs: Handbuch der patholog. Anatomie. I. p. 698. Kussmaul: Wüzburger med. Zeitschrift. IV. 1. p. 24 1868. Luithe n: Würtemb. med. Correspondenzblatt. Nro. 34. 1869. Lücke in: Pitha-Billroth II. 1. 1869. 250. 151. Plazl-Rigler: Spitals-Zeitung. Nro. 34. 34. 23. Aug. 1862. Plieninger: Würtemb. med. Correspondenzblatt Nro. 23. 1834. Scanzonni l. c. p. 307. Schatz: Archiv für Gynäkologie. X. Heft 2. Senfleben: Langenbeck's Archiv. Bd. I. G. Simon: Volkman's klinische Vorträge. Nro. 88. Smith, Th. Virchow-Hirsch. Bericht pro 1872. II. 184. Spiegelberg: Berliner klin. Wochenschrift. XII. p. 202. 1875. Wagstaffe: Transact. of the patholog. Society of London. XVIII. p. 201. 1868. Walter, F. A.: Schmidt's Jahrb. Bd. 106. p. 323. Warner: Schmidt's Jahrb. Bd. 106. p. 323. Watson: Edinb. med. Journal. V. p. 1093. 1869. Winckel, F.: Berichte u. Studien. II. Bd. Leipzig 1876. Hirzel p. 132—136.

§ 124. Патологическая анатомія. Въ стѣнках женскаго мочеваго пузыря наблюдали до сихъ поръ слѣдующія новообразованія: полипы слизистой оболочки и полипозныя гипертрофін, вѣтвы слизистой оболочки, затѣмъ папиллярныя или сосочковыя опухоли, далѣе фиброзныя опухоли, фиброміомы и саркомы, кромѣ того буторки и наконецъ раковыя новообразованія.

а) Полипы слизистой оболочки и полипозная гипертрофія слизистой оболочки. Mucosa утолщена, мягка, губчата, на поверхности дольчата, на большомъ или ограниченномъ пространствѣ, слегка кровоточить, нерѣдко покрыта инкрустациями; она пропитана серозной, студенистой жидкостью, капилляры ея обильно разрощены, на поверхности обильное образованіе клѣткъ. Muscularis и Serosa большею частью также утолщены, первая гипертрофирована. Отдѣльные полипы слизистой оболочки пузыря бываютъ врожденные; такъ въ 1875 г. мы нашли при вскрытіи новорожденнаго два стебельчатыхъ полипа этого рода на задней стѣнкѣ мочеваго пузыря.

№ 426. 1875. Второродящая, которая лечилась нѣкоторое время отъ Брайтовой болѣзни, родила 12 мая 1875 въ 3 часа утра дѣвочку приблизительно 8 мѣсяцевъ, длиною въ 37,5 цтм., вѣсившую 1350 грм., умершую черезъ 32 часа. Вскрытіе ея показало: подкожная ткань всюду сильно отечна. Въ легкихъ нѣсколько ателектатическихъ мѣстъ. Въ животѣ немного свободной жидкости. Мочевой пузырь былъ

сокращенъ, слизистая оболочка его богата кровью. Изъ основанія пузыря выходилъ полукруглый, мягкй, очень богатый кровью слизистый полипъ величиною больше горошины, сидѣвшй на ножкѣ; въ нижней части пузыря находилса такой же второй, величиною съ горошину. Стѣнка пузыря была относительно толста; тазовая и забрюшинная клѣтчатка сильно отечна.

• Отдѣльно встрѣчающіеся полипы могутъ достигать величины крупнаго яйца и даже яйца индѣйки (случай Гетчинсона), и ихъ находили иногда одновременно съ фибридомъ матки (2 случая Гетчинсона). Вещество ихъ состоитъ изъ волнистой, болѣе или менѣе грубой соединительной ткани и изъ ворсинчатой, гиперплазированной слизистой оболочки (случай Царнера, Герсана, Шпигельберга и др.).

b) Кисты стѣнки мочеваго пузыря встрѣчаются частью въ слизистой оболочкѣ, вмѣстѣ съ кистами въ мочеточникахъ. По свидѣтельству Фуэнты, случай дермоидной кисты пузыря приводитъ Пэдждетъ (Surg. path. II. p. 84). Въ моемъ распоряженіи не было оригинала, такъ что я не могу сказать, возникла ли эта киста дѣйствительно изъ стѣнокъ пузыря, или подобно случаямъ, описаннымъ Глуге (Schmidt's Jahrb. Bd. 149. S. 175) и Бляхъ-Винге (тамъ же Bd. 150. S. 294—296), произошло прободеніе дермоидной кисты яичника въ пузырь, что случается очень часто (ср. § 111). Неясенъ также случай, описанный Самра, въ которомъ мочевоу пузырь былъ почти весь выполненъ серозной кистой, изъ которой было выпущено 4—5 литровъ серозной, бѣдной бѣлкомъ жидкости, содержавшей молочную кислоту.—О сообщеніи между большоу кистой Urachus и внутренностью мочеваго пузыря, каковое наблюдалъ Розеръ, было уже упомянуто выше въ § 57. Наконецъ нужно упомянуть еще о случаѣ Вагстаффа, который нашелъ въ основаніи пузыря кисту 5 цтм. въ поперечникѣ, съ мостовиднымъ эпителиемъ, сообщавшуюся слѣва съ трубоу и прямоу кишкой, — полое пространство, которое считали отшнурованнымъ отъ рукава (?). Мочевоу пузырь былъ при этомъ расширенъ до громаднаго размѣра.

c) Papilloma vesicae, сосочковая опухоль пузыря: она встрѣчается въ видѣ маленькихъ и болѣе крупныхъ, стебельчатыхъ и плоско сидящихъ опухолей, съ зернистой, желѣзистой, малинообразной поверхностью. Папиллома сидитъ болшею частью на задней стѣнкѣ пузыря вблизи Trigolum Lieutaudii. Опухоли его состоятъ изъ разрощенной сосочковъ, основа которыхъ содержитъ частью довольно толстые кровеносные сосуды и весьма нѣжную, рыхлую, волнистую соединительную ткань, а поверхность экстирпированной мноу опухоли (см. ниже) состояла изъ многослойнаго, разрастающаго мостовиднаго эпителия; въ моемъ случаѣ эпителий по всей поверхности былъ неузнаваемъ, конечно вслѣдствіе постояннаго разрощенія, или можетъ быть вслѣдствіе жироваго распадаенія поверхностно лежащихъ клѣтокъ. Бирветтъ однаю нашелъ на поверхности слои (?) цилиндрическаго эпителия и отдѣльныя клѣтки мерцательнаго (?). Клебсъ полагаетъ, что въ виду незначительнаго количества стромы въ сосочкахъ слѣдуетъ принять, что основу новообразованія представляетъ разрощеніе кровеносныхъ сосудовъ. Остальная слизистая оболочка находится болшею частью въ состояніи трабекулярной гиперплазии, которая является слѣдствіемъ того, что новообразованіе мѣшаетъ свободному выведенію

мочи. Названный сейчас авторъ различаетъ еще фибро-аденомы, которыя встрѣчаются, по его словамъ, въ области шейки пузыря и *Trigoni Lieutaudii*.

d) Фиброзные опухоли и фиброміомы встрѣчаются на мочевомъ пузырьѣ, кажется, крайне рѣдко: Гауе сообщилъ единственный случай фиброміомы у женщины, которая находилась между передней стѣнкой пузыря и *fascia transversa* и была такъ тѣсно связана со стѣнками пузыря, что происхожденіе ея въ этихъ послѣднихъ весьма возможно. Опухоль имѣла величину головы взрослого, была дольчата, существовала въ продолженіи цѣлаго ряда годовъ, сидѣла справа надъ малымъ тазомъ и дала отростокъ величиною съ яйцо вдоль мочеиспускательнаго канала. Она имѣла весьма грубую фиброзную капсулу и содержала мышечные элементы. Въ елиникѣ Билльбота (см. ниже *Gussenbauer; Langenbeck's Archiv Bd. XVIII S. 411*) была недавно удачно экстирпирована міома мочеваго пузыря у 12-лѣтняго мальчика и въ послѣднее время Р. Фольманъ (Архивъ Лангенбека XIX. S. 682) экстирпировалъ посредствомъ *Epicystotomie* полипозную міому величиною съ большой лимонъ, сидѣвшую въ темени пузыря 54-лѣтняго мужчины, такъ что стало быть фактъ нахождения міомъ въ стѣнкахъ мочеваго пузыря не подлежитъ больше сомнѣнію. Шатцъ удалилъ съ задней стѣнки пузыря *Fibromyxoma telangiectodes*.

e) Единственный случай саркомы женскаго мочеваго пузыря опубликованъ Зенфлебенемъ. Опухоль, весьма хрупкая и состоявшая изъ наслоенныхъ одни надъ другими веретенообразныхъ тѣлецъ съ темными, стойкими ядрами, разорвалась при попыткѣ открутить ее и пришлось удалять ее по частямъ. Пациентка умерла черезъ 4 дня отъ гнойнаго перитонита и при вскрытіи было найдено прободеніе стѣнки пузыря на правой сторонѣ дна моч. пузыря подъ устьемъ мочеточника.

f) Бугорчатка мочеваго пузыря встрѣчается у женщинъ также крайне рѣдко. Клебсъ даже говоритъ, что она исключительно встрѣчается у мужскаго пола, такъ какъ повидимому исходной точкой всегда служитъ половой аппаратъ, а этотъ послѣдній у женщины не представляетъ большого удобства для перехода новообразованія съ одной слизистой оболочки на другую. Есть однако нѣсколько случаевъ, въ которыхъ были обнаружены туберкулезныя язвы въ стѣнѣ мочеваго пузыря и у женщинъ. Вопервыхъ Альберсъ нашелъ у 44-лѣтней женщины вокругъ мочеиспускательнаго канала и въ другихъ мѣстахъ расположенные группами большіе и маленькіе бугорки и язвы на жировой почвѣ. Лѣвый мочеточникъ былъ устьянъ бугорками и мозговое вещество лѣвой почки находилось въ состояніи полного бугорковаго перерожденія. Затѣмъ Сканцини приводитъ одинъ случай и кромѣ того Prescott Hewett описалъ у 9-лѣтней дѣвочки туберкулезную язву, произведшую прободеніе стѣнки мочеваго пузыря, такъ что пузырь съ одной стороны отерывался въ полость брюшины, а съ другой въ *Vestib.* Слизистая оболочка его была сильно утолщена бугорковыми отложеніями и множествомъ язвъ. Наконецъ, пѣзъ 2505 вскрытій женскихъ труповъ, о которыхъ мы упоминали въ введеніи, въ 4 была найдена бугорчатка мочеваго пузыря, а именно:

№ 1 (11 мая 1860. № 83). 31-лѣтняя женщина умерла отъ бугорчатки легкихъ съ распространенными возолистыми уплотненіями, туберкулезной инфильтраціей правой

почки, почечной лоханки и мочеточника и бугорчаткой мочевого пузыря. Этот последний содержалъ въ себѣ жидкую, грязно-сѣрую слизь и слизистая оболочка его на всемъ своемъ протяженіи тѣсно усѣяна блѣдносѣрыми бугорковыми узелками величиною отъ просянаго зерна до горошины. Болѣе крупные узлы были совершенно плоски, частію съ кровоподтечными краями.

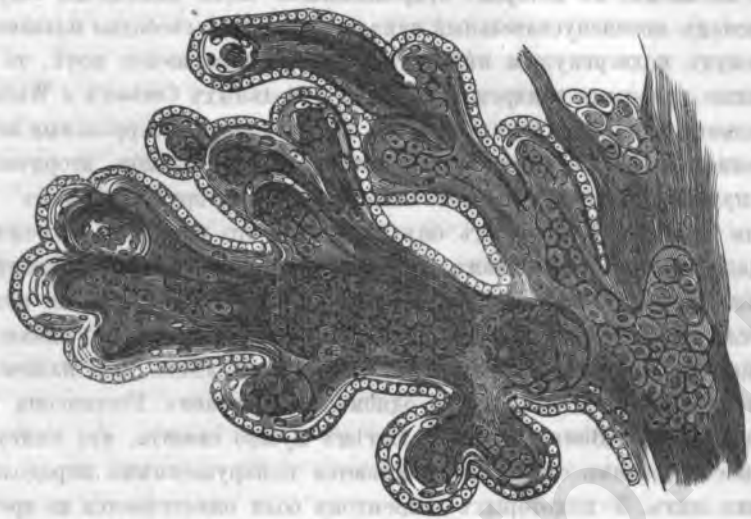
№ 2 (24 января 1864. № 21). 66-лѣтняя пациентка умерла отъ перелома шейки бедренной кости и миллиарной бугорчатки легкихъ и печени, туберкулезной инфильтраціи правой почечной лоханки, праваго мочеточника и мочевого пузыря. Слизистая оболочка пузыря была на большомъ протяженіи инфильтрирована туберкулезными массами и въ ней находилась неправильная язва съ утолщенными, геморрагическими краями.

№ 3 (14 іюня 1869. № 180). 63-лѣтняя кухарка умерла отъ разсѣяннаго мозолистаго оплотнѣнія во всѣхъ доляхъ легкихъ, пневмоніи нижней лѣвой доли. Bronchitis, эмфизема легкихъ. Козеозная инфильтрація почки, огромная Hydronephrosis правой почки съ высокой степенью расширенія мочеточника. Гипертрофія стѣнки мочевого пузыря. Туберкулезный процессъ въ слизистой оболочкѣ пузыря и интерстиціальный гнойный циститъ.

№ 4 (1876. № 90). 29-лѣтняя больная умерла отъ: кавернь въ верхней долѣ легкаго, Peribronchitis nodosa. Сличивое воспаленіе плевры. Распространенныя глубокія язвы толстой кишки; бугорковыя язвы мочевого пузыря, сидяція вблизи середины задней стѣнки, величиною съ горошину, имѣющія утолщенные, гиперемированные края. Препарат находится въ коллекціи королевскаго повивальнаго института.

г) Изъ новообразованій всего чаще встрѣчается въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ ракъ. Онъ является частію въ формѣ разлитой скirrosной инфильтраціи пузыря во всемъ его объемѣ, частію въ формѣ ограниченныхъ узловъ, частію наконецъ въ видѣ ворсистаго рака; послѣдній представляетъ самую частую форму при первичномъ ракѣ пузыря, сидитъ обыкновенно всего чаще между устьями мочеточниковъ и мочеиспускательнаго канала, но также и на передней и верхней части стѣнки мочевого пузыря. Онъ образуетъ очень мягкія, губчатая, выдающіяся, на подобіе полиповъ массы, состоящія изъ мягкой мозговидно—губчатой ткани, съ многочисленными нитями и ворсинками на поверхности, которыя также снабжены широкими волосными сосудами и эпителиальнымъ покровомъ (рис. 55). Поэтому его легко смѣшиваютъ съ полипозною фибромой пузыря. Изъ 7 случаевъ первичнаго рака пузыря Гейльборнъ нашелъ въ 3 ворсинчатый ракъ, въ 1 міокарциному, въ 1 конкродъ. Ферстеръ обнаружилъ два случая, въ которыхъ Papilloma vesicae осложнялась ворсинчатымъ ракомъ. Въ остальныхъ частяхъ слизистой оболочки пузыря находятъ при этомъ или простыя ворсинчатая гипертрофіи или же довольно большія раковыя массы, отъ горошины до лѣсаго орѣха, сгруппированныя вѣстами.

При ракѣ пузыря въ двухъ третяхъ случаевъ наблюдаются сращения между пузырьемъ и сосѣдними органами, именно маткою и кишечникомъ. Затѣмъ, очень часто находятъ тромбозъ большихъ венъ: femoralis, savae, genalis, Art. pulmonalis. При гнойномъ распаденіи тромбовъ въ шейкѣ пузыря могутъ произойти эмболія и метастатическіе абсцессы. Нерѣдко также встрѣчается перитонитъ. Наконецъ, раковая кахексія ведетъ иногда за собою амилоидныя перерожденія почекъ, селезенки, печени и кишечника (Гейльборнъ).



Ворсистый рак (Демме).

Прим.: Волосы на стѣнках женскаго мочеваго пузыря, *Trichiasis*, *Pili-  
ticitio vesicae*, находили до сихъ поръ только какъ слѣдствіе сращенія съ пу-  
зыремъ и прободенія въ него дермондной кистомы яичника. Неизвѣстно, гспр.  
не было еще констатировано вскрытіемъ ни одного случая самостоятельнаго  
развитія волосъ на самой стѣнкѣ пузыря. Разказанный въ § 125 случай  
Блихъ-Винге свидѣтельствуетъ всего лучше, что даже тогда, когда прижи-  
вленное изслѣдованіе не даетъ никакихъ признаковъ опухоли яичника, послѣдняя post mortem всетаки оказывается причиною *Trichiasis*.

§ 125. При всѣхъ только что описанныхъ новообразованіяхъ мочеваго  
пузыря развиваются постепенно почти одни и тѣже симптомы. Прежде  
всего появляется обыкновенно нѣкоторое давленіе въ области пузыря, потомъ  
затрудненное мочеиспусканіе, иногда только *Dysuria*, иногда задержаніе мочи  
(*Stranguria*), иногда уже очень рано появляется учащенный позывъ (*Ischuria*);  
иногда, какъ въ случаѣ Шатца, моча вытекаетъ по каплямъ. Боли локализи-  
руются частью въ подчревной области (*Regio hypogastrica*), частью въ крестцовой,  
въ ляжкахъ, въ бедрахъ, а у нѣкоторыхъ положительно по протяженію моче-  
испускательнаго канала (см. ниже нашъ случай). Боли продолжаются нѣко-  
торое время, потомъ дѣло большею частью доходитъ до гематурии, которая  
можетъ наступить при всѣхъ перечисленныхъ новообразованіяхъ и часто до-  
стигаетъ весьма значительной степени, такъ что даже при добробачественныхъ  
опухоляхъ возможны бузвально истошающія кровотеченія. Съ этого времени  
моча нерѣдко подвергается разложенію, становится вонючею и содержитъ амміакъ.  
Поперемѣнно съ задержаніемъ мочи появляются иногда внезапные перерывы  
мочевой струи, причина которыхъ очевидно заключается въ томъ обстоятельстве,  
что въ мочеиспускательный каналъ проникаютъ части опухоли или кровяные

сгустки. Такъ было напр. въ случаѣ Гётчинсона, Плинингера, Клэрка, Биркетта и въ моемъ, въ которомъ отерошившіяся части папилломы закупоривали по временамъ мочеиспускательный каналъ. Такъ какъ свободно плавающія части легко могутъ подвергнуться инкрустаціи въ разлагающейся мочѣ, то выдѣляются также каменные конкременты, какъ у больныхъ Coulson'a и Watson'a. Продолжительныя, сильныя боли, сильныя кровоточенія, катарральныя заболѣванія и усиленное отдѣленіе слизистой оболочки мочевого пузыря, вторичная гипертрофія пузыря, расширеніе мочеточниковъ, безъ котораго наконецъ не обходится ни при одной изъ этихъ опухолей—все это придаетъ вахектическій видъ даже и тѣмъ пациенткамъ, которыя страдаютъ доброкачественными папилломами и фибромами, и приводитъ ихъ къ смерти отъ анеміи или перитонита, если не будетъ во время подана помощь. Замѣчательно однако, что эти страданія тянутся не только годами, но десятками лѣтъ. Въ нашемъ случаѣ болѣзнь продолжалась 5 лѣтъ, въ одномъ изъ случаевъ Гётчинсона болѣе 6, въ случаѣ Блехъ-Винге 19 лѣтъ! Затѣмъ нужно сказать, что аппетитъ и пищевареніе при этихъ страданіяхъ остаются ненарушенными впродолженіи нѣсколькихъ лѣтъ. У нѣкоторыхъ пациентовъ боли ожесточаются ко времени менструаціи, при движеніяхъ и особенно при лежаніи на спинѣ, стало быть ночью (случай Блехъ-Винге), хотя бы опухоль завѣдомо сидѣла на задней стѣнѣ пузыря. Больная Блехъ-Винге получила въ 1850 циститъ вслѣдствіе прободенія въ пузырь дермоидной кистомы; опухоль эта была тѣснѣйшимъ образомъ срощена со стѣнкою пузыря; такъ что къ яичнику шла только тонкая связка, а самая киста въ видѣ опухоли величиною въ грецкій орѣхъ вдавалась въ пузырь, стѣнки котораго были значительно утолщены, неровно бугристы, слизистая оболочка мѣстами инкрустирована, и все таки больная умерла только въ 1869.— При раѣ въ пузырь встрѣчаются вторичныя узлы въ желудкѣ, почкахъ, легкихъ и печени.

§ 126. Постановка діагноза опухолей въ стѣнкахъ мочевого пузыря не всегда легка, но въ настоящее время она стала гораздо проще прежняго. При упорной гематуріи непременно нужно у женщинъ расширить мочеиспускательный каналъ и ощупать внутреннюю поверхность пузыря. Предварительно нужно конечно точно изслѣдовать мочу, именно ея осадокъ, въ которомъ нерѣдко можно невооруженнымъ глазомъ найти отторгнутыя частички, въ которыхъ при микроскопическомъ изслѣдованіи можно узнать папиллому или ворсинчатый ракъ. Присутствіе эластическихъ волоконъ въ мочевомъ осадкѣ говорило бы за туберкулезныя язвы. При помощи катетера, введеніе котораго обыкновенно бываетъ весьма чувствительно, такъ что пациенты громко вричатъ при этомъ, крайне рѣдко удается вывести ясное заключеніе о свойствѣ стѣнокъ пузыря. Онъ покажетъ намъ только, что стѣнки легко кровоточатъ при прикосновеніи, что онѣ очень мягки, что отъ нихъ отдѣляются частички. Со стороны рукава нельзя точно распознать маленькихъ опухолей, а при большихъ нельзя, по причинѣ болѣзненности и помѣщенія ихъ иногда на боковой стѣнѣ, въ точности опредѣлить, исходитъ ли опухоль изъ стѣнки пузыря, или находится между пузырьемъ и маткою, или сбоку отъ послѣдней и исхо-

дить собственно изъ яичника. Въ томъ, что изъ этого послѣдняго органа произошло прободеніе частей въ мочевой пузырь, можно убѣдиться несомнѣнно только тогда, когда будетъ обнаружено присутствіе въ немъ волосъ или костей, именно зубовъ. Такимъ образомъ, для точнаго опредѣленія мѣста, величины, консистенціи, подвижности, протяженія и возможности удаленія посредствомъ операціи этихъ новообразованій не остается инаго пути, кромѣ изслѣдованія при помощи Симоновскихъ зеркалъ, а если нужно, то Рутенберговскаго освѣщающаго аппарата. Этотъ послѣдній необходимъ въ особенности тогда, когда нужно осмотрѣть новообразованія, сидящія на передней стѣнѣ. И въ настоящее время можно съ положительностью утверждать, что не одна больная, одержимая доброкачественнымъ новообразованіемъ въ стѣнѣ пузыря и погибшая жалкимъ образомъ отъ изнурительныхъ кровотоchenій среди ужасныхъ страданій, была бы спасена, еслибъ раньше былъ извѣстенъ этотъ благодѣтельный методъ Симона. Если послѣ опущиванія и осмотра опухоли діагнозъ остается еще сомнительнымъ въ отношеніи ея гистологическаго характера, то можно попытаться отскоблить маленький кусочекъ опухоли посредствомъ острой ложечки, предложенной Симономъ (см. рис. 56), чтобы подвергнуть его микроскопическому изслѣдованію. Напротивъ катетеризація мочеточниковъ при новообразованіяхъ въ стѣнкахъ пузыря непозволительна ни въ какомъ случаѣ—ни при доброкачественныхъ, ни при злокачественныхъ опухоляхъ, ни съ діагностическою, ни съ терапевтическою цѣлью предупрежденія Hydroperphosis, потому что, какъ было сказано, новообразованія всего чаще сидятъ именно вокругъ мочеточниковъ, часто закладываютъ ихъ, и стало быть не только сильно затрудняется катетеризація, но и не представляется невозможнымъ прободеніе дряблыхъ тканей. Къ тому же, еслибъ катетеризація и удалась, всетаки нельзя помѣшать разрошенію нароста, стало быть нельзя надолго предупредить и Hydroperphosis.—Остается еще упомянуть, что у маленькихъ дѣвочекъ, у которыхъ невозможно изслѣдованіе per vaginam, для распознаванія присутствія опухоли можетъ имѣть значеніе изслѣдованіе per rectum, какъ доказываетъ случай Плинингера. Впрочемъ, даже у маленькихъ дѣтей возможно расширеніе мочеиспускательнаго канала настолько, чтобы ввести въ него мизинецъ; мы вернемся еще къ этому при описаніи извлеченія камней.

§ 127. Этіологія. Свѣдѣнія наши о причинахъ, обуславливающихъ новообразованія въ мочевомъ пузырьѣ, еще весьма ограничены. Мы знаемъ опредѣленно лишь слѣдующіе: ракъ и бугорчатка мочеваго пузыря развиваются большею частью лишь вторично. Первый у женщинъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ. Гейльборнъ нашелъ его вообще при 4778 вскрытіяхъ только 37 разъ, изъ нихъ 33 у женщинъ и только 4 у мужчинъ, и притомъ первичный у 4 женщинъ и 3 мужчинъ. Такъ какъ изъ этихъ 4778 труповъ было 3043 мужскихъ и 1734 женскихъ, то стало быть ракъ пузыря у женщинъ наблюдался въ 15 разъ чаще, чѣмъ у мужчинъ; но у женщинъ онъ былъ первичный въ 12% всѣхъ случаевъ, а у мужчинъ въ 75%. Еще чаще былъ констатированъ ракъ пузыря при вскрытіяхъ въ дрезденской больницѣ, гдѣ изъ 2505 женщинъ оказалось 73 съ ракомъ пузыря, т. е. почти 30% противъ



20% найденныхъ въ Берлинѣ.—Изъ двухъ случаевъ бугорчатки мочевого пузыря, обнаруженныхъ вскрытіемъ въ дрезденскомъ госпиталѣ, два были явно вторичные, одинъ при распространенной бугорчаткѣ легенхъ, другой—почечья и мочеточниковъ.—Какъ причину всѣхъ остальныхъ новообразованій вообще приводили: раздраженіе посторонними тѣлами, въ особенности осколками камней (Гётчинсонъ, Сивіаль, Биркеттъ) и мн. др., хотя извѣстно, что выдающіяся части нѣкоторыхъ опухолей должны съ теченіемъ времени сами подвергаться инкрустации при разложеніи мочи, что стало быть образованіе камней само легко можетъ быть вторичнымъ явленіемъ.

Нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что поврежденія, разможженія, продолжительныя смѣщенія и тому подобныя моменты, какъ мѣстныя раздраженія, имѣютъ значеніе при происхожденіи опухолей женскаго мочевого пузыря; но эти послѣднія условія встрѣчаются слишкомъ рѣдко для того, чтобъ можно было признавать за ними, а также за пауперальными явленіями особенно важную роль въ этомъ отношеніи. Число остальныхъ, не раковыхъ и не туберкулезныхъ опухолей мочевого пузыря у женщинъ, встрѣчающихся въ литературѣ, очень невелико. Именно есть 3 случая Гётчинсона, 2 автора (двѣ врожденныя и приобретенная опухоль см. ниже), затѣмъ по одному случаю Бальи, Биркетта, Герсана, Джэксона, Плинигера, Шатца, Зенфлебена, Симона, Шигельберга и Вальтера: 15 на 13, констатированныхъ Шатцомъ у мужчинъ. Случай Симона и Шигельберга Шатцъ просмотрѣлъ. Симонъ экстирпировалъ однажды папиллому изъ передней стѣнки пузыря, вывернувшейся черезъ большую пузырно-влагалищную фистулу, возникшую при родахъ.—Интересенъ случай Гётчинсона, въ которомъ 23-лѣтняя женщина сильно напряглась, поднимая большую тяжесть, и тотчасъ послѣ того у нея появились боли въ спинѣ и задержаніе мочи и постепенно развились симптомы Papillomae vesicae; затѣмъ случай, который наблюдалъ я (см. ниже), гдѣ пациентка за годъ до того времени, когда она впервые нашла въ мочѣ маленькіе «гнойные узелки» съ кровью, упала всею тяжестью тѣла правой стороной живота на уголь: въ обоихъ этихъ случаяхъ можно предположить, что исходною точкой resp. раздраженіемъ, обусловившимъ появленіе опухоли, было кровоизліаніе въ стѣнкѣ пузыря.

Всѣ виды новообразованій стѣнокъ мочевого пузыря встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ. Выше было упомянуто, что мы нашли двѣ врожденныя опухоли: большая Плинигера была 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> лѣтъ, Биркетта 5 лѣтъ, Hewett'a 9 лѣтъ, Гетчинсона 18, Вальтера 20, другая Гетчинсона 39 лѣтъ, наша больная также Альбуса 44, Кларка и Coulson'a 63 и 64 лѣтъ.

§ 128. Предсказаніе. Относительно доброкачественныхъ ограничен-

Рис. 56.



Острия ложки для выскабливанія наростовъ въ пузырь.

ныхъ новообразованій пузыря предсказаніе въ настоящее время можно назвать вообще хорошимъ. Удаленіе ихъ и радикальное излеченіе пациентки достижимо несомнѣнно и большею частію легко. Оперативное насиліе незначительно и даже при большихъ опухоляхъ нечего опасаться, что недержание мочи останется навсегда. Излечены до сихъ поръ пациентки Wagner'a (3 года тому назадъ), одна Гетчинсона, одна Г. Симона (вылеченная уже 5½ лѣтъ тому назадъ), между тѣмъ какъ у двухъ другихъ того же автора черезъ нѣсколько мѣсяцевъ опять образовались рецидивы; затѣмъ моя пациентка (см. ниже), которая вылечена уже болѣе 2½ лѣтъ тому назадъ. У пациентки Брэкстона Гикса уже черезъ шесть мѣсяцевъ наступилъ рецидивъ. Бугорчатка мочевыхъ путей по Куссмаулю рѣдко продолжается долѣе 1—2 лѣтъ, о рагѣ же пузыря можно смѣло сказать, что онъ рѣдко продолжается долѣе года. Вторичный въ 50% случаевъ приводитъ къ образованію пузырно-влагалищныхъ фистулъ, и тѣмъ ускоряетъ еще болѣе упадокъ силъ. Нѣкоторые авторы, какъ Ламбль, считали ворсинчатый рагъ пузыря менѣе заразительнымъ, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. Допущеніе это основывается вѣроятно на смѣшеніи съ доброкачественной папилломой пузыря. Изъ изслѣдованій Гейльборна извѣстно, что рагъ въ пузырь также опасенъ, какъ въ другихъ мѣстахъ. Болѣе рѣдкое происхожденіе метастазовъ при этой формѣ рака нужно объяснить или болѣе быстрымъ смертельнымъ теченіемъ его, или тѣмъ обстоятельствомъ, что рагъ развился изъ существовавшей сначала невинной сосочковой опухоли. Такимъ образомъ и при рагѣ пузыря предсказаніе, какъ по отношенію къ продолжительности, такъ и по тягости страданія, можно назвать только очень дурнымъ.

§ 129. Лечение. Уарнеръ, впервые распознавшій новообразование мочевого пузыря, тотчасъ же предложилъ единственный рациональный способъ леченія—онъ удалилъ его какъ можно скорѣе, для чего разсѣлъ мочеиспускательный каналъ справа въ его передней половинѣ и вытащилъ опухоль величиною въ яйцо индѣйки, перевязалъ ее толстую ножку, послѣ чего она на шестой день отпала и наступило полное излеченіе (1747). За нимъ слѣдовали Сивіаль, который употребилъ литотрипторъ, чтобы раздавить фунгозный наростъ пузыря, и потомъ Гетчинсонъ 1857, который въ одномъ случаѣ расширилъ мочеиспускательный каналъ расширителемъ Вейса, въ другомъ разрѣзалъ лѣвую сторону мочеиспускательнаго канала, перевязалъ опухоль ниткой и вылечилъ пациентку. Другіе авторы, какъ Клэркъ, Плинингеръ, Бликъ-Винге ограничивались большею частью внутреннимъ леченіемъ, а именно совѣтовали: креозотъ внутрь противъ кровотеченій, морфій подъ кожу и внутрь и тепловатая ванны.

Какъ скоро признано существованіе новообразованія въ стѣнкѣ пузыря и возможность полного его удаленія, нужно глубоко наркотизировать пациентку, привести ее въ задоспинное положеніе и фиксировать опухоль введеннымъ въ пузырь лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, такъ чтобы можно было ввести предложенные Симономъ щипцы (рис. 57) для захватыванія опухоли. Этими щипцами нужно или просто захватить и отерутить опухоль, или, если слишкомъ опасаются кровотеченія, можно продвинуть надъ щипцами петлю проволочнаго

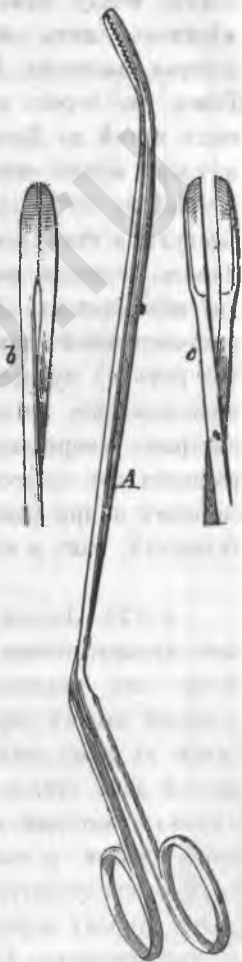
эбразера (случай Брэкстонъ Гикса), или гальванокаустическую петлю до ножи опухоли и тогда срѣзать ее. Это удастся конечно только при маленькихъ опухоляхъ, такъ какъ вложеннымъ въ пузырь пальцемъ не легко расширить петлю. При большихъ опухоляхъ можно помочь дѣлу, какъ было въ моемъ случаѣ, тѣмъ, что поверхность опухоли раздавливаютъ пальцемъ, которому помогаетъ другая рука черезъ брюшные покровы; или глубоко подрѣзываютъ видимыя въ зеркало части опухоли, или раздѣляютъ большую опухоль на мелкия Симоновскими щипцами и ложками и извлекаютъ, геср. срѣзываютъ ихъ петлю по одиночѣ.

Шатцъ въ своемъ случаѣ разрѣзалъ съ правой стороны мочеиспускательный каналъ и проведя черезъ основаніе опухоли со стороны рукава въ пузырь и мочеиспускательный каналъ нѣсколько нитей, вывернулъ съ ихъ помощью черезъ послѣдній заднюю стѣнку пузыря вмѣстѣ съ опухолью. Послѣ этого онъ срѣзалъ опухоль въ два приема и соединилъ края раны 10 шелковыми швами. Послѣдніе еще лежали въ стѣнкѣ пузыря, когда пациентка уходила, и валикъ рубца (шелковыя лигатуры, конечно) былъ слегка инкрустированъ.

При плоскихъ, разлитыхъ опухоляхъ, стало быть при раковыхъ, о радикальной экстирпациі которыхъ нечего думать, нужно высоблить ворсистую поверхность Симоновскими ложками и удалить всѣ раскрошившіяся массы. При операциі опухолей не раковаго характера сильныя кровотеченія, въ противоположность съ самопроизвольными сильными и частыми кровотеченіями, наступаютъ очень рѣдко. Если они значительны, то можно помочь холодными прополаскиваніями ледяной водой, или, какъ дѣлаетъ Брэкстонъ Гиксъ, прямымъ прикосновеніемъ къ кровоточащей поверхности *Liquore ferrі sesquichlorati*. Если кровотеченіе продолжается, то можно еще послѣ повторнаго прополаскиванія пузыря и самаго тщательнаго его опорожненія крѣпко набить рукавъ ватными тампонами и положить еще снаружи на область мочеваго пузыря пузырь сольдомъ. Такимъ способомъ навѣрное удастся совладать съ кровотеченіемъ.

Наконецъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоли и разрошенія сидятъ такъ высоко въ боковыхъ отдѣлахъ пузыря, что нельзя получить къ нимъ достаточнаго доступа черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ, нужно сдѣлать Т—образный влагалищно-пузырный разрѣзъ, предложенный Симономъ (ср. § 8). Затѣмъ, вывернувъ пузырь, можно произвести экстирпацию ножницами и ножемъ, прибить каленое желѣзо и т. д., и послѣ заживленія основанія опухоли залечить влагалищно-пузырный разрѣзъ, какъ описано при фистулахъ. Симонъ удалилъ упомянутую выше папиллому съ темени пузыря

Рис. 57.



Щипцы для вырванія наростовъ пузыря.

ножницами, вправилъ пузырьъ обратно, когда мѣсто экстирпаціи зарубцевалось, и заживилъ дефектъ произведенною *lege artis* операціей фистулы.

Тамъ же, гдѣ уже невозможно оперативное вмѣшательство, тамъ можно дѣлать ирригаціи наркотическими, вяжущими и кровоостанавливающими (*Liqu. ferri sesquichlorati*, Dec. *Quercus*) и антисептическими (*Sol. acid. salicylici* 1:500) жидкостями посредствомъ Хегаровской воронки и этими средствами по крайней мѣрѣ умѣрять боли пациентокъ, устранять дурной запахъ, уменьшать наступающую гематурию и, въ соединеніи съ употребленіемъ теплоты снаружи и наркотическихъ подъ кожу и внутрь, дѣлать болѣе сносными ихъ страшныя мученія.

Большая папиллома задней стѣнки пузыря. Быстрое расширеніе мочеиспускательнаго канала пальцемъ и экстирпація опухоли. Излеченіе больной.

Г-жа М. С., 39 лѣтъ, изъ Нью-Йорка, въ дѣтствѣ часто страдала какою то сильно зудящею сыпью, вѣроятно *Urticaria*. На четвертомъ году, вслѣдствіе употребленія незрѣлыхъ сливъ, получила сильныя боли при мочеиспусканіи, уступившія лекарствамъ лишь черезъ нѣсколько недѣль. На 15-мъ году у нея впродолженіи мѣсяца были правильно повторявшіеся приступы лихорадки. Первая менструація появилась въ началѣ 16 года и съ тѣхъ поръ совершенно правильно возвращалась черезъ каждый 26 дней. Въ 1866 пациентка заболѣла холерой. Въ 1868 г. она вышла замужъ; незадолго до того она упала всею тяжестью тѣла на уголь, ударившись объ него правой стороною живота. Она боялась тогда, что причинила себѣ внутреннее поврежденіе. Сильная вначалѣ боль вскорѣ однако исчезла. 10-го мая 1869 г., спустя семь мѣсяцевъ послѣ свадьбы, она родила, 34 лѣтъ, послѣ 11-ти часовыхъ родовъ, живую дѣвочку безъ помощи искусства. Животъ послѣ этихъ родовъ остался большимъ. Въ іюлѣ 1869 г., по ея мнѣнію вслѣдствіе душевнаго потрясенія, вызваннаго смертію ея ребенка, она внезапно почувствовала сначала какъ бы паралитическую слабость въ правой сторонѣ нижней части живота, причѣмъ была абсолютно не въ состояніи сказать громко слово, или сдѣлать шагъ. Это состояніе слабости нерѣдко повторялось и вскорѣ къ нему присоединились судороги во всемъ тѣлѣ. Потомъ, черезъ нѣсколько недѣль, она, по ея словамъ, внезапно нашла въ мочѣ маленькіе гнойные узелки величиною съ булавочную головку, на которыхъ постоянно находилось немного крови. Спустя годъ она стала чувствовать при малѣйшемъ движеніи жгучее колотье, которое распространялось отъ мочеиспускательнаго канала вверхъ и вправо и заставляло ее часто громко вскрикивать. Животъ распухъ, сдѣлался очень болѣзненнымъ, но главная боль все время локализовалась въ нижней части пузыря и вблизи мочеиспускательнаго канала. Аппетитъ при этомъ былъ громадный, сонъ глубокъ и тяжелъ. Къ началу 1872 года пациентка впервые ясно почувствовала, что при опороженіи пузыря, вмѣстѣ съ вытекающей мочей тысячами къ выходу какіе то флоттирующие предметы; движенія эти по ея словамъ иногда такъ быстры, что мочеиспускательный каналъ внезапно закупоривается этими предметами: потомъ запирающая мышца каждый разъ замыкалась такъ судорожно, что только питьемъ большого количества горячей воды и прижиманіемъ губки, напитанной горячимъ настоемъ ромашки, удавалось добиться ея расслабленія, и тогда только моча выливалась вся. Слѣдующіе симптомы я предоставляю описать самой пациенткѣ; она говоритъ: „скоро послѣ того появилось новое страданіе. Каждое утро, когда начинается усиленная дѣятельность кишекъ и выдѣляются вѣтры, послѣдніе шли не своимъ естественнымъ путемъ, а скользили, подобно потоку раскаленной лавы, съ верхней правой стороны въ пузырь; тамъ они опускались между посторонними тѣлами, подобно тому какъ дымъ изъ локомотива окутываетъ верхушки деревьевъ. Уже тогда, среди жесточайшихъ

болѣй, я ощущала присутствіе вѣтвистыхъ, древообразныхъ разрощеній, но когда я ихъ описывала, надо мною или смѣялись, или прямо объявляли, что я сошла съ ума. Около этого времени я открыла передъ подушкой, окружающей мочеиспускательный каналъ, сильно воспаленную опухоль, которую можно сравнить со стволомъ неочиненнаго пера; я прикоснулась къ ней адскимъ камнемъ и недѣли черезъ 3—4, послѣ того какъ съ мочею уже вышло много крови и гноя, протѣснились съ потугообразными болями черезъ мочеиспускательный каналъ три первыхъ разрощенія величиною съ бобъ. На слѣдующій день вышло еще нѣсколько кусковъ. Миѣ стало тогда гораздо лучше, но уже черезъ мѣсяцъ боли снова возвратились. 23-го октября 1872 г. докторъ де Муръ, въ Нью-Йоркѣ, послѣ точнаго изслѣдованія, объявилъ, что моя болѣзнь есть разрощеніе праваго яичника. Онъ утверждалъ, что уже весь яичникъ опустился въ мочевою пузырь. Миѣ стали дѣлать смазыванія тинктурой іода посредствомъ кисточки, и спустя мѣсяцъ описанные выше и повторявшіеся каждое утро припадки отъ вѣтровъ внезапно прекратились и съ тѣхъ поръ ихъ больше не было.—Съ этихъ поръ состояніе пациентки оставалось почти одинаковымъ до того времени, когда я увидѣлъ ее въ первый разъ, именно лѣтомъ 1873 г., слѣдовательно черезъ 4 года отъ начала болѣзни. Я нашелъ ее едва средняго роста, съ довольно сильно посѣдѣвшими волосами, съ искаженнымъ страданіемъ блѣднымъ лицомъ; но общее питаніе было довольно хорошо. Животъ ея былъ напряженъ, жировая подстилка толста, прощупать опухоль было очень трудно. Прикосновеніе къ мочеиспускательному каналу и изслѣдованіе черезъ рукавъ причиняли пациенткѣ такую жестокую боль, что она умоляла захлороформировать ее, что и было сдѣлано. Тогда я прощупалъ справа подлѣ матки немного выступающую надъ тазовымъ входомъ тугую, упругую, неподвижную опухоль, которая казалась миѣ исходящею изъ праваго яичника. Выведенная катетеромъ моча была довольно прозрачна, безъ постороннихъ тѣлъ, и пациентка показала миѣ массу бордавчатыхъ тѣлъ почти въ лѣсной орѣхъ, которыя наполняли стаканъ средней величины и выдѣлялись постепенно изъ мочеиспускательнаго канала. Поэтому и мой діагнозъ—соответственно діагнозу д-ра де Мура—остановился на томъ, что произошло прободеніе папиллярной кисты яичника черезъ стѣнку пузыря и этимъ то путемъ выдѣлились комки папилломы. Такъ какъ я въ то время не прощупывалъ катетеромъ никакой опухоли въ пузырь, а въ мочѣ также не нашлось никакихъ примѣсей, то пока не было никакихъ основаній предпринимать операцію.

Въ теченіи слѣдующихъ 8 мѣсяцевъ мало по малу опять началось выхожденіе весьма значительныхъ массъ изъ мочеваго пузыря, и однажды вышла, какъ говорятъ, разомъ масса, почти наполнившая стаканъ вмѣстимостью въ 100 граммъ. Въ промежуткахъ бывали кровоточенія каплями и сильнѣе, боли были ужасны и довели пациентку до рѣшенія подвергнуться всякой операціи, которая только можетъ доставить ей облегченіе ея страданій. Поэтому я взялъ ее 10-го іюня 1874 г. въ мою клинику, сперва для точнаго наблюденія. Она была тогда совершенно свободна отъ лихорадки, имѣла хороший аппетитъ, немного вялый стулъ, который однако улучшился при употребленіи высокихъ промывательныхъ. Ночи проводились очень плохо и улучшались пока малыми дозами t-гае thebaeae. При обильномъ употребленіи горячаго питья пациентка выдѣлила 11-го іюня 1048, 12-го 1180, 13-го 1350 грм. мочи, смѣшанной съ небольшимъ количествомъ гноя и крови, въ которой плотныхъ крупинокъ не было замѣтно.

17-го іюня я захлороформировалъ ее и, опорожнивъ пузырь отъ мочи катетеромъ, осторожно прошелъ лѣвымъ указательнымъ пальцемъ въ расширенное orificium urethrae, проникъ въ 2—3 минуты безъ особеннаго насилія черезъ мочеиспускательный каналъ и и прощупалъ тогда на задней стѣнкѣ пузыря, приблизительно тамъ, гдѣ въпадаетъ правый мочеточникъ, большую подвижную, ворсинчатую, мягкую опухоль, которую можно было раздавить и размять въ мелкіе куски указательнымъ пальцемъ. Сдѣлавъ это по всѣмъ направленіямъ, я удалилъ палецъ, вырисуя въ шприцъ около 150 грм. теплой воды, ввелъ до пузыря двувѣстный dilatator uteri Каруса и увидѣлъ, какъ между вѣтвей его стали выходить въ большомъ количествѣ оторванные куски. Послѣ этого былъ еще разъ введенъ палецъ, чтобы отдѣлать всѣ остатки; такъ какъ

ножка опухоли все ускользала изъ подъ пальца, то я попробовалъ ввести возлѣ пальца узкій коридангъ, но хотя это и удалось мнѣ съ нѣкоторымъ трудомъ, все-таки я долженъ былъ снова удалить инструментъ, потому что не могъ при немъ ясно ощупывать пальцемъ. Въ 3 или 4 приема удалось отдавить всѣ замѣтные на ошупъ выступы на задней стѣнкѣ пузыря и удалить ихъ изъ пузыря указаннымъ выше способомъ. Кровотечение при этомъ было вообще незначительно; sphincter каждый разъ закрывался тотчасъ послѣ выведенія пальца или расширителя, такъ что впрыснутая жидкость не вытекала, и по окончаніи операція нашель въ верхней части слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала маленькую трещину, а на нижнемъ лѣвомъ краю orificiі urethrae маленькую зарубку.

Впродолженіи наркоза пациентку подъ конецъ вырвало одинъ разъ. Въ слѣдующую ночь, на другой день и въ слѣдующую вторую ночь эта рвота повторилась еще нѣсколько разъ. Въ этомъ состояла вся реакція со стороны пациентки; пульсъ все время былъ 72—80, лихорадки никакой не было, пациентка чувствовала незначительное жжение при мочеиспусканіи и видъ мочи, вначалѣ обильно смѣшанной съ кровью, маленькими сгустками и крошками, постепенно улучшался. Большое удовольствіе доставляли пациенткѣ теплыя ванны.

Въ высшей степени интересно было для меня это обстоятельство, что при сдѣланномъ передъ операціей точномъ изслѣдованіи подъ наркозомъ матка была найдена совершенно здоровою, довольно легко подвижною и нормальной формы, и не оказалось никак о го слѣда опухоли съ правой стороны. Мочевой пузырь казался мнѣ, правда, нѣсколько углубленнымъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ прикрѣплялась ножка той опухоли, но я рѣшительно не могъ найти ни сообщавшагося съ нимъ хода, ни какого-либо шпурка, примыкавшаго къ нему снаружи.

Что касается свойствъ удаленной нами опухоли, то она въ точности соответствовала тѣмъ массамъ, которыя пациентка выдѣляла раньше. Въ ней съ перваго взгляда можно распознать сосочковую опухоль; отдѣльные сосочки немного вздуты; какъ прозяныя или ячменные зерна. Сосочки состоятъ изъ слизистаго и разросшагося мостовиднаго эпителія на поверхности, имѣютъ очень нѣжную соединительно-тканную основу, содержащую частью довольно толстые сосуды, которые съ своей стороны посылаютъ тончайшіе сосудцы въ сосочки.

Еслибъ мы въ этомъ случаѣ имѣли дѣло съ кистой яичника, то безъ сомнѣнія, послѣ заживленія свищеваго хода, ведшаго въ пузырь, произошло бы наростаніе вновь и болѣе сильное распространеніе кисты въ другомъ направленіи, вслѣдствіе того что наружное сообщеніе закрылось, какъ я не разъ это наблюдалъ послѣ перфорачіи такихъ кистомъ черезъ rectum или черезъ пупокъ. Но этого не случилось. Пациентка выздоровѣла совершенно; она живетъ педалеко отъ меня, представилась мнѣ снова черезъ два года послѣ операціи, и никак о слѣда опухоли яичника или рецидива папиломы мочеваго пузыря не замѣтно.

## ГЛАВА V.

### Разстройства питанія женскаго мочеваго пузыря.

Гиперемія, геморрагія, воспаленія, гипертрофія и атрофія.

**Литература:** An sia ux: Clinique chirurgicale. Liège 1816. p. 165. Atthill: Dublin Journal of med. Science. May 1866. p. 456. Bauer: Vürttemb. Correspondenzblatt 51. 1854. Baynham: Edinb. med. and surg. Journal. April 1830. Beer: Oestreich. Wochenschrift 1843. Nro. 22—38. Bell: Edinb. med. Journal 1875, p. 935 (Exfoliation der Blasen-scheimbaut einer Pueprera). Braxton-Picks: Brit. med. Journal. July 11. 1874. Cossy: Archives générales, Septbr. 1843. Cruveilhier: Anatomie patholog. Livr. 30. Pl. 1.

Déclat: Comptes rendus LXXVIII. p. 267. 1874. Demarquay: l'Union médicale 118. 1868. p. Dubelt: Archiv f. experim. Pathologie von Klebs etc. Bd. V. p. 185. Fischer u. Traube: Berliner klin. Wochenschrift I. 2. 1864. Förster: Handbuch der pathol. Anat. II. Aufl. II. Bd. 542—545. C. Godson: in Whitehead's Aufsatz. Haussmann: Monatsschrift f. Guburtskunde. Bd. XXXI. 132—140. Holscher: Hannover'sche Annalen. Bd. III. Heft 2. VI. Kaltenbach: Archiv f. Gynäkol. III. 1—37. Kiwisch: Prager Vierteljahrsschrift. 1844. I. 2. Klebs: pathol. Anatomie. I. 595—703. Knox: Med. Times. Aug. 2. 1862. Lancette française 55. 1834. Lemaistre-Florian: Gaz. des hôpit. 48. 1851. Löwenson: Petersburger med. Zeitschr. II. 8 u. 9. p. 225. 1862. Luschka: Virchow's Archiv VII. 30. W. Martyn: Obstetrical Transactions. London. Vol. V. 1864. Munde: Report on diseases of women f. 1874. in: American Journ. of obstetrics. August 1875. Ollivier: de la cystite chez la femme. Gaz. des hôp. Nro. 34. 1868. Olshausen: Arch. f. Gynäkol. II. 272—278. Guéneau de Mussy: Gaz. des hôpit. 105. 1868. Rosenplänter: Cystidis crouposae retroversionem uteri gravidi subsecutae casus singularis. I.-D. Dorpati Liv. 1855. Schatz: Archiv für Gynäkologie. I. p. 469—474. Serre: Schmidt's Jahrbücher. Supplementband IV. 346. Spencer-Wells: Obstetrical Transactions. III. p. 417 u. IV. 13. Teuffel; Berliner kl. Wochenschr. Nro. 16. 1864. Treitz: Prager Vierteljahrsschrift. Bd. 64. p. 143—198. 1859. Tulpius: Observationes medicae Lugduni Bataavorum. 1716. Ed. V. Lib. II. 48. Vines: Lancet. June 1845. Virchow: Charité-Annalen pro 1875. S. A. p. 726—732. Wardell: Brit. med. Journal. June 10. 1871. W. Whitehead: British med. Journal. Oct. 14. 1871. Winckel: Berichte u. Studien II. Bd. p. 76. Wittich: Neue Zeitschrift für Geburtskunde. XXIII: 98. 1847. Zeitfnchs: El. v. Siebold's Journal. Bd. XIII. p. 99.

§ 130. Анатомическія данныя. Разстройства питанія женскаго пузыря весьма разнообразны. Они легко переходят одни въ другія и очень часто являются лишь различными степенями одного и того же страданія. Какъ самое незначительное изъ нихъ нужно назвать гиперемію, при которой иногда дѣло доходитъ до геморрагій; если она существуетъ болѣе продолжительное время, то развивается усиленное отдѣленіе, катарръ мочеваго пузыря; если при немъ разлагается моча, то это вызываетъ крупозныя воспаленія внутренней поверхности мочеваго пузыря, или даже вслѣдствіе присоединенія новыхъ вредныхъ вліяній, каковыхъ не всегда можно избѣгнуть при катетеризаціи, — дифтеритическія заболѣванія; послѣднія, захватывая Muscularis и очень скоро также серозную оболочку, могутъ привести къ такъ называемому Cystitis parenchymatosa и Pericystitis, вслѣдъ за которыми могутъ наконецъ наступить абсцессы, гангрена, некрозъ стѣнки пузыря. Въ очень многихъ случаяхъ эти разнообразныя стадіи находятъ рядомъ на одномъ и томъ же заболѣвшемъ органѣ, какъ это напр. прекрасно обрисовано въ составленномъ Косси описаніи заболѣваній мочеваго пузыря при тифѣ. — Если станемъ разсматривать эти отдѣльныя стадіи нѣсколько ближе, то во первыхъ найдемъ при гипереміи слизистой оболочки мочеваго пузыря острую и хроническую форму, слизистая оболочка при этомъ окрашена болѣе или менѣе яркимъ краснымъ цвѣтомъ, сосуды ея — при острой формѣ болѣе мелкія артеріи — сильно наполнены, ткань ея набухла. Если этотъ приливъ держится болѣе продолжительное время, если онъ хроническій, то приводитъ къ стойкому расширенію мельчайшихъ сосудовъ, именно венъ, какъ слизистой оболочки, такъ и всей стѣнки пузыря и ея обружности. При долгомъ существованіи переполненія сосудовъ кровью дѣло очень легко доходитъ до:

Геморрагій, до разрыва сосудовъ слизистой оболочки пузыря. Если разрывъ происходитъ въ тканн подъ эпителиемъ, то появляются только экхимозы въ слизистой оболочкѣ; если кровь изливается въ просвѣтъ пузыря, то она распредѣляется въ мочѣ и выходитъ вмѣстѣ съ нею, или свертывается и возникающіе сгустки удаляются по временамъ черезъ мочеиспускательный каналъ. Оставаясь долго въ пузырь, кровь распадается въ коричневую массу, похожую на кофейную гущу и суспендированную въ мочѣ. Иногда плотный свертокъ фибрина образуетъ ядро для камня въ мочевомъ пузырь. Болѣе сильныя геморрагіи происходятъ въ особенности при значительныхъ варикозныхъ расширенияхъ венъ въ шейкѣ пузыря и въ днѣ его, которыя называются геморроидами пузыря и развиваются именно у беременныхъ и послѣ частыхъ родовъ. (Сравни стр. 54 и 55.).

Катарръ мочевого пузыря также бываетъ острый и хроническій. Измѣненія пораженной острымъ катарромъ слизистой оболочки состоятъ вначалѣ въ сильномъ расширеніи и наполненіи сосудовъ, но поверхность еще не тронута; потомъ черезъ нѣсколько дней эпителий во многихъ мѣстахъ слущивается, именно на высотѣ складовъ и по всей вѣроятности вслѣдствіе обильной эмиграціи безцвѣтныхъ кровяныхъ клѣтокъ. Пузырь при этомъ большею частью стянутъ, и въ углубленіяхъ между складками его слизистой оболочки находится лишь немного мутной, бѣловатой, гнойной жидкости. Острая форма часто переходитъ въ хроническую. Здѣсь краснота, припуханіе являются уже не столь разлитыми, а располагаются болѣе островками, пятнами; все еще припухшая шисоа представляется часто покрытою вязкимъ, слизистымъ, или слизистогнойнымъ, или чисто гнойнымъ секретомъ. Нѣкоторыя мѣста, на которыхъ прежде были экхимозы, представляются овраженными аспиднымъ цвѣтомъ; припуханіе слизистой оболочки при продолжительномъ существованіи опять усиливается и переходитъ въ сосочковую, полипозную гиперплазію. Подслизистая и мышечная клѣтчатка принимаютъ участіе въ этомъ процессѣ, наступаютъ измѣненія въ Muscularis и Serosa. Подъ вліяніемъ патологическаго отдѣленія, нормальная до сихъ поръ моча подвергается щелочному разложенію и становится новымъ раздражающимъ моментомъ для заболѣвшей стѣнки. Происходятъ инкрустаціи мочевыми солями, развиваются болѣе или менѣе глубоко идущіе язвенные процессы и возникаютъ неправильныя язвы съ выступами по краямъ. Мышечные пучки довольно долго сопротивляются этимъ язвеннымъ процессамъ, подрываются ими, такъ что видѣются въ видѣ свободно лежащихъ мостиковъ въ дефектѣ ткани, или, отдѣлившись съ одного конца, плаваютъ длинными язычками въ содержимомъ мочевого пузыря (Клебс). Muscularis представляется при этихъ процессахъ большею частью утолщенной стѣнка постепенно прободается, но этимъ путемъ рѣдко возникаютъ прямыя фистулезныя ходы къ другимъ органамъ, а чаще образуются язвенныя полости неправильной формы, окруженныя мозолистою тканью. Брюшинный покровъ при этомъ гиперемированъ, утолщенъ вслѣдствіе ните- и лентообразныхъ сращеній между пузырьемъ и сосѣдними органами. Въ заключеніе можетъ послѣдовать перфорація по направленію къ брюшинѣ, затѣмъ инфильтрація мочою и гнилостное разложеніе съ септикеміей. — Какъ на высшую степень воспаления



стѣнки пузыря указывали на ея гангрену, причемъ пузырь бываетъ расширенъ, вѣль, мышечная оболочка его парализована, содержимое состоитъ изъ жидкости коричневатаго, шоколаднаго цвѣта, мочи съ гнилостными обрывками слизистой оболочки, крови, гноя и мочевыхъ осадковъ; при этомъ самая Мусоза размягчена, обезцвѣчена, черна, покрыта свободными клочьями или инкрустирована мочевыми солями, подслизистая влѣтчатка и Muscularis обезцвѣчены, грязны, инфильтрированы гноемъ, Peritonäum гиперемирована и мѣстами обезцвѣчена, наконецъ представляется перфорированною, разорванною.

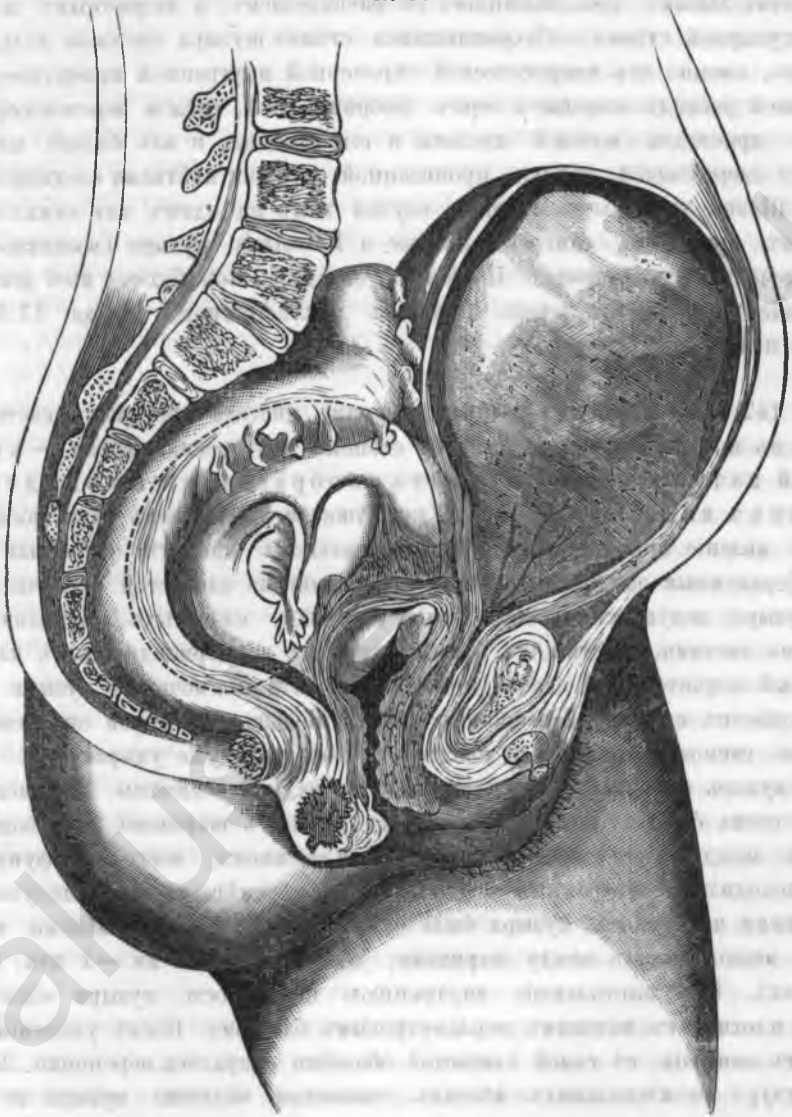
Такимъ образомъ, при всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ имѣемъ какъ общее правило участіе всѣхъ стѣнонь пузыря, — Cystitis mucosa, parenchymatosa и Cystitis serosa или Pericystitis, или очень рѣдко поражается которая нибудь изъ нихъ одна, всего рѣже Muscularis. Стало бытъ раздѣленіе и отдѣльное обозначеніе этихъ заболѣваній у секціоннаго стола имѣеть дѣлю скорѣе указать исходную точку и главное мѣсто страданія, чѣмъ представить каждую изъ этихъ формъ строго изолированную отъ другихъ.

§ 131. Какъ особенныя формы цистита, преобладающія по частотѣ у женскаго пола, остается описать еще крупозную и дифтеритическую. Онѣ встрѣчаются частично и распространенными по всей внутренней поверхности. При крупозномъ циститѣ на поверхности воспаленной слизистой оболочки отлагается фибринозно-клеточный слой иногда въ такомъ объемѣ, что выдѣляется полный сѣвпокъ пузыря. При Diphtheritis пузыря на слизистой оболочкѣ его мѣстами находятся ограниченныя, грязно-желтыя пятна и полосы, эксудатъ идетъ въ теанъ, слизистая оболочка въ окружности часто геморрагически налита, Muscularis и Serosa также инфильтрированы, съ распаденіемъ инфильтрата возникаютъ язвы. При крупозной, а также при дифтеритической формѣ происходитъ частичное и полное отслаиваніе слизистой оболочки пузыря. Случаи крупа пузыря съ отторженіемъ слизистой оболочки описаны Кивишемъ, Виттихомъ и др. Прежнія описанія Тульпіуса, Ансіо, Бейнгема и Цейтфукса слишкомъ неточны, чтобы придавать имъ опредѣленное анатомическое значеніе.

Если микроскопическимъ изслѣдованіемъ выдѣлившейся перепонки будетъ констатировано, что сошелъ не только самый поверхностный слой слизистой оболочки, но еще и часть мышечной, и отслоившіяся теани пронизаны мелкоклеточными, жирно перерожденными массами и тонкими нитями фибрина, то мы можемъ имѣть дѣло только съ дифтеритомъ пузыря, какъ въ случаяхъ Гаусмана, Спенсеръ Уэльса, Барнса, Гарлея, В. Мартина, Лущки, Бауэра и мн. др. Весьма интересенъ случай, описанный Шатцомъ: (см. рис. 58). У этой больной въ сильно растянутомъ, разрыхленномъ, утолщенномъ до 3—5 цтм. пузырьѣ, стѣнка котораго рвалась при захватыванія, и внутренняя поверхность была устлана солями мочевины, лежалъ свободно черносѣрый мѣшокъ величиною больше дѣтской головы, съ рыхлой песчаной стѣнкой толщиной въ 3—4 мм., — отторгнувшаяся in toto, некротизированная слизистая оболочка пузыря въ соединеніи съ большею половиною отторгнувшейся также путемъ

некроза мышечной. Мышцы этот только вблизи шейки пузыря находились в соединении с неполно отдѣлившеюся в этомъ мѣстѣ, но также некротизированною слизистою оболочкой и Muscularis шейки, и крокъ разор-

Рис. 58.



ваннаго отверстія вблизи шейки не имѣлъ никакого другаго. Мышцы имѣлъ 15 цтм. въ длину, 15 цтм. въ ширину, нижее отверстие его равнялось 8 цтм. Стѣнка его оказалась состоящею изъ 4 слоевъ: самый внутреннй состоялъ изъ кристалловъ мочевоы кислоты, эластическихъ волоконъ, массы фибрина и распада, едва различимыхъ остатковъ эпителия. За нимъ слѣдовала сильно гипертрофированная подслизистая твань, пронизанная множествомъ молодыхъ клѣтокъ и ядеръ, потомъ мышечный слой толщиной въ 2 мм., сильно гипертрофированной основой изъ соединительной твани пронизанной клѣтками,

ядра, жировыми зернами и мелкими распавшимися гнѣздами кровоизліянія и наконецъ мѣстами находился сверху слой толщиной до 22 мм., который состоялъ изъ фибрина, распада (detritus) жировыхъ зернышекъ, гноя, пронизаннаго пучками жировой ткани, и былъ обязанъ своимъ происхожденіемъ болѣе значительнымъ кровоизліяніемъ съ распаденіемъ, и вторичнымъ воспаленіемъ пузырьной стѣнки.—Сохранившаяся стѣнка пузыря состояла только изъ 2 слоевъ, именно изъ некротической сѣрочерной внутренней поверхности, содержащей распадъ жировыхъ зернъ, фибринъ, гной, свѣжія веретенообразныя клѣтки, кристаллы мочевоѣ кислоты и гематоидина, и изъ бѣлаго плотнаго слоя, не омертвѣвшей, обильно пронизанной свѣжими клѣтками соединительной ткани. Шатцъ указываетъ на этотъ случай какъ на одинъ изъ самыхъ разительныхъ примѣровъ гангрены Mucosae и Muscularis пузыря (возникшей очевидно вслѣдствіе дифтерита). Пациентка страдала Retroflexione uteri gravidi съ ущемленіемъ, и умерла черезъ 7 часовъ послѣ изгнанія плода 17,5 цтм. длиною и 154 грм. вѣсомъ.

§ 132. Этимъ особымъ острымъ формамъ цистита противопоставляется описанная въ новѣйше время въ высшей степени интересная форма — хроническій катарральный циститъ съ образованіемъ эпидермоидальныхъ конкrementовъ. Уже Рокитанскій описалъ какъ послѣдовательное явленіе при хроническомъ катарральномъ циститѣ болѣе или менѣе распространенныя эпидермоидальныя разрошенія на слизистой оболочкѣ мочевого пузыря, ведущихъ въ образованію толстыхъ, слоистыхъ, отдѣляющихся большими листами, блестящихъ бѣлыхъ пластовъ эпидермоидальныхъ клѣтокъ. Но самый поучительный случай этого рода заболѣванія мочевого пузыря у женщины описанъ впервые Левенсономъ (1862). Больная, о которой онъ говоритъ, страдала стенозомъ mitralis и явилась въ госпиталь уже умирающею. Послѣ смерти пузырь ея нашли растянутымъ до громадной величины. Изъ него было вынуто очень большое количество мелкихъ желтыхъ шариковъ и свободно лежащихъ между ними матово-блестящихъ пластинокъ, всего  $3\frac{3}{4}$  фунта; эта масса походила на сваренный желтый горохъ, перемѣшанный съ шелухой. Вся внутренняя поверхность пузыря была одѣта пластинчатыми глыбками, изъ которыхъ многія лежали между шариками, достигавшими 1 мм.—1 цтм. въ поперечнѣѣ. Эти выстилавшіе внутреннюю поверхность пузыря слои были упруго плотны, съ матовымъ перламутровымъ блескомъ. Послѣ удаленія этихъ пластинокъ эпителія, съ самой слизистой оболочки сдирались перепонки. Затѣмъ, вромѣ узуръ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, слизистая оболочка пузыря не представляла измѣненій, мочеиспускательный каналъ и мочеточники были нормальны. Почки въ состояніи зернистой атрофіи. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что молодыя эпителіальныя клѣтки слизистой оболочки, содержащія нѣрѣдко зернышки жира, при переходѣ своемъ въ наслоеніе постепенно принимали всѣ свойства очень большихъ эпидермоидальныхъ клѣтокъ и были болѣею частью безъядерны и зернисты. Шарикъ состоялъ изъ зернышекъ жира, извести, зернистыхъ и эпидермоидальныхъ клѣтокъ; въ нихъ найдено обильное содержаніе стеарина, но холестеарина не было. Рейхъ (см. выше Virchow

Hirsch, Bericht f. 1875. П. 225) говорить, что онъ нашелъ недавно послѣдній въ слизистой оболочкѣ пузыря при хроническомъ катаррѣ его у 56-лѣтняго мужчины. Стѣнка пузыря была гинертрофирована.—Левенсонъ относитъ эту дегенерацію къ наступившему при продолжительномъ воспалительномъ раздраженіи громадному разрощенію эпителия съ быстрымъ перерожденіемъ и переходомъ эпителиальныхъ клѣтокъ въ эпидермоидальныя.

§ 133. Признаки. При описаніи явленій, производимыхъ воспаленіемъ пузыря, мы можемъ не распространяться относительно тѣхъ изъ нихъ, которыя зависятъ отъ гиперемій, острыхъ и хроническихъ катарровъ, такъ какъ они хорошо извѣстны и уже весьма подробно описаны въ этомъ трудѣ Подрацкимъ (Ш. 2. Lief. 8. p. 59—62). Поэтому мы ограничимся указаніемъ на симптомы, обусловливаемые крупознымъ и дифтеритическимъ воспаленіемъ. Они заключаются прежде всего въ функциональныхъ расстройствахъ, которыя наступаютъ частію въ видѣ Dysuriae, частію задержанія мочи и тенезма, нерѣдко въ видѣ Ischuriae. Далѣе, бываютъ боли и послѣ мочеиспусканія, которыя распространяются въ области мочевого пузыря, по направленію къ области почекъ. Затѣмъ наступаютъ извѣстныя измѣненія мочи: она становится амміачною, содержитъ нерѣдко кровь, гной, эпителиальныя клѣтки, мочевые осадки и приводитъ и тѣ части, съ которыми соприкасается во время мочеиспусканія, въ состояніе крупознаго воспаления. Такъ было напр. въ случаѣ Бауэра-Луши, гдѣ все преддверіе представлялось устланномъ какъ бы волокнистымъ, распушеннымъ войлокомъ, который былъ пропитанъ зловонною мочей. Оттого весь мочеиспускательный каналъ нерѣдко опухаетъ и становится весьма чувствительнымъ. Черезъ нѣсколько времени въ мочѣ нерѣдко показываются хлопья и клочья, которые закупориваютъ мочеиспускательный каналъ, прерываютъ мочевую струю, даже могутъ вызвать настоящую ишурию, пока не будутъ наконецъ изгнаны сильнымъ давленіемъ брюшнаго пресса или извлечены искусственно, послѣ чего извергается большая масса скопившейся мочи. Клочья, которые удаляются такимъ образомъ, могутъ достигать весьма значительной величины и, помимо описаннаго выше и изображеннаго на рис. 58, случая Шатца, имѣли въ случаѣ Кивиша величину двухъ ладоней, въ случаѣ Годсона—вулака, въ случаѣ Гаусмана достигали 5 и 5½ цтм. въ перечникѣ.

При вызванной такими оторвавшимися клочьями стѣнки ишурии нѣсколько разъ случалось, что введенный металлическій и эластическій катетеръ не въ состояніи былъ вывести мочу, очевидно оттого, что кончикъ инструмента втыкался въ мягкіе клочья и окна его такимъ образомъ закупоривались; напр. въ случаѣ Бауэра, гдѣ изъ-за этого даже приступили къ проколу пузыря. Кивишъ въ описанномъ имъ случаѣ также ввелъ не безъ насилія катетеръ, и не добившись результата, вывелъ его обратно покрытымъ кровью и гнойными хлопьями эксудата.

Сильное задержаніе мочи—въ случаѣ Кивиша, напримѣръ, послѣ извлечения выдѣленія слизистой оболочки было выпущено 3 фунта, въ случаѣ Шатца мужскимъ катетеромъ ничего, а эластическимъ девять фунтовъ мочи—вызы-

ваетъ постепенно симптомы застоя мочи, которые заключаются прежде всего въ сильномъ жиленіи, въ уменьшеніи аппетита, тошнотѣ и удушливой рвотѣ, въ завалахъ, чередующихся съ поносами. Очень нерѣдко наступаетъ затѣмъ перитонитъ, какъ въ приведенномъ мною выше случаѣ. Впрочемъ. Уайттедъ справедливо обращаетъ наше вниманіе на то обстоятельство, что общія явленія чаще бываютъ легки по отношенію къ тягости заболѣванія. Иногда во время беременности наблюдали элампсію, присоединявшуюся въ сильнымъ хроническимъ катарральнымъ циститамъ (случай Вине). Чаще происходитъ выкидышъ; у больной Уайттеда изверженіе отдѣлившейся части слизистой оболочки произошло за нѣсколько часовъ до родовъ. Но случается также, какъ показываетъ случай Гаусмана, что несмотря на отслойку большой части слизистой оболочки пузыря и несмотря на сильную лихорадку (40,2° С.), процессъ переносится счастливо и беременность не прерывается. Впрочемъ въ неблагоприятно протекавшихъ случаяхъ смерть наступала или при уремическихъ явленіяхъ, или отъ перитонита, гесп. коллапса. У пациентокъ, пораженныхъ такими тяжелыми общими заболѣваніями какъ тифъ, дифтеритъ матки, оспа и т. д., симптомы обусловленные этими послѣдними легко могутъ прикрывать явленія, зависящія отъ заболѣванія мочевого пузыря. Пациентка Левенсона пришла въ петербургскій госпиталь лишь за нѣсколько дней до смертельнаго исхода и скоро погибла въ сопоразномъ состояніи, такъ что не было возможности установить болѣе точно симптомы этой замѣчательной формы хроническаго цистита съ образованіемъ *epidermidis*.

§ 134. Діагнозъ. При всѣхъ припадкахъ со стороны мочевыхъ органовъ, на которые жалуются женщины, непременно нужно произвести точное изслѣдованіе внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ пальцемъ и зеркаломъ, а также и прежде всего осмотрѣть *orificium urethrae*, поискать новообразований въ его устьѣ, затѣмъ ввести катетеръ и опустать имъ заднюю стѣнку пузыря; послѣ этого нужно изслѣдовать выпущенную мочу на бѣлокъ, эпителий мочевого пузыря, цилиндры, кровь и жировыя тѣльца, на присутствіе въ ней вибрионовъ, кристалловъ фосфорно-вислой амміакъ магнезіи и перепончатыхъ плочекъ и изслѣдовать въ точности свойство послѣднихъ. Иногда еще до изслѣдованія мочи сильная болѣзненность стѣнки пузыря покажетъ намъ, что мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ воспалительнаго характера. Чтобы точно распознать его локализацию и распространеніе и отличить его отъ встрѣчающихся въ шейкѣ пузыря трещинъ, на которыя обратили въ послѣднее время особенное вниманіе Руаллемье, Гено де Мюсси и Шпигельбергъ, нужно расширить моченспускательный каналъ и изслѣдовать зрѣніемъ и пальцемъ въ особенности *collum vesicae*. Распиреніе вмѣстѣ съ тѣмъ служатъ для прямаго приложенія необходимыхъ лекаственнхъ веществъ и во всякомъ случаѣ оно нужно для извлеченія отслоившихся частей слизистой оболочки. Всего важнѣе однако во всѣхъ подобныхъ случаяхъ микроскопическое изслѣдованіе извлеченныхъ или выдѣлившихся самопроизвольно перепончатыхъ кусковъ. Только оно, а не осмотръ невооруженнымъ глазомъ, можетъ показать намъ, что они принадлежатъ дѣйствительно слизистой оболочкѣ пузыря—мы

должны будемъ искать плоскаго эпителия, нитей фибрина, слизистыхъ и гнойныхъ тѣлецъ, можетъ быть также гладкихъ мышечныхъ волоконъ—или что они происходятъ изъ подвергшихся прободенію образований, какъ то изъ мѣшковъ эхинококка или кистомъ яичниковъ (содержащихъ волосы, чешуйки *epidermidis*), или наконецъ что это, какъ я нашелъ однажды у родильницы и какъ констатировалъ также проф. Францъ Эйльгардъ Шульце,—перепонки съ прямыми каналцами, въ которыхъ можно распознать структуру почки. Такъ какъ при нѣкоторыхъ состояніяхъ этихъ больныхъ, напр. при дифтеритѣ, стѣнки пузыря могутъ быть весьма хрупкими, то во всякомъ случаѣ приходится отказаться отъ растяженія пузыря воздухомъ съ цѣлью осмотра въ зеркало его передней стѣнки. Естественно слѣдуетъ произвести изслѣдованіе нижней области живота пальпацией, перкусіей и аускультацией, чтобы прощупать, сильно ли растянута пузырь, упруги или податливы его стѣнки, толсты онѣ или тонки, и послушать, не слышно ли надъ нимъ шумовъ тренія. При дифтеритическихъ процессахъ въ дѣтородныхъ частяхъ родильницъ, далѣе при тифозныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности же при наклоненіи назадъ беременной матки, когда повторное введеніе катетера необходимо, нужно постоянно слѣдить за свойствомъ мочи, чтобы не просмотрѣть начала крупознаго, гесп. дифтеритическаго заболѣванія мочеваго пузыря.

§ 135. Этіологія и частота: Въ числѣ упомянутыхъ (въ § 20) 2500 всерытій женскихъ индивидовъ при 68 были найдены воспалительные процессы на мочевомъ пузырьѣ, стало быть въ 2,7% всѣхъ случаевъ, и у 38,3% такихъ больныхъ, у которыхъ вообще были найдены ненормальности мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала. А именно: гиперемія одна была найдена 4 раза, эхиномозы и геморрагіи 21, катарръ пузыря 16, гнойный циститъ 16 разъ, крупозный 4, дифтеритическій 5 разъ, абсцессы пузыря 3 раза, кромѣ того 1 разъ метастатическій абсцессъ, хроническій циститъ 4 раза; отеки стѣнки и окружности 2 и *Pericystitis* 1 разъ. Судя поэтому, воспалительные процессы пузыря играютъ у женщинъ тоже очень важную роль, и важнѣйшія предрасполагающія условія для нихъ, безъ сомнѣнія, доставляютъ преимущественно послѣродовыя явленія. Между послѣдними есть два состоянія, ведущихъ за собою особенное расположеніе къ этимъ разстройствомъ, а именно загибъ назадъ беременной матки и связанное съ нимъ задержаніе мочи, а потомъ *Ischuria* въ первое время родильнаго періода. Вирховъ (l. c.) въ послѣднее время опять настаивалъ на томъ, что при развитіи у такихъ больныхъ дифтерита пузыря весьма существенную роль играетъ разложеніе мочи, вызванное какими бы то ни было причинами, и присутствіе щелочныхъ веществъ въ пузырьѣ; Вирховъ считаетъ даже сомнительнымъ, чтобы безъ вызваннаго этими условіями разрушенія эпителия могли вообще вмѣшаться въ дѣло паразиты на слизистой оболочкѣ. Отдѣленіе слизистой оболочки происходитъ затѣмъ, какъ показалъ Мэй (1869), при искусственно вызванномъ на собакахъ задержаніи мочи, противъ шейки пузыря, начиная съ темени, гдѣ образующіеся при этомъ комки крови бывають многочисленнѣе и больше, чѣмъ на шейкѣ, и потому, что внѣшнее давленіе, про-

тиводѣйствующее расширенію пузыря, у темені всего меньше; слизистая оболочка и мышечный слой отдѣляются другъ отъ друга и промежутокъ между ними наполняется кровью или сывороткой, или просачивающейся туда мочою. Слизистая оболочка шейки пузыря большею частью сохраняется, чѣмъ и обусловливается скорѣе возможность выздоровленія.—Простой самостоятельный катарръ мочеиспускательнаго канала и пузыря, возникающій иногда у беременныхъ вслѣдствіе давленія на мочеиспускательный каналъ и шейку пузыря, также можетъ подать поводъ къ такому разложенію мочи, но очень часто разложеніе мочи вызывается вредными вліяніями, зависящими отъ повторной катетеризаціи. Это совершенно удовлетворительно доказали Фишеръ и Траубе, а послѣ нихъ для женскаго послѣродоваго катарра мочеваго пузыря въ особенности Ольсгаузенъ и Кальтенбахъ. Этотъ послѣдній нашелъ, что катарры пузыря въ родильномъ состояніи вызываются химическимъ или механическимъ раздраженіемъ посредствомъ катетера, затѣмъ распространеніемъ воспалительныхъ процессовъ съ половыхъ органовъ на пузырь и высшими степенями травмы при родахъ, а также что и менѣе значительныя степени травмы при родахъ, при содѣйствіи другихъ вредныхъ вліяній, также могутъ вызвать это заболѣваніе. П. Дубельтъ опытами на собакахъ выяснилъ, что введеніе обыкновеннаго воздуха въ пузырь вліянія не оказывало, что впрыскиваніе разложившейся мочи въ здоровый пузырь вызывало лишь незначительное воспаленіе, но производило болѣе сильное, когда Mucosa пузыря была повреждена. Вслѣдствіе частаго введенія катетера то мѣсто слизистой оболочки, къ которому онъ прикасался, было найдено покраснѣвшимъ и обнаженнымъ отъ эпителия.

Кромѣ этихъ главныхъ предрасполагающихъ моментовъ нужно назвать еще общія заболѣванія, какъ то: пороки сердца (случай Левенсона), тифъ (случай Косси и Эберса), оспу (случай Крювелье), параличу, болѣзни спиннаго мозга, глубокую старость (случай въ Lancet см. выше).

Сюда относятся еще заболѣванія рукава и матки. именно ракъ этихъ органовъ; затѣмъ прободающіе плодные мѣшки и мн. др. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ циститъ несомнѣнно происходитъ совершенно самостоятельно, напр. при ракѣ пузыря онъ вызывается просто раздраженіемъ новообразованія: но при тѣхъ же случаяхъ, даже тогда, когда катетеръ совсѣмъ не употреблялся, а именно при фистулахъ, существуетъ возможность перехода фермента, обусловливающаго щелочное броженіе мочи, изъ рукава (нижніе органы): оставаясь долгое время въ стѣнѣ пузыря, этотъ ферментъ вызываетъ ея заболѣваніе и разложеніе мочи, тогда какъ изъ пузыря съ гладкими стѣнками и сильной мускулатурой онъ былъ бы скоро выгнанъ, не могъ бы удержаться и не такъ легко причинилъ бы вредъ.

§ 136. Предсказаніе. Простыя гипереміи, геморрагіи и катарральныя состоянія женскаго пузыря допускаютъ хорошее предсказаніе. Такъ какъ можно легко и не причиняя особенныхъ болей орошать всю внутреннюю поверхность мочеваго пузыря, то обыкновенно удается излечить эти состоянія въ 8—14 дней, если только они не осложнены. Другое дѣло крупозныя, дифтеритическіе и гангренозные процессы: они всегда рѣшительно серьезны, даже помимо вы-

зываютъ ихъ причинъ. Изъ семи обнародованныхъ въ литературѣ новѣйшаго времени случаевъ, въ которыхъ сказано объ участи пациентки, 3, стало быть 42% погибли (случаи Бауэра, Шатца, Спенсеръ Уэльса), 4 выздоровѣли (случаи Спенсеръ Уэльса, Уардела, Гаусмана, Кивиша). Чѣмъ раньше будетъ узнана причина страданія, тѣмъ прогнозъ лучше; чѣмъ дольше удерживаетъ моча аммиачальный характеръ, тѣмъ сомнительнѣе. Но и въ этихъ случаяхъ, энергически продолжая мѣстное леченіе, можно иногда добиться исцѣленія въ нѣсколько недѣль, и до обширнаго отторженія внутренней поверхности пузыря дѣло не доходить. На усиливающуюся лихорадеу, сильное опуханіе мочеиспускательнаго канала, передней стѣнки рукава, острые отеки въ окрестности пузыря слѣдуетъ смотрѣть какъ на неблагоприятные симптомы, указывающіе на угрожающую перфوراцію пузыря. Наступившее срощеніе пузыря съ сосѣдними органами можетъ въ послѣдствіи еще долгое время дѣйствовать неблагоприятно въ томъ отношеніи, что легко можетъ повести за собою задержаніе мочи, а при катетеризаціи входеніе воздуха и въ слѣдствіе того рецидивы катарровъ и воспаленій.—Предсказаніе очевидно зависитъ также отъ свойства выдѣлившихся вѣществъ; такъ напр. при простомъ крупѣ, когда въ нихъ оказывается только эпителий и экссудатъ, мы поставимъ лучшій прогнозъ чѣмъ тогда, когда отслоились и части мускулатуры, или даже выходятъ омертвѣвшіе куски, по которымъ стало быть нужно заключить о глубокомъ пораженіи стѣнки пузыря. Въ остальныхъ отношеніяхъ предсказаніе обуславливается причинами заболѣванія пузыря, которыя весьма различны, смотря потому, произошелъ ли крупъ или дифтеритъ пузыря при простой фистулѣ, или при раковомъ разрушеніи пузырно-влагалищной стѣнки, или при дифтеритѣ матки у родильницы, или при вправимомъ *retroflexio uteri*.—Въ заключеніе нужно упомянуть, что срощенія пузыря съ кишечникомъ вызывали въ послѣдствіи даже *Pneus* со смертельнымъ исходомъ.

§ 136. Леченіе. Для предупрежденія гиперемій стѣнокъ пузыря нужно предписывать діету и напитки въ особенности тѣмъ женщинамъ, которыя расположены къ этимъ состояніямъ; беременнымъ нужно совѣтовать держать въ теплѣ нижнюю часть живота и въ особенности ноги и соблюдать особенную осторожность, когда уже есть какая нибудь неловкость при мочеиспусканіи или частый позывъ къ нему, хотя бы только отъ механическихъ причинъ. При существующихъ завалахъ не слѣдуетъ ограничиваться употребленіемъ прохладныхъ промывательныхъ, а нужно пользоваться нѣжными *cathartica*, каковы магнезія, ревенъ, сѣра, кора крушины, каломель, чтобы умѣреннымъ раздраженіемъ слизистой оболочки кишечника вызвать въ ней гиперемію и тѣмъ достигнуть отвлеченія отъ пузыря и предохранить отъ усиленной работы брюшнаго пресса при дефекаціи. Весьма важно далѣе во всѣхъ случаяхъ, гдѣ необходима катетеризація, не только каждый разъ самымъ тщательнымъ образомъ убѣдиться въ чистотѣ катетера, но и наблюдать при истеченіи мочи затѣмъ, чтобы въ пузырь не вошелъ воздухъ. Еслибъ намъ на это возразили, что Рутенберговскій методъ расширенія пузыря воздухомъ ясно показываетъ, что этотъ послѣдній не можетъ быть особенно вреденъ, то мы должны будемъ от-



вѣтять, что мы всегда старались предупредить вредное вліяніе вдунутаго воздуха впрыскиваніемъ антисептическихъ жидкостей, и кромѣ того при расширенномъ мочеиспускательномъ каналѣ воздухъ весь выходитъ почти тотчасъ послѣ удаленія зеркала. Тѣмъ не менѣе мы два раза наблюдали скоротечный катарръ мочевого пузыря послѣ такого расширения, такъ какъ врядъ ли всегда можно избѣгнуть легкихъ поврежденій слизистой оболочки инструментомъ. Въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ слѣдовало бы, какъ давно уже введено въ дрезденскомъ институтѣ, давать каждой родильницѣ, у которой вообще необходимо искусственно выводить мочу, совершенно новый или по крайней мѣрѣ химически вычищенный катетеръ и держать его у ея постели для ея исключительнаго пользованія при повторной катетеризаціи. Я приписываю главнымъ образомъ этой мѣрѣ тотъ фактъ, что мы такъ рѣдко встрѣчаемъ послѣродовые катарры пузыря въ нашемъ институтѣ и думаю, что было бы весьма целесообразно, еслибъ и въ частной практикѣ вообще устраивали такъ, чтобы каждая больная получала свой новый инструментъ, а не была пользуета катетерами повивальной бабки или врача.

Если же наступила ясно выраженная гиперемія или катарръ пузыря, то, по моимъ многолѣтнимъ и многочисленнымъ опытамъ и у женщинъ, и у маленькихъ дѣвочекъ, самую главную мѣру составляетъ безусловно мѣстное леченіе. Я начинаю всегда съ прополаскиванія пузыря теплой водой, или же слизистыми отварами, напр. льнянаго сѣмени, или известковой водой; теперь я часто прибавляю къ водѣ немного салициловой кислоты (1:1000). Впрыскиваемая жидкость должна имѣть  $t^{\circ}$  22—26° R. и вводится въ пузырь всего лучше посредствомъ Хегаровской воронки, которую держать не слишкомъ высоко и къ резиновой трубкѣ которой прикрѣпленъ эластическій катетеръ соответственной толщины; жидкость остается въ пузырьѣ нѣсколько минутъ и потомъ выводится опусканіемъ воронки. Количество вливаемой жидкости измѣняется сообразно возрасту и величинѣ пузыря въ предѣлахъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 литра и прополаскиваніе нужно производить 1—3 раза въ день. Это можно продолжать, смотря по обстоятельствамъ, цѣлыя недѣли, и я достигалъ этою мѣрой въ короткое время хорошихъ результатовъ не только при катаррахъ, но въ послѣднее время также при ишуріяхъ, такъ часто встрѣчающихся въ родильномъ періодѣ и связанныхъ съ утомленіемъ *detrusoris*. Какъ скоро впрыскиваніе такой жидкости не помогаетъ, я перехожу къ растворамъ адскаго камня 1—2—3:500 или таннина 0,5—1,0:100,0 и употребляю ихъ недѣлями точно такимъ же образомъ. Къ впрыскиванію другихъ, именно бальзамическихъ средствъ, которыя рекомендуются съ самыхъ различныхъ сторонъ, я, въ виду правильнаго наступленія желаннаго дѣйствія отъ употребленія вышесказанныхъ средствъ, еще ни разу не имѣлъ повода. Кромѣ этого мѣстнаго леченія я предписываю только соблюдать покой, при сильной чувствительности лежать въ постели, кладу умѣренно теплые компрессы на нижнюю часть живота, назначаю нераздражающую, жидкую діету—молоко, чай, яичный желтокъ, бульонъ, тощую говядину и стараюсь поддерживать обильныя испраженія посредствомъ промывательныхъ и названныхъ выше *cathartica*. Я еще ни разу не употреблялъ копайскаго бальзама при заболѣваніяхъ женскаго мочевого пузыря и думаю,

что безъ него очень хорошо можно обойтись; я также не употреблялъ еще *Kalium bromatum* при бленорреѣ пузыря, предложенный въ последнее время Мейнгардомъ при этомъ страданіи. Мейнгардъ даетъ 2—3 грамма нѣсколько разъ въ день при питательной пищѣ.

Нѣсколько иной способъ мѣстнаго леченія предложенъ два года тому назадъ Брѣвстонъ Гиксомъ (см. выше). Этотъ авторъ въ остромъ періодѣ воспаления женскаго пузыря прополаскиваетъ его сперва 1 литромъ кислой жидкости, содержащей 2 капли *Acidi hydrochlorati* на 30 грм. воды, потомъ растворомъ морфія 1 : 600, который оставляется въ пузырьѣ по возможности долгое время. Двукратнаго повторенія большею частью бываетъ достаточно по его словамъ. Если моча кисла, то выпрыскиваются три раза въ день слабые растворы углекислаго натра. Послѣ превращенія острыхъ симптомовъ въ пузырь выпрыскиваются растворы танина или 3—4 капли *Liqui ferri sesquichlorati* на 25 грм. воды. При хроническомъ катаррѣ пузыря Брѣвстонъ Гиксъ также беретъ адскій камень въ растворахъ 1 : 60 до 1 : 40 и *Liquor ferri* втрое вѣще чѣмъ въ остромъ періодѣ. Онъ не ограничивается однимъ пузыремъ въ примѣненіи этого болѣе раздражающаго способа леченія, а примѣняетъ его «съ цѣлю вызвать противураздраженіе» и въ мочеиспускательному каналу, вводя въ него и оставляя тамъ на болѣе или менѣе продолжительное время зонды, покрытыя адскимъ камнемъ, или эластическіе буки, покрытыя таниномъ. Онъ совѣтуетъ также расширить мочеиспускательный каналъ и смазывать его слизистую оболочку растворомъ солянокислаго желѣза, — Леметръ-Флоріанъ утверждаютъ, что излечивали хроническій циститъ въ 21 день выпрыскиваніемъ растворовъ поваренной соли (4 : 1000, прибавляя ежедневно по грамму) три раза въ день впродолженія 25 минутъ. Въ прежнее время прибѣгали также, именно при остромъ циститѣ, къ мѣстнымъ кровоизвлеченіямъ посредствомъ пиявокъ и банокъ.

Весьма важно для леченія цистита, чтобы пациентка никакъ не удерживала мочи долгое время, а выпускала ее по возможности въ правильные промежутки, и необходимо наблюдать, чтобы пузырь каждый разъ опорожнялся вполне, если нужно то посредствомъ катетера. Для больныхъ весьма пріятны общія теплыя ванны и для питья миндальное молоко, Виши, содовая вода, *Biliner Brunnen*.

О леченіи геморрагій въ мочевомъ пузырьѣ мы уже подробно говорили на стр. 180 и 181. Если въ пузырьѣ много сгустковъ, что узнается катетеромъ, то нужно расширить мочеиспускательный каналъ, извлечь тѣ изъ нихъ, которые не выходятъ сами, Симоновскими или такъ-называемыми аллигаторовыми щипцами, вычлоскать пузырь очень разведеннымъ *Liqu. ferri sesquichlorati* и затѣмъ дѣйствовать какъ указано раньше.

Какъ скоро констатировано выхождение перепоновъ *per urethram*, нужно изслѣдовать содержимое пузыря катетеромъ, произвести расширение, если инструментъ констатируетъ присутствіе клочковатыхъ массъ, осторожно извлечь ихъ и тотчасъ выпрыснуть известковую воду, или карболовые растворы (1 : 1000), или растворы салициловой кислоты, или при кровотеченіи *Liquor ferri sesquichlor.* (1 : 800). При всѣхъ этихъ состояніяхъ нужно часто прибѣгать къ *Anodynii* (мѣстныя подкожныя выпрыскиванія надъ *Mons veneris*) и заботиться именно о

поддержаніи силъ, для чего особенно умѣстны хининъ, вино, Analeptica (эфиръ подь кожу) вмѣстѣ съ очень питательной, легко-варимой пищей.

Присоединяемъ сюда еще два вида острыхъ и хроническихъ разстройствъ питанія, о которыхъ уже приходилось упоминать при нѣкоторыхъ изъ описанныхъ до сихъ поръ неправильностей, именно гипертрофію и атрофію женскаго мочевого пузыря.

§ 137. Что касается во-первыхъ гипертрофіи, то она встрѣчается при всѣхъ продолжительныхъ смѣщеніяхъ (Cystocele и т. д.), потому именно при новообразованіяхъ какъ мочеиспускательнаго канала, такъ и пузыря, при служеніяхъ перваго язвami, затѣмъ при прижатіи urethrae и шейки пузыря, далѣе при воспалительныхъ процессахъ въ самой стѣнкѣ пузыря. Утолщеніе стѣнки можетъ простираться на всѣ слои или только на Muscularis и въ этой послѣдней также можетъ быть общимъ или только частичнымъ. Если гипертрофированы только нѣкоторыя части Muscularis, то слизистая оболочка иногда вѣдряется между мышечными пучками и выпячивая также Peritonaeum, образуетъ вмѣстѣ съ нею дивертикулъ пузыря, всего чаще въ его основаніи. Однако подобныя дивертикулы—если не причислять къ нимъ нижнюю часть Cystocele, что было бы не совсѣмъ правильно, такъ какъ въ образованіи этой послѣдней участвуютъ всѣ стѣнки пузыря—встрѣчаются на одѣтой брюшиною части пузыря у женщинъ далеко рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Такъ какъ гипертрофія вызывается большею частью препятствіемъ при мочеиспусканіи, то она должна постепенно вести къ расширенію пузыря, которое у женщинъ можетъ достигать весьма значительныхъ размѣровъ. Такъ въ случаѣ, на который я ссылаюсь нѣсколько разъ, пузырь достигалъ 23 и 26,5 цтм. въ діаметрѣ, толщина стѣнки равнялась отъ 0,2 до 1,5 цтм., а въ случаѣ описанномъ Шатомъ пузырь имѣлъ болѣе 15 цтм. въ длину и ширину.

Діагнозъ. Если пузырь растянутъ весьма значительно, то и послѣ опорженія его катетеромъ все еще можно бываетъ прощупать его и передвигать надъ лоннымъ сращеніемъ, какъ вялую опухоль, въ которой прощупывается катетеръ черезъ брюшные покровы. Затѣмъ нужно точно опредѣлить его границы пербуссіей и обнаружить при помощи катетера воспримчивость къ раздраженію его стѣнокъ, а изъ изслѣдованія мочи заключить о свойствѣхъ его внутренней поверхности. При этомъ убѣждаются, что гипертрофія чрезвычайно рѣдко встрѣчается одна, и гораздо чаще съ осложненіями.

Для устраненія этого разстройства нужно прежде всего вооружиться противъ всѣхъ названныхъ выше причинъ его, главнымъ же образомъ устранить въ самомъ основаніи препятствія къ мочеиспусканію. Затѣмъ нужно, если это послѣднее затруднено, какъ можно правильнѣе выводить мочу катетеромъ и каждый разъ содѣйствовать этому нажиманіемъ снаружи. Вполнѣ основательно совѣтуютъ также носить хорошій ceinture hypogastrique. Очень хороши далѣе прохладныя компрессы, холодныя души на крестецъ или холодныя впрыскиванія въ рукавъ и холодныя поясныя ванны, а стало быть и холодныя морскія купанья. Само собою разумѣется, что нельзя упускать при этомъ изъ виду леченія существующихъ осложненій, какъ то катарровъ, смѣщеній (Cysto-

cele); въ употребляемыхъ при этомъ орошеніяхъ пузыря съ измѣненіемъ высоты давленія мы, какъ уже было упомянуто выше, имѣемъ превосходное средство для устраненія наступающихъ при гипертрофіи пузыря неправильностей его сокращенія.

При сильной раздражительности шейки пузыря можно помочь мѣстнымъ примѣненіемъ наркотическихъ въ формѣ суппозиторій, вводимыхъ въ рукавъ, и бужей и инъекцій съ наркотическими веществами, вводимыхъ въ пузырь.

§ 138. Атрофія женскаго пузыря можетъ быть слѣдствіемъ чрезмѣрнаго растяженія и дилатаціи, но чаще она бываетъ слѣдствіемъ паралитическихъ состояній его мышечной оболочки, которыя мы разсмотримъ ближе въ главѣ VII: неврозы пузыря. Иногда она встрѣчается вмѣстѣ съ гипертрофіей Muscularis, какъ было въ нашемъ случаѣ, и ее находятъ у старыхъ женщинъ, у которыхъ стѣнки пузыря нерѣдко представляются тонкими почти какъ листъ бумаги, причѣмъ ни о какомъ паралитическомъ состояніи не можетъ быть и рѣчи. Повидимому, это уменьшеніе элементовъ довольно равномерно распространяется на всѣ три оболочки, и я по временамъ находилъ, что это истонченіе стѣнки пузыря у шестидесятилѣтнихъ, у которыхъ уже наступила старческая атрофія матки, служило причиною Cystocele vaginalis, которая въ эти годы еще наступаетъ сравнительно легко, и которой нельзя конечно, помочь ничѣмъ инымъ, кромѣ просто механическихъ ретенціонныхъ средствъ. Если въ подобномъ состояніи обнаруживаются разстройства мочеиспусканія и послѣ примѣненія такихъ средствъ, то показываются мѣстныя раздражающія, холодныя обмыванія, катетеризація, въ особенности же примѣненіе индуціоннаго электрическаго тока.

Хроническій катарръ мочеваго пузыря у старухи. Быстрое расширеніе мочеиспускательнаго канала, освѣщеніе внутренней поверхности пузыря Рутенберговскимъ аппаратомъ; слизистая оболочка пузыря легко передвигается надъ Muscularis. Прополаскиваніе пузыря растворомъ салициловой кислоты по два раза въ день. Выздоровленіе въ 8 дней.

80-ти-лѣтняя старуха высокаго роста съ сильно развитою костною системою поступила 6-го іюля 1876 г. въ мое гинекологическое отдѣленіе. Со времени своей послѣдней беременности, 30 лѣтъ назадъ она не имѣла больше мѣсячныхъ. Вообще физически здоровая, она получила четыре недѣли тому назадъ, послѣ сильнаго тѣлеснаго напряженія, боли въ области мочеваго пузыря передъ мочеиспусканіемъ и послѣ него: область ері и hurogástricis была весьма чувствительна къ давленію, рукавъ узокъ, влагалищная часть въ состояніи старческой атрофіи, задняя стѣнка пузыря при ощущеніи необыкновенно чувствительна, моча блѣдная, мутная, содержитъ немного бѣлка. Былъ діагностированъ по этому хроническій циститъ и мочеиспускательный каналъ расширенъ подъ хлороформомъ чтобы посмотреть, нѣтъ ли еще другихъ заболѣваній на внутренней поверхности. Прежде всего была сдѣлана неожиданная находка: въ просвѣтъ самаго большаго изъ зеркалъ вдвинулась блѣдно-красно-синевадая часть слизистой оболочки, такъ что я сначала былъ очень обрадованъ, думая что нашелъ полипъ мочеваго пузыря. Но введеннымъ затѣмъ пальцемъ нельзя было распознать ни слѣда какого-либо полипа, зато оказалось, что вообщемъ вся слизистая оболочка пузыря весьма легко

передвигается надъ Muscularis и необыкновенно разрыхлена. При произведенномъ затѣмъ растяженіи пузыря воздухомъ и освѣщеніи его внутренней поверхности нигдѣ никакого полипа не оказалось. Можно было констатировать только явленія хронической гипереміи, умѣренно синеватую красноту, припуханіе слизистой оболочки, ея легкую кровоточивость. Поэтому были назначены впрыскиванія тепловатыхъ растворовъ салициловой кислоты 1 : 600 по 2 раза въ день и внутрь Chinae, а потомъ decoctum Colombo съ tinctura thebaica вслѣдствіе поноса. При расширеніи мочеиспускательнаго канала, несмотря на то, что оно было произведено въ точности по предписаніямъ Симона, все-таки опять произошла слегка кровоточащая трещина у основанія клитора; никакой другой реакціи не было, мочу въ первые два дня нужно было выпускать катетеромъ. Температура пациентки не повысилась ни разу выше 37,4° С. при пульсѣ 68—84; частый позывъ къ мочеиспусканію и жженіе при этомъ актѣ уменьшались съ каждымъ днемъ; впрыскиваніе вызывало чувство жженія въ теченіи около часа, потомъ пациентка чувствовала себя лучше; моча мало по малу становилась прозрачною, и уже 15-го іюля пациентку можно было выписать здоровою.

Своеобразное разрыхленіе слизистой оболочки, которое при благоприятныхъ обстоятельствахъ могло повести къ вывороту ея въ мочеиспускательный каналъ, и столь незначительная реакція, несмотря на преклонный возрастъ пациентки, придавали этому случаю особенный интересъ.

## ГЛАВА VI.

### Постороннія тѣла въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ.

**Литература:** къ I и II. Отд. Württ. Gorrespbl. XXXV. 38. 1865. Bianchetti: Schmidt's Jahrb. Bd. XIII. 319 и Bd. XLIV. 74. Bilharz: Wiener med. Wochenschrift, 4. 1856. Billroth: Schweizer. Zeitschrift f. Heilk. I; 1 u. 2. p. 52. 1862. Bouchacourt: Révue méd. Avril 1845. Bron. Gaz. des Hôp. 82. 1863. Denucé: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 100. p. 233. Изъ: Journal de Bordeaux. Aout—Dec. 1856. Тамъ же дальнѣйшая Литература. Faber: Württemb. med. Annalen. Bd. V. Hft. 4. и Schmidt's Jahrb. 27. p. 48. Bd. 120. p. 307. L. Fleckles: Wiener med. Wochenschrift. Nro. 12. 1855. Fleury: Gaz. des hôpit. Nro. 113. 1868. W. A. Freund u. J. R. Chadwick: Journal of obstetrics, February 1875. Gregory-Smith: London med. Gaz. Vol. XXIV. 506. Jobert de Lamballe: Caz. hebd. II. 11. 1855. Küssner: Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nro. 20. Leonard: Vichow-Hirsch. Jahresb. f. 1870. II. 169. Levis: Schmidt's Jahrb. Bd. 165. p. 189. Nélaton: Gaz. des Hôp. 56 1862. E. Odone: Schmidt's Jahrb. IX. 57. Aus: Repert. de Piemonte. Settembre 1834. Parmentier u. Vigla: Schmidt's Jahrb. Bd. 78. p. 33. Smith: Lancet. March 7. 1868. Sonnié-Moret: Arch. gén. Juin 1835. H. Taylor: Arch. of med. II. p. 284. April 1861. J. Toogood: 1) Med. Gaz. of London. October 1833 und 2) Vol. XIV. Aug. 2. 1834. Uytterhoven: Journ. de Bruxelles. Juin 1854. W. Watson: Schmidt's Jahrbücher. Bd. VI 149. Aus: Baltimore Journal II. 1834. Weiteka mpf: Caspers's Wochenschrift. 1836. Nro. 45. Winkel: Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XVII. p. 303. Zechmeister: Allg. Wiener med. Ztg. IX. 11. 1864.

### Къ III. Камни мочеваго пузыря у женщинъ.

Aveling: Transactions of the obstetrical society of London. vol 5. 1864. p. 1. G. C. F. Behre: Versuch einer historisch-kritischen Darstellung des Steinschnitts beim Weibe. Heidelberg 1827. 160 Стр. Rouqué: Du traitement des fistules urogenitales. Paris 1875. p. 84. Thomas Bryant: med. chirurg. Transactions. vol. 47. 1864. Walter Coulson:

l. diseases of the bladder. Debruvne: Presse méd. Belge. Nro. 30. 1870. Denaux: Bull. de la soc. de med. de Gand, 1872. p. 55. Ferguson: Lancet October 11. 1862. Geinitz: Jenaer med. Zeitschrift. III. 36. Giraldés: Journal für Kinderkrankheiten. XLV. 11. 12. 1865. A. p. 311—329. B. p. 422—427. Gütner: Oestr. Zeitschrift f. pract. Heilkunde. X. 32. 1864. Heath: Brit. med. Journ. 1871. vol. II. p. 431. Hebensreit: Benjamin Aell's Lehrbegriff der Wundarzneikunst aus dem Englischen von Heb. Leipzig 1805. 8°. II. u. VI. Band. Hepner: Petersburger med. Zeitschrift. 1871. Heft 4 und 5. Hugenberger: Zur Casuistik der Harnblasensteine in der weibl. Fortpflanzungsperiode: St. Petersburger med. Zeitschrift. N. F. Bd. V. Heft 3. 1875. (Подробная Литература). Humphry: Lancet II. 4. July 30. 1862. P. Hydord: Des calculs de la vessie chez la femme. Paris 1872. Jackson: American. Journal. July 1850. p. 87. Jobert de Lamballe: Gaz. des hôpit. 91. 1862. Klien: Langenbeck's Archiv für Chirurgie. VI. Band. 1865. p. 80. J. B. Lane: Lancet. I. 2. 3. Jan. 10. 17. 1863. Martini: Schmidt's Jahrbücher. Band. 132. p. 115—118. Mendel: Monatsschrift f. Geburtskunde. Bd. XXXI. p. 403. Monod: 1) Gaz. des hôpit. 1849. 123 u. 126. 2) Bull. de théor. LIII. 373. October 1856. Morton: Glasgow med. Journal. vol. II. 1862. Nankivell: Brit. med. Journal. May 16. 1868. William Donald Napier in Waitz: Berliner klin. Wochenschrift. 1875. p. 676. Noreen: in Richter's chirurg. Bibliothek. Bd. VII Stück 1. p. 108. 1775. Nusbaum: Bayer. Intelligenzblatt. 4. 1861. Reliquet: Gaz. des hôpit. Nro. 37. 1875. Rosset: Traité nouveau de l'hysterotomotokie. Paris 1581. Ruysch: Observat. anatomicarum Centuria. Amstelod. 1791. Observatio I. Sainclair: The Dublin Journal of med. science. Aug. 1874. p. 182. Seligsohn: Virchow's Archiv. Bd. LXII. p. 327. Teevan: Lancet. March 20. 1854. Tolet: in Sabatier médecine opératoire. Терка: Virchow-Hirsch Jahresb. f. 1870. II. 260. Triaire: Gaz. des hôp. Nro. 112. 1875. Tutchek: Bayer. Intelligenzblatt. Nro. 11. 1870. Viltelbrun: Gaz. des hôpit. 94. 1870. Walkey: Lançet. I. 12. March. 19. 1864. Walsham: St. Bartholomew's Hospital Reports. Vol. XI. London 1875. p. 128—144. Ward: Brit. med. Journal. July 18. 1863. Michael Zett: in von Remy: Mittheilungen aus der Praxis. Wildbad 1875. 47.

### Къ III. Камни мочевого пузыря у женщинъ:

Постороннія тѣла, встрѣчающіяся въ женскомъ мочевомъ пузырьѣ, можно раздѣлить по мѣсту ихъ происхожденія на три главныя группы: на происходящія изъ другихъ частей тѣла, на возникшія въ самомъ пузырьѣ и на тавія, которыя попали въ него извнѣ.

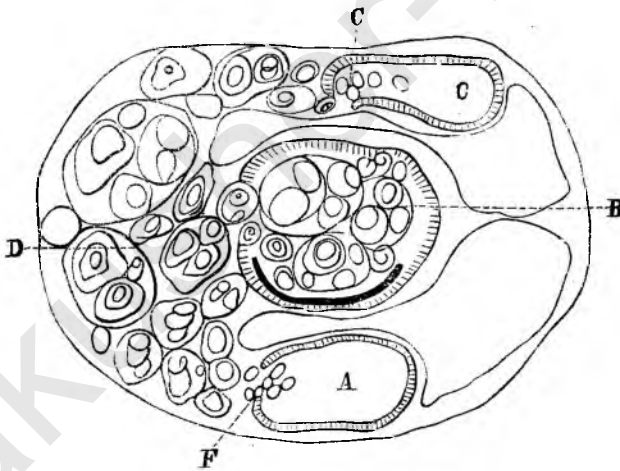
§ 139. I. Въ § 111 и слѣд., при перфораціяхъ пузыря, его сообщеніяхъ съ сосѣдними органами мы уже говорили о большомъ числѣ тѣхъ постороннихъ тѣлъ, которыя изъ сосѣдства пузыря постепенно проникли въ его полость естественными или искусственными путями. Мы указали на перфораціи пузыря со стороны воспаленныхъ кистомъ яичниковъ, вѣматочныхъ плодныхъ мѣшковъ, изъязвленныхъ частей пищевого канала и желчного пузыря, и должны прибавить здѣсь еще нѣсколько прободеній его, вслѣдствіе которыхъ содержимое сосѣднихъ частей поступаетъ въ пузырь. Сюда принадлежитъ прежде всего прониканіе пузырей эхинококка въ полость мочевого пузыря. Случаи этого рода описаны Лэннекомъ, Пармантье, Вигла, Флекльсомъ, Вейтенгампомъ и Фрейнцъ-Чедуникомъ. Послѣдній далъ весьма наглядное изображеніе состоянія своей пациентки, поэтому я приведу его здѣсь.

А мочевой пузырь, В матка, въ задней стѣнкѣ которой сидѣло скопленіе

эхинококковъ, которые произвели прободеніе пузыря и Westi C. Колоніи эхинококковъ, вышедшія въ тазовую соединительную ткань, произвели при F прободеніе пузыря, при G—прямой кишки.

Перфорация такихъ мѣшковъ въ пузырь происходитъ при обыкновенныхъ явленіяхъ раздраженія отъ перитонита и послѣ нея вскорѣ выходятъ съ мочою, часто цѣлыми дюжинами, мелкіе или болѣе крупныя пузыри отъ горошины до грецкаго орѣха, такъ что діагнозъ не труденъ. Выхожденіе это можетъ периодически повторяться въ продолженіи нѣсколькихъ лѣтъ, и въ промежуткахъ пациентка можетъ чувствовать себя довольно сносно (случай Вигла). Многія изъ получившихъ извѣстность больныхъ этого рода Пармантье, Вейтенкампа и Флекльса выздоровѣли при употребленіи щелочныхъ водъ и варлебадской Schlosbrunnen съ ваннами Mühlbrunnen. Указаніе, что найденные паразиты несомнѣнно происходятъ изъ мочевого пузыря, иногда легко можетъ дать катетеръ, когда мелкіе экземпляры застрѣваютъ въ его отверстіяхъ (случай Chadwick'a). Исходный пунктъ попавшихъ въ пузырь эхинококковъ бываетъ весьма различенъ — они могутъ пробраться въ него изъ тазовой клетчатки, затѣмъ изъ тазовыхъ костей, потомъ черезъ брюшину изъ пространства, находящагося между маткою и пузыремъ и наконецъ изъ почекъ черезъ мочеточники.

Рис. 59.



Изъ другихъ паразитовъ, которые могутъ поселиться въ мочевомъ пузырьѣ, нужно упомянуть еще описанную Бильгарцемъ *Distoma haematobium* и описанную Льюисомъ *Filaria sanguinis hominis*, которая вызываетъ главнымъ образомъ хилурию и встрѣчается только въ тропическихъ странахъ или у лицъ, прожившихъ тамъ нѣкоторое время. Нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что *Filaria*, констатированная мною впервые въ водяночной жидкости при Ascites у одной дамы, долго жившей прежде въ Суринамѣ, можетъ проникнуть и въ мочевой пузырь, но я не нашелъ ея въ немъ у моей пациентки.

Упомянемъ еще здѣсь, что Кюсснеръ нашелъ цѣлое поле *Leptothrix* на внутренней поверхности мочевого пузыря одного диабетика,

который раньше никогда не подвергался катетеризации и былъ только изслѣдованъ чистымъ катетеромъ.

Далѣе, изъ почечныхъ лоханокъ могутъ попадать въ пузырь почечные камни и кусочки почечной ткани, отдѣлившіеся вслѣдствіе Nephritis съ образованіемъ абсцессовъ. Телоръ констатировалъ такой кусокъ у 11-лѣтняго мальчика, заболѣвшаго послѣ скарлатины Nephritide abscedente, а также я вмѣстѣ съ проф. Ф. Э. Шульце и д-ромъ Вейднеромъ у родильницы съ тяжелой лихорадкой, которая однако выздоровѣла.

§ 140. П. Извнѣ происходящія тѣла попадаютъ въ полость женскаго мочевого пузыря четырьмя различными способами: или пациента при паденіи натывается дѣтородными частями на извѣстные предметы, которые и проникаютъ черезъ мочеиспускательный каналъ или черезъ рукавъ; или больныя, страдающія задержаніемъ мочи и вводящія себѣ катетеръ сами, ломаютъ инструменты, гер. даютъ имъ выскользнуть изъ рукъ; или когда беременныя, пытаясь произвести выкидышъ, вводятъ какіе нибудь предметы въ дѣтородные органы, и наконецъ всего чаще, когда при мастурбаціяхъ постороннія тѣла проскальзываютъ въ пузырь. Согласно этимъ разнообразнымъ условіямъ, и занимающія насъ постороннія тѣла необыкновенно разнообразны: какъ слѣдствіе паденія Одоне нашелъ въ пузырь кусокъ дерева, Жоберъ де Ламбалъ карандашъ, Дююи соломинку. Вслѣдствіе неосторожности при катетеризации одна пациентка Thomas Haigh Martin'a упустила въ пузырь чубукъ отъ трубки, который она употребляла вмѣстѣ катетера, другая стволь гусиного пера (Леонардъ), третья тупой конецъ катетера. Чтобы произвести выкидышъ, больныя Цехмейстера и Нелатона всовывали себѣ прутья длиною въ 6 цтм. въ дѣтородные органы (Цехмейстеръ) или въ пузырь (Нелатонъ). Но въ особенности необыкновенно разнообразны предметы, которыми пользовались женщины для онаніи. Изъ 258 случаевъ умышленнаго введенія такихъ тѣлъ, о которыхъ сообщалъ Денюсе, 119 найдены у мужчинъ, 96 у женщинъ; между послѣдними отмѣчено: 5 дѣвочекъ моложе 14 лѣтъ. Въ 82 случаяхъ были употреблены иглы (булавки, шпильки, вязальныя, швейныя и вышивальныя иглы), въ 15 игольницы (случай Дююи, Дъелафуа, Флери и др.); не пренебрегали также и зубочистками, циркулями, желѣзной проволокой, протычалками (Г. Б. Гюнтеръ), костяными ногте-чистками (Смитъ) и др. предметами, чтобы удовлетворить непреодолимому стремленію.—О постепенномъ вторженіи постороннихъ тѣлъ со стороны рукава, о перфорацияхъ пессаріями мы уже упоминали раньше при пузырьно-влагалищныхъ фистулахъ (§ 78).

§ 141. Мы можемъ не распространяться относительно симптомовъ, вызываемыхъ этими ingesta пузыря — таковы: Ischuria, Haematuria, задержаніе мочи, тѣла постепенно, болѣе или менѣе быстро инкрустируются и причиняютъ катарръ пузыря, язвы и перѣдко прободенія стѣнокъ его. Иногда они могутъ, если они не слишкомъ велики, не вѣдрены въ стѣнку и выгодно расположены, выйти самопроизвольно, — случайность, которая изъ 440



приведенныхъ Денюсе случаевъ встрѣтилась всего 31 разъ. Если прободается пузырьно-влагалищная стѣнка, то постороннее тѣло можетъ найти себѣ выходъ per vaginam, если оно не слишкомъ сильно инкрустировано. Такіе случаи не разъ оставляли за собою весьма значительныя пузырьно-влагалищныя фистулы. Если тѣло не будетъ удалено, то инкрустированная масса можетъ вызвать истощеніе вслѣдствіе катарра пузыря и болей; могутъ послѣдовать абсцессы, флебитъ и гангрена стѣнки пузыря, а наконецъ и смертельный исходъ.

§ 142. Лечение, благодаря точному ознакомленію съ растяжимостью женскаго мочеиспускательнаго канала, сильно упростилось, и кромѣ Симоновскихъ зеркалъ и щипцовъ могутъ понадобиться развѣ только аллигаторовыя щипцы. И такъ, какъ скоро при помощи металлическаго катетера распознано присутствіе посторонняго тѣла въ пузырь, нужно наркотизировать паціенту, расширить согласно предписанію мочеиспускательный каналъ, отыскать пальцемъ посторонній предметъ, фиксировать его нижній конецъ и постараться захватить его и извлечь введенными по пальцу щипцами. Такіе сложные аппараты, какъ тѣ, которые устроилъ для этихъ цѣлей Біанкетти, теперь уже не нужны, потому что онъ вводитъ черезъ мочеиспускательный каналъ только трубочки въ 3 линіи или 6,6 мм., тогда какъ мы, какъ извѣстно, вводимъ въ самое короткое время инструменты втрое большаго діаметра (2 цтм.) и получаемъ такимъ образомъ гораздо большую поверхность для захватыванія предмета. Если находящимся въ пузырь пальцемъ не удастся легко ввести нижній конецъ тѣла въ шейку пузыря, то можно одновременно передвигать и верхній конецъ другимъ пальцемъ, введеннымъ въ рукавъ; или же подводятъ самое большое изъ зеркалъ къ тѣлу, захватываютъ его въ зеркалѣ щипцами и подвигаютъ постепенно внутреннее отверстіе зеркала вмѣстѣ со щипцами къ нижнему концу вѣдрияшагося тѣла. Чтобы легче было захватить мало подвижныя тѣла въ пузырь, цѣлесообразно наполнить его весь тепловатымъ салциловымъ растворомъ и тогда снова попытаться сдѣлать извлеченіе. Если тѣло воткнулось въ стѣнку пузыря крючкомъ (тамбурный крючокъ), то можно помочь дѣлу такъ, какъ сдѣлалъ Денюсе,—протолкнуть его въ рукавъ и извлечь отсюда; возникшая при этомъ пріемѣ фистула зажила скоро само собою. Если тѣло очень крѣпко вколочено или очень объемисто, то можно передъ извлеченіемъ попробовать уменьшить или сжать его въ пузырь вмяндробителемъ Гертелу или Сивіала. Генри Смятъ, напр., долженъ былъ разломать костяную ногтецистку литотрипторомъ и потомъ извлечь куски. Если предметъ проткнулъ стѣнку пузыря и находящаяся въ пузырь часть его такъ сильно инкрустирована, что нельзя вытащить его назадъ черезъ первоначальное отверстіе, то нужно расширить послѣднее сверху внизъ пуговчатымъ бистури, какъ приуждены были сдѣлать Жоберъ де Ламбаль для извлеченія карандаша и *Utterhoeven* для удаленія проникшаго въ пузырь пессарія.

Если извлеченіе ни однимъ изъ описанныхъ до сихъ поръ способовъ не удается, то показано искусственное вскрытіе стѣнки пузыря, разрѣзъ пузыря цистотоміа; но не слѣдуетъ слишкомъ спѣшить съ этой операціей, такъ

какъ она гораздо опаснѣе, а извлеченіе естественнымъ путемъ еще удавалось спустя нѣсколько дней и недѣль. Если цистотомія неизбежна то, если только это возможно, стало бытъ у взрослыхъ, ее слѣдуетъ производить *per vaginam*, въ видѣ влагалищно-пузырнаго разрѣза (см. § 8); только у маленькихъ дѣвочекъ можетъ потребоваться высокій разрѣзъ пузыря. Обѣ эти операціи весьма различны по своему значенію: изъ 34 разрѣзовъ пузыря, произведенныхъ у женщинъ съ цѣлю извлеченія попавшихъ въ пузырь постороннихъ тѣлъ, по даннымъ Денюсе 22 были сдѣланы со стороны рукава, 12 надъ лоннымъ сращеніемъ; изъ тѣхъ 22 выздоровѣли 15 или 70%, изъ послѣднихъ 12 только 2 или едва 17%, слѣдовательно въ 4 раза меньше. Послѣдовательное лечение послѣ извлеченія черезъ рукавъ описано при пузырно-влагалищныхъ фистулахъ (ср. §§ 89 и 104).

III. Камни мочевого пузыря у женщинъ. Подрацѣй такъ обстоятельно разработалъ уже *Lithiasis* и по отношенію къ женщинѣ (въ сочиненіи Пита и Бильротъ III томъ II отд., 8 выпускъ, стр. 84 — 135), что мы здѣсь ограничимся лишь самымъ краткимъ повтореніемъ его данныхъ и съ прибавленіемъ того, что было сдѣлано новаго съ того времени, т. е. въ послѣдніе 5 лѣтъ. Мы начнемъ съ—

§ 143. Этиологіи. Камни въ мочевомъ пузырьѣ могутъ образоваться во-первыхъ вокругъ всѣхъ извнѣ попавшихъ въ него постороннихъ тѣлъ, потомъ вокругъ всѣхъ, проникшихъ въ него изнутри тѣлъ, далѣе вокругъ выступовъ его собственной стѣнки (ср. § 125) и наконецъ путемъ осажденія солей изъ мочи. Они встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ, но всего чаще въ дѣтскомъ. У женщинъ они наблюдаются гораздо рѣже чѣмъ у мужчинъ, главнымъ образомъ вслѣдствіе короткости ихъ мочеиспускательнаго канала, рѣдкости у нихъ стриктуръ и легкости, съ которою устраняются у нихъ катарры мочевого пузыря. Д-ръ Клинь въ московской городской больницѣ за годы 1822—60 изъ 1792 случаевъ камней мочевого пузыря насчиталъ только 4 у женскаго пола; верхнешвабскій операторъ камней Михаилъ Цеттъ сдѣлалъ въ продолженіи 57-лѣтней практики 106 камнеисъченій у мужчинъ и только 1 у женщины. Я самъ въ числѣ около 10000 изслѣдованныхъ мною женщинъ и дѣвушекъ въ Берлинѣ, Ростоѣ и Дрезденѣ, отъ 1860—76, только одинъ разъ нашелъ камень мочевого пузыря у пожилой женщины, который былъ легко извлеченъ черезъ мочеиспускательный каналъ, и изъ 2500 женщинъ, вскрытыхъ въ дрезденской городской больницѣ, только у 6 были найдены камни въ мочевомъ пузырьѣ. По Вальтеру Каульсону на 100 случаевъ камня у мужчинъ приходится только 5 у женщинъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ различіе обоихъ половъ въ этомъ отношеніи также очень велико, — по Жиральдесу камни мочевого пузыря у мальчиковъ встрѣчаются въ 24 раза чаще чѣмъ у дѣвочекъ.—Такъ какъ совсѣмъ не рѣдко въ пузырьѣ новорожденныхъ находятъ въ большомъ количествѣ мочевой песокъ, и мочеисный инфарктъ почекъ у новорожденныхъ, даже у тѣхъ, которыя рождаются мертвыми, составляетъ весьма обыкновенное явленіе, то камни мочевого пузыря могутъ быть также врожденные. Въ Англіи, Россіи, Персіи и Египтѣ камни мочевого пузыря встрѣчаются особенно часто (Бильгарцъ: *Distoma haematobium*).

Форма, величина, число и состав камней, варьируют у женщин весьма значительно: у них находят мочевистые, фосфорноукислые, щавельеислые и цистиновые камни, а также их соединения. Всего рѣже наблюдаются цистиновые камни—3% всѣхъ.

Положеніе, мѣсто камней у женщин—обыкновенно въ самой глубокой части пузыря, т. е. въ основаніи пузыря позади Trigonum. Въ высшей степени странное помѣщеніе камня нашель я недавно у одной умершей 67-лѣтней пациентки въ дрезденской городской больницѣ. Ея камень, величиною въ лѣсной орѣхъ, лежалъ въ карманѣ пузыря надъ и за плоско наклоненнымъ въ тазу взадъ дномъ матки. Шейка пузыря была прикрѣплена къ Rectum довольно неподатливымъ сращеніемъ, оттѣснявшимъ матку взади, вслѣдствіе чего верхняя часть пузыря была загнута назадъ, какъ при Retroflexio uteri gravidi (см. выше стр. 93 прибавленіе), и въ ней находился камень. Если камни пузыря очень велики и многочисленны, то пузырь опускается съ ними внизъ, возникаетъ Cystocele (ср. § 62), какъ въ случаяхъ, оупубликованныхъ Россе, Толе, Норееномъ, Рюйшемъ и др., гдѣ число камней доходило до 11 и 55. Именно въ случаѣ, описанномъ Норееномъ, можно было наблюдать Cystocele какъ послѣдствіе камня величиною въ куриное яйцо. Но и наоборотъ, запущенная Cystocele, поскольку она ведетъ къ катарру мочеваго пузыря, можетъ сама вызвать образованіе камней, такъ что послѣднее можетъ быть вторичнымъ явленіемъ.—Въ моемъ случаѣ камень сидѣлъ сбоку, позади горизонтальной вѣтви лонной кости, такъ что я при ощупываніи его подумалъ сперва объ экзостозѣ названной кости. Далѣе, камень можетъ помѣститься въ дивертикулахъ пузыря, развившихся въ нихъ первоначально, или попадая туда впоследствии. Напримѣръ у одной 64-лѣтней женщины, умершей въ дрезденской городской больницѣ (№ 10. v. 20. I. 1868), былъ найденъ камень мочеваго пузыря больше вишневоу косточкѣ, очень твердый, съ острыми углами, въ почти совершенно заменумомъ дивертикулѣ задней стѣнки, который лишь тоненькимъ отверстіемъ сообщался съ полостью мочеваго пузыря.

Величина камней пузыря колеблется отъ размѣровъ просянаго зерна до дѣтской головы. Гугенбергеръ извлекъ въ 1871 посредствомъ Colposcystotomie камень въ 110 граммъ вѣсомъ, 15 и 13,5 цтм. въ діаметрѣ; Мендель видѣлъ, какъ у 62 лѣтней женщины вышелъ per vaginam, черезъ пузырно-влагалищную фистулу, камень величиною въ яблоко.

Число камней у женщины можетъ быть также очень велико. Россе нашель 11, Рюйшъ 45, П. Адамъ (Nouvelles observations sur la pratique des Accouchem. Paris 1714. LVI. p. 297) 90, вышедшихъ самопроизвольно, а случай Юзефи (см. § 112) также какъ случай Левенсона (§ 132) показываютъ, что они во всякомъ случаѣ могутъ встрѣчаться и сотнями въ женскомъ мочевоу пузырьѣ.

§ 144, Признаки камней мочеваго пузыря. Явленія названныхъ новообразованій въ полости пузыря зависятъ отъ причинъ, формы и поверхности, величины и числа камней и отъ различныхъ осложненій. Между тѣмъ какъ прободеніе пузыря изнутри камнями, возникшими изъ кистомъ яичниковъ, плодныхъ мѣшковъ и т. д., задолго предшествуютъ угрожающіе симптомы

раздраженія пузыря съ явленіями перитонита, — камни, возникшіе самостоятельно въ пузырь, особенно когда они малы, гладки, обруглены, могутъ существовать цѣлые годы, и пациенты даже не подозрѣваютъ ихъ присутствія. Недавно въ дрезденскую городскую больницу былъ принятъ одинъ больной, у котораго послѣ смерти нашли въ пузырь 185 камней, и который при жизни не имѣлъ припадковъ каменной болѣзни.

При остромъ происхожденіи тяжелыхъ, грубыхъ, вѣтвистыхъ камней послѣдствіемъ очень скоро являются гиперемія слизистой оболочки, усиленное отдѣленіе, катарръ, сильное воспаленіе и дѣло можетъ дойти до образованія прорободающихъ абсцессовъ. Такъ у женщинъ нерѣдко приходится наблюдать пузырно-вагинальныя фистулы, происшедшія отъ камней мочевого пузыря. Буке изъ 204 фистулъ этого рода, въ 6 нашелъ указаніе этой причины. Прежде чѣмъ дѣло заходитъ такъ далеко, конечно наступаютъ самыя разнообразныя припадки при мочеиспусканіи: болѣзненность, задержаніе, учащенный позывъ и недержаніе смѣняютъ другъ друга, часто также мочева струя прерывается. Вволачиваніе камней въ мочеиспускательный каналъ и въ особенности самопроизвольное изгнаніе ихъ встрѣчаются у женщинъ гораздо чаще и даже при гораздо болѣе крѣпкихъ камняхъ, чѣмъ у мужчинъ. Примѣры этого уже съ древнѣйшихъ временъ дюжинами обнародованы въ литературѣ; въ новѣйшее время ихъ приводили Скандони, Гиртль, Иозефи, Б. С. Шульце, Конъ (см. ниже Гугенбергеръ), Адамъ, въ послѣднее время Виллебранъ и мн. др. Томасъ Бройантъ собралъ изъ одной англійской литературы 13 случаевъ, въ которыхъ камни до 6 дюймовъ въ объемѣ и 4 унцъ вѣсомъ иногда еще протѣсались черезъ женскій мочеиспускательный каналъ. Мѣсто боли, пока камень еще находится въ пузырь, очень измѣнчиво, — то въ области надъ лоннымъ сращеніемъ, то по направленію къ мочеиспускательному каналу и въ рукавъ, то въ ногахъ, именно въ суставахъ, далѣе въ крестцѣ, въ поясничной области и даже въ верхнихъ конечностяхъ. У моей больной во время введенія пальца въ рукавъ наступало такое сильное сжатіе Levatoris ani, что движеніе пальца было почти невозможно, и прикосновеніе къ камню величиною съ вишню со стороны рукава причиняло невыносимую боль. Иногда при камняхъ пузыря встрѣчаются также гематурія и значительныя кровотечения. Такъ какъ камни наблюдаются у женщинъ во всѣхъ возрастахъ, то они могутъ являться тяжкими осложненіями при наступающей беремености, родахъ и въ родильномъ состояніи. Самая обстоятельная работа по этому предмету составлена въ новѣйшее время Гугенбергеромъ (см. выше), который съ 17 столѣтія до 1875 г. нашелъ 23 обнародованныхъ случая камня пузыря въ періодѣ воспроизведенія. Во первыхъ четыре случая Дела Мотта, Дешана, Вельпо и Генри Томаса (Lancet 1839. Vol. I. № 21); эти авторы избавили своихъ пациентовъ отъ камней операціей еще во время беремености. Между этими случаями особенный интересъ представляетъ случай Томаса въ томъ отношеніи, что камень въ 1½ дюйма длины, 1 дюймъ толщины и вѣсившій 6 драхмъ былъ удаленъ на 4 мѣсяцѣ беремености посредствомъ Лисфранковскаго разрѣза черезъ преддверіе, рана совершенно зажила въ 32 дня и только на 7 мѣсяцъ послѣдовали роды

мацерированнымъ ребенкомъ. Сюда же принадлежитъ случай Гутенбергера и Гешнера, сдѣлавшихъ разрѣзъ пузыря черезъ рукавъ на 8 мѣсяцѣ беременности по причинѣ камня въ мочевомъ пузырьѣ; послѣ снятія швовъ наступила піемія, преждевременные роды живымъ младенцемъ на 23 день и смерть на 39-й.

Семь изъ упомянутыхъ 23 больныхъ хотя и разрѣшились безъ помощи искусства, но понесли частію тяжкими поврежденіями.

1) Гильемо: репозиція камня, который снова опустился, размноженіе стѣнки пузыря и прободеніе его. 2) Смелли: головка выталкиваетъ передъ собою камень величиною въ гусиное яйцо и рождается затѣмъ сама; неизлечимое недержание мочи. 3) Лаудель извлекъ камень, который при родахъ повелъ къ образованію пузырно-влагалищной фистулы. 4) Бекеръ-Браунъ нашелъ пузырно-влагалищную фистулу, произведенную камнемъ, извлекъ камень, имѣвшій 2 дюйма длины, 1 дюймъ ширины и  $3\frac{1}{2}$  дюйма въ объемѣ. черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ, и вылечилъ фистулу—недержанія мочи не осталось. 5) Генри Джэксонъ удалилъ черезъ разрѣзъ мочеиспускательнаго канала шарообразный камень  $4\frac{1}{2}$  дюймовъ въ объемѣ, вколоченный въ каналъ и служившій препятствіемъ для родовъ и 6) Конъ хотѣлъ сдѣлать кесарское сѣченіе по причинѣ „экзостоза въ тазу“, какъ вдругъ женщина родила собственными силами и спустя день родила безъ помощи еще камень мочевого пузыря длиною въ  $1\frac{3}{4}$  дюйма, шириною въ  $\frac{3}{4}$  и толщиною въ  $\frac{1}{4}$  дюйма. 7) Г-жа Л. Буржуа извлекла камень изъ мочевого пузыря женщины, разрѣшившейся за три мѣсяца передъ тѣмъ безъ помощи искусства.

8 разъ потребовались акушерскія операціи при камняхъ пузыря, эти случаи описаны Willoughby и Арно (ручное извлеченіе), П. Дюбуа, Гихардомъ и Нагелемъ (щипцы), Threlfall'емъ и Эриксономъ (перфорация).

Операціи камней во время родовъ произведены 7 разъ Ла Гупшемъ, Левре (извлеченіе), Денманомъ 2 и Моно (пузырно-влагалищный разрѣзъ). Моно сдѣлалъ два раза сѣченіе пузыря черезъ рукавъ у роженицъ, именно въ 1849 у 40-лѣтней, первородящей; этотъ случай приведенъ Гутенбергеромъ, и въ 1857 у 24-лѣтней первородящей, гдѣ вправленіе камня не удалось, роды были окончены щипцами послѣ извлеченія камня черезъ рукавъ и пациентка въ 20 дней самопроизвольно выздоровѣла отъ своей фистулы. Этотъ случай слѣдовало бы прибавить подъ № 6 къ Гутенбергеровской казуистикѣ и сюда же примыкаетъ подъ № 7 приведенный выше случай Гутенбергера — Colpocystotomia у роженицы, посредствомъ которой былъ извлеченъ камень, вѣсившій 110 граммъ; большая умерла. Удачное вправленіе камня *inter partum* встрѣтилось только 1 разъ и произведено П. Дюбуа.

Нужно прибавить сюда еще случай Сэнклера, въ которомъ у беременной съ большимъ камнемъ въ пузырь, очевидно отъ этой причины, — такъ какъ онъ вызывалъ сильныя боли, лихорадку, недержание мочи и Cystitis, — произошли ложные роды и черезъ 3 мѣсяца послѣ изгнанія зародыша былъ самопроизвольно извергнутъ черезъ большую пузырно-влагалищную фистулу щавелекислый камень, въ соединеніи съ фосфорною и мочевою кислотами, въ 5,2 цтм. длины, 3,1 цтм. толщины и 4,1 цтм. ширины; фистула въ послѣдствіи зажила.

Такимъ образомъ, до сихъ поръ извѣстно въ общей сложности 29 случаевъ камней пузыря у беременныхъ или роженицъ, и у всѣхъ ихъ можно было констатировать болѣе или менѣе тяжкія послѣдствія для послѣродоваго состоянія.

§ 145. Диагнозъ. Распознать камни въ мочевомъ пузырьѣ женщины при помощи пальца, введеннаго въ рукавъ и катетера, введеннаго въ пузырь, повидимому, должно быть нетрудно, а между тѣмъ ихъ смѣшивали довольно часто, потому что не думали объ изслѣдованіи пузыря, и принимали ясно прощупываемое тѣло или за экзостозъ таза (случай Сэвельера и Кона), или, при боковомъ его помѣщеніи, за опухоль яичника (случай Threlfall'a), или же за плотную опухоль лоннаго сращенія (случай П. Дюбуа). Кромѣ того, между пузыремъ и маткою встрѣчаются эхинококки (случай Барнбаума), съ которыми тоже возможно смѣшеніе безъ изслѣдованія пузыря. Между тѣмъ, прощупавъ per vaginam опухоль надъ передней стѣнкой рукава, слѣдовало бы никогда не забывать ввести катетеръ, и если подозрѣваютъ камень, тотчасъ брать металлическій катетеръ, и, фиксируя камень со стороны рукава, ударять въ него катетеромъ, чтобы услышать звукъ и получить своеобразное ощущеніе при прикосновеніи къ камню. Уильямъ Дональдъ Нэйпъръ предложилъ кромѣ того зондъ для распознаванія зрѣніемъ существованія камней въ пузырьѣ; инструментъ этотъ уже описанъ въ § 14 на стр. 20 и 21. Передъ употребленіемъ его нужно осмотрѣть кончикъ въ лупу, чтобы удостовѣриться, что на немъ нѣтъ отлѣпковъ. Что изслѣдуемая опухоль не исходитъ изъ передней стѣнки таза, а принадлежитъ полости мочевого пузыря, можно доказать тѣмъ, что введеннымъ въ пузырь катетеромъ можно пройти вверхъ между опухолью и передней стѣнкой таза и такимъ образомъ отлѣснить ее отъ послѣдней. Если недостаточно этихъ способовъ изслѣдованія, то расширеніе мочеиспускательнаго канала и прямое ощупываніе всей внутренней поверхности пузыря почти всегда доставитъ желанную увѣренность: при этомъ также въ точности опредѣляются мѣсто, величина и поверхность камня, о которыхъ впрочемъ можно составить довольно точное понятіе и при изслѣдованіи со стороны рукава. Такимъ образомъ диагнозъ у женскаго пола во всѣхъ отношеніяхъ гораздо легче, чѣмъ у мужчинъ. Иногда только самопроизвольное выходженіе камня изъ пузыря побуждаетъ посмотреть и прощупать, нѣтъ ли еще конкрементовъ въ пузырьѣ. При Cystocele можно ощупать пузырьные камни въ опухоли, видимой между малыми губами, и при благоприятныхъ обстоятельствахъ можно видѣть болѣе крупныя изъ нихъ и послѣ выведенія всей мочи изъ пузыря (случай Нореена).—Если послѣ операций пузырно-влагалищныхъ фистулъ наступаетъ,—когда рана давно уже совсѣмъ закрылась,—катарръ мочевого пузыря или Haematuria и Dysuria, или эти страданія продолжаются безъ измѣненій, то нужно подумать о томъ, что петли нитовъ и карманы въ пузырьѣ могли послужить причиною образованія камней, и тщательно изслѣдовать пузырь катетеромъ и пальцемъ.—Наконецъ, спрашивается, одиноченъ ли прощупанный каменный конкрементъ или ихъ нѣсколько, свободенъ ли камень или сращенъ со стѣнкой пузыря (случай Heath'a 1871 у 11-лѣтней дѣвочки), или сидитъ въ углубленіи (сравни случай Сетэна § 111), напр. въ каналѣ ведущемъ отъ пузыря къ яичнику или къ плодному мѣшу, или въ дивертикулѣ. Чтобы узнать это, нужно наполнить пузырь тепловатой водой съ салициловою кислотою и постараться передвинуть камень со стороны рукава или катетеромъ, и если это не уясняетъ дѣла, нужно расширить мочеиспускательный каналъ и ввести

вромѣ пальца еще металлическій катетеръ или тонкій зондъ для того, чтобы сдвинуть камень и вмѣстѣ произвести изслѣдованіе стѣнки пузыря.

§ 146. Предсказаніе. Чѣмъ меньше камень, чѣмъ раньше онъ узнавъ, чѣмъ онъ мягче, тѣмъ лучше прогнозъ. Камень тогда очень часто выходитъ самопроизвольно или легко можетъ быть извлеченъ. Камни 2 цтм. въ поперечникѣ уже серьезны, потому что они почти достигаютъ предѣла расширенности мочеиспускательнаго канала безъ послѣдующаго недержанія мочи, стало быть легче производить поврежденія urethrae; болѣе мягкіе камни въ этомъ случаѣ конечно лучше, потому что ихъ легче уменьшить. Камни больше 3 цтм. въ поперечникѣ и очень твердые, при которыхъ литотрипсія не удается, даютъ гораздо худшее предсказаніе, такъ какъ требуютъ разрѣза пузыря черезъ рубавъ. У маленькихъ дѣвочекъ предсказаніе не такъ благоприятно, какъ у взрослыхъ по причинѣ большой узкости и недоступности частей, но и у нихъ возможны всѣ болѣе легкіе оперативные приемы, о которыхъ будетъ сказано ниже, также какъ у взрослыхъ, и такимъ образомъ предсказаніе при камняхъ мочеваго пузыря для женскаго пола вообще гораздо лучше, чѣмъ для мужскаго, и рѣшительно еще улучшилось противъ прежняго со времени введенія Симономъ раціональнаго метода расширенія. Къ тому же оставшіеся мелкіе осколки у женщинъ далеко не такъ часто ведутъ къ рецидивамъ какъ у мужчинъ, потому что гораздо легче выходятъ сами собою. Запущенные камни мочеваго пузыря могутъ однако и у женщинъ вести къ тяжкимъ общимъ страданіямъ, къ изнуряющимъ кровотеченіямъ и къ смерти, или, послѣ перфорациі пузыряно-влагалищной стѣнки, оставляютъ за собою фистулы, о чемъ достаточно свидѣлствуютъ многочисленныя случаи Фабриціа Гильдануса, Корради, Денмана, Фукса, Дено; излеченіе такихъ фистулъ вслѣдствіе ихъ величины или требуетъ очень долгаго времени, или же совсѣмъ невозможно. Самопроизвольное выдѣленіе черезъ нерасширенный мочеиспускательный каналъ также можетъ повести къ неизлечимой Incontinentia, если камень былъ слишкомъ великъ: примѣры Гардена, Howship'a (у Behre pag. 15, 16), Nankiwel'я, Менделя (см. выше) и мн. др. Вслѣдствіе бывающихъ большей частью сильныхъ припадковъ затрудненнаго мочеиспусканія, временной Haematuriae, общее состояніе можетъ значительно пострадать, и тѣмъ болѣе, чѣмъ дольше страданіе остается неузнаннымъ. Также причина можетъ также вызвать у беременныхъ преждевременный перерывъ беременности. Изъ 55 дѣвочекъ моложе 15 лѣтъ, страдавшихъ камнями пузыря, по изслѣдованіямъ Walsham'a, 3 умерли послѣ оперативныхъ мѣръ, 52 были правда избавлены отъ камней, но у 9 изъ нихъ осталась полная, у 3 временная Incontinentia; слѣдовательно вообще у 23% осталось неизлечимое, часто ведущее даже къ смерти страданіе (сравни стр. 118 и 123). Эта частота недержанія объясняется болѣею частью употребленіемъ неравнобѣрно расширяющихъ инструментовъ, напр. расширителя Вейса и др.; далѣе, существовавшимъ еще очень недавно незнаніемъ предѣла, до котораго можно расширять безъ опасности для держанія мочи. Изъ всего этого однако слѣдуетъ, что занимающее насъ страданіе нельзя назвать легкимъ и во многихъ случаяхъ не слѣдуетъ ставить слишкомъ хорошаго прогноза.

Въ заключеніе нужно привести, какъ особенно интересный фактъ, что рана, сдѣланная при разрѣзѣ пузыря черезъ рукавъ для извлеченія постороннихъ тѣлъ изъ пузыря, очень часто закрывалась сама собою безъ всякаго дальнѣйшаго леченія. Одинъ Буке приводитъ (I. c. p. 84) слѣдующіе случаи: Франса (1808), Кисто (1817), Читтодини (1826), Беллини (1827), Грилло (1827), Риголя и Бландэна (1830), Томмазо (1836), Россини (1847), Мардуттини (1862), де Лука (1863), Монтини (1863), Бурчи (1866) и Дено (1872),—наблюденія сильно говорящія въ пользу названнаго способа операціи.

§ 147. Лечение. Если у женщины распознанъ камень мочевого пузыря, то существуетъ только одно показаніе—удалить его поскорѣе, но врачъ долженъ также предупреждать вообще образованіе камней. Этого можно достигнуть частію тщательнымъ леченіемъ существующихъ гиперемій и катарровъ пузыря, частію устраненіемъ происшедшихъ смѣшеній этого органа, частію борьбою со страданіями почекъ и устраненіемъ желчныхъ камней (Карлсбадъ), частію частыми прополаскиваніями пузыря въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть предвѣстники перфорациі со стороны сосѣднихъ органовъ въ видѣ катаррального свойства мочи, кровавой мочи и отхожденія гноя. Далѣе, предлагали при разложеніи мочи впрыскивать въ пузырь карболовую кислоту для образованія карболовокислаго амміака. Затѣмъ, отъ впрыскиванія въ пузырь растворяющихъ камни веществъ, какъ предлагалъ Мильо (желудочный сокъ), а также отъ примѣненія электролитическаго метода, какъ извѣстно, ожидать нечего. Для удаленія камней изъ женскаго мочевого пузыря существуютъ слѣдующіе методы: 1) расширеніе мочеиспускательнаго канала и послѣдовательное извлеченіе камня щипцами; 2) литотрипсія; 3) сѣченіе пузыря черезъ рукавъ; 4) сѣченіе черезъ преддверіе; 5) боковое сѣченіе и 6) высокое камнесѣченіе надъ лоннымъ сращеніемъ.

§ 148. 1) Расширеніе мочеиспускательнаго канала для извлеченія камней у женщинъ—операція очень старая, какъ уже было упомянуто раньше. Беневени рекомендовалъ ее въ 1502, Маріанусъ Сангтусъ описалъ ее въ 1826, Петръ Франко предложилъ для нея особый инструментъ въ 1561, и Альпинъ разсказывалъ въ 1591 (*Prosper Alpinus de medicina aegyptiaca lib. 3 cap. 14*) о знакомомъ ему арабѣ Гали, который расширялъ женскій мочеиспускательный каналъ трубочками возрастающей толщины, раздуваемыми воздухомъ. Позднѣе Золингеръ (1698), Дугласъ, Бертрандини (1769) производили постепенное расширеніе корнемъ генціаны или обернутою въ пергаментъ губкой (впродолженіи 7—8 дней). Бромфильдъ употребилъ для этой цѣли *processus vermiformis* маленькаго животнаго, который онъ вводилъ зондомъ, наполнялъ водой, завязывалъ и оставлялъ лежать. Томасъ расширялъ (1815) прессованной губкой, также какъ Эстли Куперъ, Джонъ Райтъ и другіе; Казенавъ употреблялъ для этого корень *Althaeae*. Инструментальныя расширители для той же цѣли предложили Петръ Франко 1556 (*de la cure de la pierre aux femmes, Lyon 1561, p. 143*)—инструментъ въ родѣ ушнаго зеркала; затѣмъ Фабри-



цій Гильданусъ (1628)—инструментъ похожій на старья четырехстворчатя зеркала съ винтами. Мазотти (Флоренція 1770) предложилъ трехстворчатый Dilatatorium, — всѣ эти аппараты давно совершенно устарѣли. Напротивъ, въ Англіи еще въ большомъ употребленіи расширитель, сдѣланный по указаніямъ Этли Купера инструментальнымъ мастеромъ Вейсомъ въ Лондонѣ,—состоящій изъ двухъ половинъ металлической трубки толщиною въ катетеръ, вѣтви которой можно раздвигать посредствомъ винта, находящагося на ручкѣ. При зеркалахъ, предложенныхъ Симономъ, этотъ инструментъ также совершенно излишенъ и можетъ производить серьезныя поврежденія мочеиспускательнаго канала; однажды, послѣ употребленія его, произошло недержание мочи, продолжавшееся 14 дней (случай Броди). Остается еще разсмотрѣть, примѣнимо ли быстрое расширеніе для извлеченія камней у дѣтей моложе 15 лѣтъ. На этотъ вопросъ нужно отвѣтить утвердительно. Изъ 7 случаевъ, въ которыхъ быстрое расширеніе было съ успѣхомъ произведено у дѣтей Керлингомъ, Heath'омъ, Гильманомъ, Гуинномъ, Дэви, Лолли и Уэлли (см. выше Walsham), въ 2 правда наступило недержание, но оно произошло, очевидно, вслѣдствіе нецѣлесообразнаго метода (расширеніе пальцемъ и щипцами). Изъ 15 случаевъ постепеннаго расширенія извлеченіе камня не удалось только 1 разъ, дитя это умерло отъ болѣзни почекъ; всѣ остальные выздоровѣли безъ недержанія мочи. Напротивъ, расширеніе съ разрѣзомъ мочеиспускательнаго канала и одинъ разрѣзъ его дали англійскимъ авторамъ сомнительные результаты: изъ 17 случаевъ въ 7 послѣдовало недержание мочи, котораго нечего опасаться при точномъ выполненіи предписаній Симона.

§ 149. 2) Литотрипсія показана у женщинъ при большомъ камнѣ, имѣющемъ болѣе 2,5 цтм. въ поперечномъ размѣрѣ, и при инкрустированныхъ вѣдрившихся въ стѣнѣ, постороннихъ тѣлахъ (игольникъ, дерево, кость). Фергюссонъ сообщилъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ онъ произвелъ литотрипсію у дѣвушекъ съ самымъ блестящимъ успѣхомъ, такъ какъ могъ обыкновенно въ первый же сеансъ удалить всѣ осколки, а Walsham могъ въ общей сложности собрать 8 случаевъ, гдѣ литотрипсія была произведена у дѣвочекъ, еще не достигшихъ 15 лѣтъ, съ предварительнымъ расшеніемъ urethrae или безъ него, и у всѣхъ окончилась полнымъ выздоровленіемъ безъ недержанія мочи. У трехъ изъ нихъ нужно было повторить операцію нѣсколько разъ вслѣдствіе величины осколковъ. Чтобы лучше можно было захватить камень нужно, подъ нарвозомъ и при задоспинномъ положеніи, наполнить пузырь 100—150 грм. тепловатой воды, ввести согрѣтый и смазанный карболизированнымъ масломъ инструментъ, всунуть камень со стороны рукава (у взрослыхъ) или прямой кишки (у дѣтей) въ инструментъ и раздробить его. Послѣ литотрипсіи нужно влить въ пузырь еще воды и ввести самое маленькое изъ Симоновскихъ зеркалъ,—осколки камня выходятъ часто тотчасъ послѣ удаленія obturatora. Послѣ этого нужно изслѣдовать per vaginam, нѣтъ ли еще большихъ кусковъ, и тогда или расширить больше мочеиспускательный каналъ, или повторить литотрипсію. Послѣдовательное леченіе какъ при катаррѣ мочеваго пузыря (ср. стр. 140).

§ 150. 3) Къ разрѣзу пузыря черезъ рукавъ нужно прибѣгать тогда, когда камень больше 3 цтм. и такъ твердъ, что его нельзя раздробить. Первый произвелъ эту операцію Фабрицій Гильданусъ (1628). При *Cystocele*, въ которой находятся камни, не разъ преодолевали затрудненіе тѣмъ, что дѣлали разрѣзъ надъ камнемъ, по длинѣ и соответственно его величинѣ: случаи Россе и Рюйша. Или вводили въ пузырь желобоватый зондъ, сильно нажимали концомъ его пузырно-влагалищную стѣнку внизу и просѣкали ее надъ желобоватымъ зондомъ. Описаніе предложеннаго Симономъ Т-образнаго разрѣза, который слѣдуетъ примѣнять только при очень большихъ камняхъ, приведено въ § 8. По даннымъ Wolsham'a, изъ 8 дѣтей, при влагалищно-пузырномъ сѣченіи, 6 выздоровѣли совершенно, у 2 осталась *Incontinentia*—у одной потому, что мягкія части подвергались слишкомъ сильному дерганію при извлеченіи камня, у другой потому, что былъ поврежденъ и мочеиспускательный каналъ. Разрѣзъ пузыря черезъ рукавъ у женскаго пола есть во многихъ отношеніяхъ лучшей способъ кровавой операціи для извлеченія камней. По сообщеніямъ Эвелинга, изъ 34 случаевъ влагалищно-пузырнаго сѣченія только 1 окончился смертельно. Но и онъ имѣетъ свои предѣлы въ дѣтскомъ возрастѣ, когда камень такъ великъ, что не можетъ пройти черезъ малый тазъ, или по-крайней мѣрѣ не можетъ быть проведенъ черезъ него безъ самаго тяжелаго поврежденія всѣхъ мягкихъ частей; быть можетъ также онъ оказался бы недостаточнымъ даже у взрослыхъ, когда содержимое пузыря, конкременты такъ громадны, какъ напр. въ случаѣ Іозефи при вѣматочной беременноти съ прободеніемъ въ пузырь.

§ 151. 4) Разрѣзъ черезъ *Vestibulum*. Мы упомянули во введеніи объ описанной Цельзомъ операціи камнесѣченія у женщинъ и указали на неясность его описанія; положеніе его «*sed virgini sub ima sinisteriore ora*» такъ и остается непонятнымъ; положеніе «*mulieri vero inter urinae iter et os pubis incidendum est*» уже яснѣе и говоритъ за пріемъ, подобный предложенному въ 1823 г. Лисфранкомъ, который однако не примѣнялъ его на живыхъ. Предложенный Лисфранкомъ методъ состоитъ въ томъ, что ассистентъ, посредствомъ введеннаго въ пузырь и обращеннаго выпуклостью вверхъ мужскаго катетера прижимаетъ мочеиспускательный каналъ внизу, другой ассистентъ сильно раздвигаетъ *Labia minora*, а операторъ прорѣзаетъ прямымъ бистури слизистую оболочку, клѣтчатку и *Constrictor cunnii* справа налѣво надъ мочеиспускательнымъ каналомъ и проникаетъ подъ лоннымъ сращеніемъ, не повреждая *Arteriae pudendae*,—дульсацію которой легко можно прощупать,—до передней стѣнки пузыря, и наконецъ разрѣзаетъ послѣднюю въ поперечномъ или продольномъ направленіи. Выигрываемое этимъ пространство не велико и кромѣ того кровотеченіе при этомъ гораздо значительнѣе, чѣмъ при другихъ способахъ. Однако Томасъ, какъ было упомянуто въ § 144, еще въ 1839 г. счастливо удалилъ по этому методу камень у беременной.

§ 152. 5) Боковое камнесѣченіе у женщины производится или какъ приведенное выше, предложенное впервые Цельзомъ для маленькихъ дѣвочекъ,

причемъ разрѣзъ дѣлается снаружи и слѣва отъ малой губы, или какъ его сдѣлалъ въ послѣдствіи братъ Яковъ де Больё, отъ лѣваго Tuberc ischiі надъ введеннымъ въ пузырь проводникомъ, или какъ предложено въ новѣйшее время Бухананомъ (въ Глазго, 1854). Этотъ операторъ заставляетъ ассистента держать введенный въ пузырь желобоватый зондъ и дѣлаетъ, начиная недалеко отъ клитора, косой разрѣзъ черезъ лѣвую малую губу, соответствующій направленію лѣвой ножи лонной дуги. Когда начнетъ прощупываться желобъ зонда, онъ разсѣкаетъ надъ нимъ прямымъ бистури стѣнку пузыря и расширяетъ рану его кверху и внизу, не повреждая рукава, до тѣхъ поръ, пока въ пузырь не проникнетъ палецъ. Четверо дѣтей, 4—7 лѣтъ, оперированныхъ по этому способу, были въ самое короткое время избавлены отъ камней вѣсомъ въ 1—5 грм. и выздоровѣли безъ недержанія мочи.

Наконецъ, боковымъ камнесѣченіемъ у женщины называли еще методъ, по которому мочепускательный каналъ и шейка пузыря разсѣкаются по направленію влѣво надъ лѣвой стороной рукава по подведенному желобоватому зонду. Во время операціи одинъ ассистентъ фиксируетъ рукой обѣ лѣвыя губы, другой оттягиваетъ вправо рукавъ и предохраняетъ его такимъ образомъ отъ пораненія. Это разсѣченіе можетъ быть сдѣлано также скрытымъ литотомомъ (*Lithotome caché*), и Нуссбаумъ (1861) неразъ съ успѣхомъ дѣлалъ этотъ разрѣзъ до начала литотрипсіи.

§ 153. 6) Высокое камнесѣченіе, *Epicystotomia*, *Sectio alta* показана у женщины только тогда, когда влагалитно-пузырный разрѣзъ совершенно недостаточенъ, вслѣдствіе величины и количества камней или узости мягкихъ частей. Изъ 4 гипогастрическихъ литотомій, произведенныхъ у дѣвочекъ 4—8 лѣтъ, 2 случая окончились смертельно, 2 выздоровленіемъ. Производится эта операція также какъ у мужчины, поэтому описывать ее здѣсь ненужно.

При всѣхъ тѣхъ операціяхъ, при которыхъ производится искусственное вскрытіе мочевого пузыря рѣзущими инструментами, нужно, если при разрѣзѣ пузыря и мочепускательнаго канала черезъ рукавъ не соединяютъ тотчасъ же края раны металлическими швами, стараться достигнуть истеченія мочи естественнымъ путемъ посредствомъ вложеннаго въ пузырь катетера. Но это нужно не всегда и подчасъ даже вредно; тогда, если моча вообще выводится самопроизвольно, катетеръ нужно употреблять развѣ только для прополаскиванія черезъ него пузыря и для удаленія существующихъ кровяныхъ сгустковъ.

## ГЛАВА VII.

### Неврозы женскаго мочевого пузыря.

#### *Cystospasmus* и *Cystoplegia*.

1) Къ *Neuralgia vesicae*, *Cystospasmus*.

Литература: *Campaignac*: Journ. hebdom. de med. t. II. p. 396. 1829. *Debout*: Bull. de Chér. LXVII. p. 97. Août 15. 1864. *Hamon*: l'Union méd. 81. 82. 113. 1859.

Herzka: Journal. für Kinderkrankheiten, LIX. p. 1. 1872. Lebert: in Ziemssen's Handbuch d. spec. Path. u. Ther. IX. 2 p. 250—267. Neucourt: Archives génér. de med. 1858. Juli. p. 30. Plaufair: Trans. of the obstetr. Society. London 1872. Spiegelberg: Berliner klin. Wochenschrift. XII. 16. 1875. Vidal (de Cassis): Bulletin-thér. 1848. Août.

2) Къ Cystplegia.

Albut: Lancet. Nov. 26. 1870. Allier: Bull. de théér. LIX. p. 204. Septbr. 1860. Barclay. J.: Med. Times. Dec. 17. 1870. Bradbury: Brit. med. Journal. April 8. 1871 u. March 16 u. 30 1872. Braxton-Hicks: Lancet. July 4. 1866. Brügelmann-Berliner klin. Wochenschrift. X. 6. p. 67. 1873. Budge: Henle u. Pfeufer's Zeitschrift. XXI. 1. 2. p. 90. 174: XXIII. 1. 2. p. 78. Burney Yeo: Lancet II. 17. October 1870. Campbell Black: Brit. med. Journal. Nov. 25. 1871. Cory: London med. Gaz. Vol. 23. p. 905. Dittel: Wiener med. Jahrbücher 1872. p. 123. Druysdale: Lancet 1867. Febr. 16. Goodwin: Med. Times 265. 1844. Hofmeier: Monatsschrift für Gabk. Bd. XXII. p. 82. 1863. Jacksch: Prager Vierteljahrsschrift. Bd. 66. p. 143-185. 1860. Jacksch: Prag. Vierteljahrsschrift II. 1. 1844. Kelp: Deutsches Archiv für klinische Medicin. XIV. Heft 3 un. 4. Kussmaul: Würzburger Medicinische Zeitschrift. IV. 1. 56. 1863. Lebert: въ Ziemssen'a I. c; Тамъ же подобная литература до 1863 г. Seite 257 und 263. Leonardi: l'Ippocratico XXXV. 19. 1872. Lieven: Petersburger med. Zeitschrift. XVII. 306. 1870. Mattei: Gaza des hôpit. Nro. 21. 1869. Michon: Bull. de théér. 1850. Avril. Müller: Schweizer Correspondenzbl. 9. p. 232. 1873. Oppolzer: Wiener med. Zeitg. 1869. 23 u. 24. Petrequin: Bull. de théér. Bd. 56. p. 508. Richardson: Virchow-Hirsch für 1869. II. 25. Roth: Deutsche Klinik. 19. 22. 24. 26. 1870. Savage: Brit. med. Journal. April 8. 1871 u. March 16 u. 30. 1872. Sawyer: Brit. med. Journal. April 8. 1871 und March 16 u. 30. 1872. Smeling: New-York med. Gaz. 17. July 1869. Taylor, W. H.: Lancet I. 10. p. 314. 1868. Thomson: Lancet II. 19. Nov. 1870.

§ 154. Мы называемъ обыкновенно невросами тѣ разстройства пузыря, которыя обнаруживаются безъ заболѣванія его тканей и безъ уклоненій отъ его содержимаго, которыя слѣдовательно гнѣздятся въ его нервныхъ приборахъ. Это суть спазмъ мочеваго пузыря и расслабленіе, и параличъ пузыря. Во многихъ, даже въ большинствѣ этихъ случаевъ существуютъ и мѣстныя заболѣванія тканей, и нервныя разстройства являются лишь симптомами этихъ заболѣваній; но мы не всегда можемъ вѣрно распознать существующія пораженія тканей. Нѣтъ нивакого сомнѣнія, что чѣмъ больше будетъ употребляться расширение женскаго мочеиспускательнаго канала, какъ методъ изслѣдованія, тѣмъ больше случаевъ тахъ называемыхъ первичныхъ невросовъ пузыря мы станемъ признавать просто вторичными явленіями, какъ это случилось напр. относительно трещины въ шейкѣ мочеваго пузыря, которую въ новѣйшее время различные авторы описали какъ причину судорогъ пузыря. Въ виду этого имѣются всѣ основанія для осторожности при діагнозѣ первичныхъ невросовъ мочеваго пузыря и для постановки его собственно только путемъ исключенія.

§ 155. 1) Судорожное сокращеніе мочеваго пузыря: Cystospasmus, Neuralgia vesicae. Причины: судороги мочеваго пузыря легко поражаютъ главнымъ образомъ нервныхъ, очень раздражительныхъ женщинъ; какъ причины ихъ приводятъ сильныя душевныя волненія, онанію, грубый coitus, простуды, особенно во время менструаціи, сидѣніе на сырой, холодной землѣ, а также промачиваніе ногъ. Если кромѣ того принять, какъ производящія причины, обильное питье различныхъ напитковъ одного за дру

гимъ, какъ то различныхъ сортовъ пива, затѣмъ молодыхъ, кислыхъ винъ, то въ подобныхъ случаяхъ анатомическимъ результатомъ является вѣроятно химическое воздѣйствіе почечнаго секрета на чувствительные нервы слизистой оболочки мочевого пузыря съ послѣдовательною гипереміей этой послѣдней. Пляфэръ встрѣчалъ у нѣсколькихъ женщинъ въ послѣднее время беременности чрезвычайно сильныя, неуступавшіе никакому лекарственному пользованію припадки со стороны пузыря, постоянный позывъ къ мочеиспусканію, даже и ночью, съ выведеніемъ слизистой мочи, и считаетъ причиною этихъ явленій констатированное имъ неблагоприятное положеніе зародыша, гесп. давленіе, оказываемое его плечами на мочевой пузырь матери, потому что эти страданія каждый разъ исчезали послѣ ручнаго исправленія положенія плода. Вторично невралгія пузыря наступаетъ почти при всѣхъ описанныхъ въ предыдущихъ главахъ заболѣваніяхъ этого органа.

§ 156. Признаки: Первое и важнѣйшее явленіе при спазмѣ пузыря есть частое, связанное съ измѣнчивой, судорожной болью ощущеніе давленія въ области пузыря, именно его шейки. При наполненномъ пузырьѣ—умѣренная чувствительность, боль всего сильнѣе при началѣ мочеиспусканія, къ которому иногда дѣлають тщетныя попытки, и часто его боязливо избѣгаютъ. Моча при этомъ блѣдна, свободна отъ бѣлка, сахара, гноя, крови, песка и постороннихъ тѣлъ, часто выпускается въ большомъ количествѣ, и часто также ежеминутно по каплямъ. Прохожденіе металлическаго катетера черезъ мочеиспускательный каналъ и шейку пузыря иногда причиняетъ сильнѣйшую боль. 6 лѣтъ тому назадъ, когда быстрое расширеніе мочеиспускательнаго канала было еще дѣломъ непривычнымъ, я промучился нѣсколько мѣсяцевъ надъ облегченіемъ и устраненіемъ припадковъ этого рода у одной, довольно тучной пациентки и успѣвалъ добиться улучшенія постоянно лишь на нѣсколько недѣль, пока она наконецъ не перестала являться, подѣ предлогомъ, что она поправилась. Теперь я также убѣжденъ, что у нея были ссадины или трещины, при которыхъ лекарственныя вещества, приложенныя къ мочеиспускательному каналу и шейкѣ пузыря въ формѣ бужей, не помогали надолго только потому, что не попадали прямо на больное мѣсто. Однажды, при вскрытіи родильницы, которая страдала учащеннымъ позывомъ къ мочеиспусканію и чрезвычайно сильными болями при катетеризаціи и послѣ мочеиспусканія, я имѣлъ случай убѣдиться въ томъ, что въ шейкѣ пузыря, тамъ, куда попадалъ кончикъ катетера, находилась язва величиною въ горошину. Родильница умерла отъ инфекціоннаго перитонита. Такимъ образомъ и здѣсь спазмъ пузыря былъ лишь вторичнымъ явленіемъ. Боли иррадируютъ иногда во всѣ стороны и причиняютъ волненіе, страхъ, холодный потъ, тошноту, уменьшеніе аппетита, нарушеніе ночнаго покоя. Если онѣ возобновляются впродолженіи долгаго времени, то могутъ истощить пациентку и довести ее просто до меланхоліи. Маріонъ Симсъ (*Klinik der Gebärmutterchirurgie*, p. 248. 1864) указалъ на тотъ фактъ, что ненормальная раздражительность пузыря встрѣчается также при вагинизмѣ, и легко можетъ быть, что спазмъ пузыря наступаетъ здѣсь рефлекторно, или переходитъ на мочеиспускательный каналъ и шейку пузыря черезъ

верхніе концы *humeris*, которые нерѣдко простираются въ *officium urethrae externum*. Попытка ввести катетеръ могла бы у такихъ пациентовъ вызвать при благоприятныхъ обстоятельствахъ картину спазма мочевого пузыря, совершенно аналогичную вагинизму.

§ 157. Діагнозъ. Только тогда, когда моча совершенно нормальна, мочепускательный каналъ здоровъ, на стѣнкахъ пузыря при помощи пальца и зрѣнія нельзя найти никакой аномаліи притока крови или ткани, и когда даже послѣ расширенія мочепускательнаго канала зеркалами, которому пациенты въ упорныхъ случаяхъ этого рода легко подчиняются, не удалось констатировать никакихъ доступныхъ зрѣнію или осязанію разстройствъ; только тогда, когда и послѣ освѣщенія передней стѣнки пузыря Рутенберговскимъ зеркаломъ не найдено въ ней никакого заболѣванія,—тогда только мы имѣемъ право говорить о первичномъ спазмѣ мочевого пузыря. Потому что ни единый изъ описанныхъ выше симптомовъ самъ по себѣ не патогномиченъ. Еслибъ даже былъ несомнѣнно констатированъ вагинизмъ, то и тогда одновременно существующая сильная *Dysuria* только въ такомъ случаѣ могла бы быть признана рефлекторнымъ явленіемъ, еслибъ она скоро послѣ вырѣзыванія *humeris* совершенно исчезла.

§ 158. Предсказаніе. Спазмъ мочевого пузыря можетъ продолжаться съ перерывами цѣлыя недѣли и мѣсяцы; онъ весьма тягостенъ, но не опасенъ, и въ большинствѣ случаевъ можетъ быть устраненъ надолго и кореннымъ образомъ. Слѣдовательно онъ допускаетъ вообще не неблагоприятное предсказаніе, если еще не слишкомъ застарѣлъ. Чѣмъ онъ дольше затянулся, тѣмъ труднѣе его устраненіе, но и въ этихъ случаяхъ оно большею частью достижимо въ нѣсколько недѣль.

§ 159. Лечение. Прежде всего нужно устранить причины, если это еще возможно: вырѣзать *Humeri* при вагинизмѣ, запретить половыя сношенія, уничтожить простуду теплыми общами, въ случаѣ надобности горячими ножными ваннами, запретить употребленіе вина, пива, крѣпкаго чая и стараться понизить раздражительность пузыря питьемъ миндальнаго молока (три раза въ день по рюмкѣ).—Во время самаго припадка лучше всего дѣйствуютъ главнымъ образомъ опиаты, употребляемые мѣстно; всего быстрѣе дѣйствуетъ впрыскиваніе 0,01 морфія въ область мочевого пузыря; потомъ скоро помогаютъ промывательныя изъ 1 чашки овсяной слизи съ 15—25 каплями *t-rae thebaicae*, медленнѣе дѣйствуютъ суппозитории съ прибавленіемъ морфія 0,01 или *extr. Belladonnae* 0,02 на 2,5 *Butyrum Cacao*. Внутрь даютъ миндальную эмульсію съ *Tinctura thebaica* или съ *Extr. hyoscyami* 1,5:175,0; или оіей съ лупулиномъ (0,2—0,3) нѣсколько разъ въ день, или *Extractum* (0,1 *pro dosi*) *resp. Tinctura Cannabis indicae* 10—15 капель 3 раза въ день. Какъ одно изъ вѣрнѣйшихъ дѣйствующихъ средствъ нужно еще упомянуть употребленіе хлораль-гидрата, который или впрыскивается маленькимъ шприцомъ въ *Rectum* въ количествѣ 1 грамма на 15 граммъ воды, или принимается внутрь съ *Syr. cort. aurantiorum*.

Если такое лечение отдѣльнаго припадка оказывается недостаточнымъ для устраненія страданія на долгое время, то нужно, при строгомъ регулированіи діеты и испражнений, приступить къ употребленію теплыхъ ваннъ, давать напитки, богатые угольной кислотой, какъ-то Вильдунгъ, Билинъ, Виши, содовую воду; если же и это не помогаетъ, то предпринять механическое лечение: расширение мочеиспускательнаго канала, посредствомъ котораго Hewelson'у (Lancet 4 XII 1875) удалось вылечить спазмъ пузыря, продолжавшійся 15 лѣтъ, и которое настоятельно рекомендуютъ въ новѣйшее время многие авторы, какъ то Тиль (Lancet, 271 XI 1875), Тильо (Virchow-Hirsch, Bericht für 1873, p. 184), Шпигельбергъ (см. выше); далѣе, владываніе въ рукавъ шпорокхъ, мягкихъ пессаріевъ съ цѣлью производить умѣренное давленіе на пузырь и наконецъ впрыскиваніе въ пузырь морфія съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ — подобно методу Брэкстонъ-Гикса (см. выше § 136)—съ цѣлью устранить спазмъ пузыря уменьшеніемъ рефлекторной раздражительности его слизистой оболочки.—Дебу совѣтовалъ бромистый калий внутрь, а также per Rectum въ видѣ суппозиторій, которые должны вмѣстѣ съ тѣмъ содержать T-ram orii и Extr. Belladonnae.

§ 160. 2) Разслабленіе и параличъ пузыря. Paresis et Paralysis vesicae. Ischuria. Incontinentia. Enuresis.

Физиологи еще не пришли къ соглашенію относительно значенія обѣихъ запирающихъ мышцъ пузыря—Sphincteris interni, состоящаго изъ пучковъ гладкихъ мышцъ, и externi, состоящаго изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ. Нѣкоторые авторы, какъ Budge и Hertzka отрицаютъ дѣятельность externi какъ запирателя пузыря и полагаютъ, что эта мышца также служитъ только для изгнанія мочи, тогда какъ Диттель и Купрессовъ приписываютъ замыканіе пузыря какъ круговымъ воловнамъ шейки (internus), такъ и идущимъ въ томъ же направленіи мышечнымъ волокнамъ мочеиспускательнаго канала. Смотра на дѣло съ клинической точки зрѣнія, нужно присоединиться къ послѣднему мнѣнію, именно на основаніи опытовъ при фистулахъ шейки мочеваго пузыря, подходящихъ на 1,5 цтм. къ orificium urethrae и операцией которыхъ еще удавалось достигнуть держанія мочи (см. выше случай № 7. стр. 156). Какъ бы то ни было, всѣ авторы въ настоящее время согласны въ томъ, что мочеиспусканіе происходитъ рефлекторнымъ путемъ, когда центры двигательныхъ нервовъ пузыря, заложенные въ нижнемъ поясничномъ отдѣлѣ спиннаго мозга и по всему спинному мозгу до Pedunculus cerebri, раздражаются или со стороны слизистой оболочки пузыря при болѣе сильномъ свопленіи мочи, или со стороны начальной части мочеиспускательнаго канала въ то время, когда сильное давленіе мочи преодолеваетъ непроизвольный Sphincter internus и капля мочи попадаетъ въ мочеиспускательный каналъ, или наконецъ возбуждаются волею, и что съ другой стороны воля въ состояніи подавить это рефлекторное явленіе, выходеніе мочи, сокращеніемъ Sphincteris externi или, какъ его назвалъ Hertzka, Compressoris urethrae.

§ 161. Причины. Состояніе слабости и параличъ пузыря могутъ

быть вызваны у женщинъ частью периферическими, частью центральными заболѣваніями. О первыхъ было уже говорено почти во всѣхъ предыдущихъ главахъ; они бывають большею частью механическаго характера, какъ напр. смѣщенія пузыря, которыя такъ часто вызываются беременностью и случаями при родахъ, въ особенности же часто происходящій *post partum* перегибъ мочеиспускательнаго канала, о которомъ мы уже говорили выше (стр. 66); эти состоянія производятъ сначала задержаніе мочи, а при болѣе продолжительномъ существованіи послѣднѣго вызываютъ утомленіе *Detrusoris* пузыря, — *Paresis vesicae*. Совершенно таковой же процессъ можетъ наступить и при другого рода давленіи, дѣйствующемъ на мускулатуру пузыря, именно при интерстиціальномъ отекаѣ, который встрѣчается и при язвахъ шейки матки, и при параметритѣ, и при перитонитѣ и лишаетъ *Detrusor* способности функционировать. Обусловленная послѣдней причиною недостаточность *Detrusoris* чаще наступаетъ именно въ позднѣйшіе дни родильнаго періода и бываетъ обыкновенно очень упорна.

Параличъ пузыря возникаетъ далѣе вслѣдствіе периферическихъ причинъ, нерѣдко при тифѣ, а также при дизентеріи, гдѣ причиною функциональнаго расстройства является жировое перерожденіе мускулатуры пузыря. — Наступающая у старыхъ женщинъ недостаточность есть также паралитическое явленіе (см. § 138, атрофія пузыря), вслѣдствіе міопатическихъ процессовъ, а у молодыхъ индивидовъ наблюдали наступленіе остраго паралича пузыря послѣ чрезмѣрнаго растяженія вслѣдствіе преувеличенной стыдливости.

Какъ центральныя и болѣе общія причины ослабленія и паралича пузыря констатированы сильныя простуды, затѣмъ паденіе, сотрясенія съ острымъ менингитомъ и энцефалитомъ и съ міелитомъ самаго нижняго отдѣла спиннаго мозга, вромѣ того *Neuritis propagata*, вслѣдствіе перехода воспаленій почекъ и пузыря на поясничную и тазовую кѣтчатку, а черезъ нее на *Plexus lumbosacralis* (Куссмауль); далѣе отравленія слишкомъ большими дозами опія и наконецъ *Endarteritis deformans* тазовыхъ артерій. Расстройства сознанія при заболѣваніяхъ мозга (апоплексія), сонорозномъ состояніи, бредѣ и высочайшихъ степеняхъ лихорадки, парализуя *Detrusor*, часто устраняють вмѣстѣ съ тѣмъ вліяніе воли, и преодолевая рефлекторное сокращеніе запирающей мышцы, моча непроизвольно вытекаетъ струею.

§ 162. Признаки. Ослабленіе пузыря обнаруживается сперва затрудненнымъ мочеиспусканіемъ, пузырь можетъ опорожняться лишь съ трудомъ, или съ сильною помощію брюшнаго пресса, или несовершенно, съ промежутками, или наконецъ и вовсе не опорожняется: возникаетъ задержаніе мочи, *Ischuria*. Это можетъ вести у женщинъ къ громаднымъ скопленіямъ мочи. Ливенъ выпустилъ 4000 граммъ свѣтлой, прозрачной мочи изъ пузыря 33-лѣтней женщины, дно котораго въ продолженіи недѣли достигло высоты 6-мѣсячной матки и который принимали за опухоль яичника. Другіе выпускали будто-бы 16 пивныхъ бутылокъ, Шатцъ у пациентки, упомянутой въ § 131, — 9 фунтовъ. Гофмейеръ выпустилъ 4½ кварты изъ пузыря, заходившаго вверхъ за пупокъ. Эта громадная способность къ растяженію очень хорошо объясняется экспле-



риментомъ Будге, который показалъ, что при перерѣзѣ нижняго отдѣла спиннаго мозга наступаетъ, вмѣстѣ съ значительнымъ растяженіемъ пузыря, усиленное рефлекторное сокращеніе *Sphincteris vesicae*, откуда становится понятнымъ, что растяженіе пузыря могло достигать большей степени чѣмъ та, которую можно было произвести *post mortem*.—При извѣстной степени растяженія сфинктеры большею частью преодолеваются и часть мочи переливается черезъ край, причемъ растяженіе пузыря въ сущности не уменьшается: *Jschuria paradoxa*.

Если это состояніе продолжается довольно долгое время, если нужно бываетъ часто вводить катетеръ, то скоро развиваются катарры, пузыри, воспаленія мочеточниковъ, піелитъ, уремическія явленія и наступаетъ смерть; или изъ изъязвленныхъ частей стѣнки пузыря возникаютъ перфораціи и перитонитъ, или фистулы, или, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, дѣло доходитъ до разрывовъ пузыря.

§ 163. Особенный видъ ослабленія мочеваго пузыря составляетъ недержаніе мочи, которое встрѣчается главнымъ образомъ въ дѣтскомъ возрастѣ, но нерѣдко также и у взрослыхъ дѣвушекъ, и у нѣкоторыхъ изъ этихъ индивидовъ остается даже послѣ вступленія въ бракъ: *Enuresis nocturna*. Это ночное мочеиспусканіе въ постели наблюдается въ особенности у золотушныхъ, кахектическихъ, истерическихъ, нѣжныхъ, блѣдныхъ особъ, иногда у матери и дочери. Въ иныхъ случаяхъ, которые приходится наблюдать послѣ продолжительнаго существованія страданія, болѣзненное состояніе является не первичнымъ, а уже какъ слѣдствіе частаго смачиванія и вызываемаго частыми простудами катарральнаго состоянія пузыря, кишечнаго канала, легкихъ и воздухоносныхъ путей. Хотя, какъ я констатировалъ въ 2 случаяхъ, у больныхъ которыхъ были недавно приведены ко мнѣ, правда, послѣ долгаго существованія болѣзни, очень сильная раздражительность мочеваго пузыря и катарръ его должны считаться въ числѣ производящихъ моментовъ продолжающей существовать *Enuresis* и стало быть на послѣднюю можно иногда смотрѣть какъ на спазмъ (*Detrusoris*,—тѣмъ не менѣе то обстоятельство, что и такія пациентки, если ихъ аккуратно будили ночью и заставляли мочиться, могли потомъ долго удерживать мочу и не выпускать ее въ постель, показываетъ, что воля имѣетъ большое значеніе при этомъ страданіи, и очень многіе авторы объясняютъ поэтому *Enuresis nocturna* прекращеніемъ вліянія воли на *Sphincter vesicae*, наступающимъ во время вѣснаго сна. Въ это время позывъ къ мочеиспусканію не доходитъ до сознанія, поэтому рефлекторное сокращеніе запирающей мышцы отсутствуетъ и послѣдняя не можетъ устоять противъ сильнаго наполненія пузыря.

§ 164. Діагнозъ ослабленія и паралича мочеваго пузыря. Имѣя дѣло съ неправильностями мочеиспусканія, нужно прежде всего при помощи точнаго физическаго изслѣдованія нижней части живота, перкусією области мочеваго пузыря, ощупыванія полученныхъ границъ тупаго звука, затѣмъ изслѣдованія рукава или, у маленькихъ дѣвочекъ, прямой кишки,—констатировать, наполненъ ли пузырь, напряженъ ли онъ и болѣзненны ли его

стѣнны; затѣмъ нужно осмотрѣть устье мочеиспускательнаго канала, ввести катетеръ, обратить вниманіе на способъ истеченія мочи—течетъ ли она сильною струей, или медленно и слабо, и испытать катетеромъ чувствительность внутренней поверхности пузыря. Послѣ этого нужно изслѣдовать мочу и опредѣлить, остается ли пузырь сокращеннымъ и какъ скоро онъ снова наполняется. Очень большіе пузыри и послѣ опорожненія сохраняютъ еще большой объемъ. При Енурезис рѣдкое выхожденіе мочи есть признакъ недостаточной дѣятельности, а частое истеченіе ея также и днемъ—симптомъ паралича *Detrusoris*. У роженицъ, родильницъ, тифозныхъ и дизентериковъ нужно всегда слѣдить за пузыряремъ, о чемъ, къ сожалѣнію, слишкомъ часто забываютъ. Если нельзя указать никакихъ мѣстныхъ причинъ ослабленія пузыря, то нужно изслѣдовать на центральныя, которыя однако, по моему опыту, у женщинъ вообще встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ приведенныя мѣстныя. Въ отличіе отъ наблюдаемаго при *Ischuria paradoxa* или *Incontinentia paralytica* истеченія мочи по каплямъ, различаютъ еще активное и механическое недержаніе (*Hertzka*); на первое нужно смотрѣть какъ на симптомъ гиперестезіи пузыря, на второе—какъ на явленіе, наступающее тогда, когда растяженію пузыря препятствуетъ ненормальное содержимое или давленіе со стороны сосѣднихъ органовъ и опухолей. О ослабленіи пузыря вслѣдствіе эндоартерита можно подумать только у старыхъ людей или у такихъ, у которыхъ наблюдается преждевременное отвердѣніе (отложеніе извести) доступныхъ пальцу артерій (*Art. radialis, vesicalis, uterina*).

§ 165. Предсказаніе. Зависящія отъ чисто мѣстныхъ причинъ *Paresis* и параличъ мочеваго пузыря у женскаго пола обыкновенно вѣрно и надолго, часто въ короткое время, устраняются вмѣстѣ съ причиною, слѣдовательно допускаютъ хорошее предсказаніе. Осложненные заболѣваніями стѣнны пузыря, стало быть въ старыхъ и запущенныхъ случаяхъ, особенно при *Retroflexio uteri gravidi*, они очень упорны и гораздо болѣе серьезны. Параличъ пузыря, происшедшій отъ центральныхъ или другихъ причинъ, каковы апоплексія, менингитъ и т. д., сильно ухудшаетъ то страданіе, которое составляетъ его причину и ускоряетъ летальный исходъ, ускоряя появленіе пролежней. Параличъ, наступившій при тифѣ, дизентеріи, перитонитѣ не опасенъ и болѣею частью совершенно излечивается вмѣстѣ съ окончаніемъ этихъ процессовъ и послѣ него. Енурезис nocturna есть страданіе очень упорное, очень непріятное, вредящее общему состоянію и трудно устранимое, что всего лучше доказывается большимъ количествомъ рекомендуемыхъ противъ него средствъ. Иногда оно совершенно исчезаетъ само собою съ наступленіемъ половой зрѣлости или даже позднѣе, и свѣжіе, подвергнутые леченію случаи нерѣдко излечивались въ короткое время.

§ 166. Леченіе. Многихъ случаевъ *Paresis* мочеваго пузыря у женскаго пола можно избѣжать, если во время устранить правильно повторяемою катетеризаціей препятствіе, доводящее *Detrusor* до паралича вслѣдствіе усилій къ его преодоленію. Это относится именно къ парезу, обусловленному *Retroversione*

uteri gravidi и нуэргеральною Ischuria первыхъ, а также позднѣйшихъ дней родильнаго періода. При тифѣ, дизентеріи, перитонитѣ и др. процессахъ можно предупредить эти состоянія теплыми ваннами, правильнымъ напоинаніемъ больной о мочеиспусканіи, прохладными компрессами на животъ, если нужно, то введеніемъ катетера, когда пациентка не вполне выводитъ мочу. Одноразное раннее и полное опорожненіе пузыря катетеромъ часто является лучшимъ средствомъ для предотвращенія упорныхъ ишурій.

Если же парезъ или параличъ уже наступилъ, то кромѣ катетеризаціи въ опредѣленные промежутки—приблизительно черезъ 4 часа—прежде всѣхъ другихъ средствъ показано примѣненіе индукціоннаго электрическаго тока, при которомъ большинство авторовъ уже въ нѣсколько сеансовъ достигали превосходныхъ результатовъ какъ при Ischuria, такъ и при паралитической, парадоксальной Incontinentia и даже при Enuresis nocturna. Одинъ полюсъ, обернутый резиной вплоть до пуговицы, вводится въ пузырь, другой прикладывается или надъ лоннымъ сращеніемъ, или надъ Os sacrum, или въ промежности. У дѣтей полюсы прикладываются только снаружи. Сеансы повторяются ежедневно и продолжаются 3—5 минутъ. Если имѣются явленія гипереміи пузыря и ватарра, то нужно кромѣ того лечить и ихъ, какъ показано въ § 136. Иногда для устраненія пареза пузыря бываетъ достаточно сильныхъ ирригацій салицилово-вислой водой (1 : 1200) посредствомъ Хегаровской воронки, повторяемыхъ черезъ каждые 3—4 часа. Для поддержанія мѣстнаго леченія внутрь употребляютъ питательную, укрѣпляющую діету, хорошія вина, именно шампанское, или изъ сортовъ пива, въ особенности весьма богатое угольной кислотой бѣлое пиво. При простыхъ атоническихъ состояніяхъ можно также давать камфору и возбуждающія, даже маленькія дозы Tincturae cantharidum 1—3 раза въ день 5—20 капель; но въ новѣйшее время отъ послѣдняго средства стали больше отставать, потому что оно слишкомъ раздражаетъ.

При свѣжемъ параличѣ пузыря, происшедшемъ отъ простуды или вызванномъ долгимъ удерживаніемъ мочи изъ стыдливости, нѣкоторымъ пациенткамъ оказывало хорошія услуги Secale. Давали по 0,6—1 грм. свѣжаго порошка 4—5 разъ въ день. По свидѣтельству Аллье, Secale, принимаемая въ количествѣ до 5 грм. въ день, оказывалась весьма цѣлебною и при параличахъ пузыря, происшедшихъ вслѣдствіе апоплексій головного мозга, и другихъ параличахъ нервныхъ центровъ (Ротъ, Яэшъ и мн. др.).

Далѣе употребляли при Paralysis vesicae стрихнинъ внутрь и снаружи; внутрь дозами въ 4 миллиграмма (Кори) и при Enuresis nocturna для подкожныхъ вприскиваній 4—7,5—10 мгрм. (Кельнгъ).

Наконецъ, при разрушеніи или неизлечимомъ параличѣ запирающемъ мышцы пузыря С. Rutenberg въ новѣйшее время совѣтовалъ (Wiener med. Wochenschrift 1875. № 37) раскрыть пузырь надъ лоннымъ сращеніемъ, оставить фистулу открытою и затѣмъ совершенно закрыть мочеиспускательный каналъ оперативнымъ путемъ. Моча при этомъ можетъ быть выводима только при наклоненномъ впередъ положеніи или посредствомъ мягкаго катетера. Для удержанія мочи носится соответственная пластинка.

§ 167. При леченіи Enuresis nocturnaе, по превосходному изло-

женію Барклэя, нужно примѣнять конституціональныя, моральныя, механическія и специфическія средства вмѣстѣ или отдѣльно: конституціональныя—для укрѣпленія организма, питательная, мало содержащая жидкости, не слишкомъ приправленная пряностями пища—вечеромъ давать поменьше жидкаго, и изъ лекарствъ хининъ и препараты желѣза. Особенно рекомендуется Барклэемъ, Брюгельманомъ и др., и испробованъ также мною *Syringiferri iodati* дозами въ 1—2 грм. нѣсколько разъ въ день, принимаемый нѣскольکو мѣсяцевъ сряду. Брюгельманъ совершенно вылечилъ этимъ средствомъ дѣвочку впродолженіи 14 дней (*7 Syr. f. iod., 50 Aq. dest., 50 Syr. simpl.* черезъ 2 часа по чайной ложкѣ).

Моральныя средства—у маленькыхъ дѣтей пожалуй синапизмы, т. е. удары каждый разъ какъ омочится; правильное буженіе и напоминаніе, что нужно помочиться; у старшихъ дѣтей и взрослыхъ: удаленіе отъ удовольствій, баловъ, концертовъ, театровъ, позднихъ вечернихъ собраній. Вудить каждую ночь 2—3 раза.

Механическія средства: прополаскиванія пузыря съ цѣлью уменьшить его торпидное состояніе; далѣе, если пузырь очень малъ, частое механическое растяженіе его впрыскиваніемъ теплой воды. Брэкстонъ-Гиксъ говоритъ, что ему удалось быстро вылечить этимъ способомъ дѣвушку, у которой недержание оставалось и послѣ наступленія половой зрѣлости. Въ одномъ, подобномъ случаѣ тотъ же авторъ устранилъ наступившій черезъ 3 мѣсяца рецидивъ впрыскиваніемъ раствора адскаго камня, а потомъ раствора морфія, и возстановилъ смкость пузыря.

Наконецъ, какъ специфическія средства мы можемъ назвать хлораль-гидратъ и белладонну. Я употреблялъ ихъ оба долгое время, послѣдовательно и въ возрастающихъ приемахъ, давалъ хлораль-гидратъ дѣвочкамъ 12—15 лѣтъ и по 1—1,5 грм. каждый вечеръ, но не добился того хорошаго, именно того прочнаго эффекта, за который хвалятъ его Томсонъ, Брэдбери и Леонарди. Белладонну можно давать въ видѣ тинктуры нѣсколько разъ по 5—20 капель на приемъ, или вводить экстрактъ 0,01 въ прямую кишку въ формѣ суппозиторій. Кэмпбелъ Блэкъ хвалилъ наркотическія съ хлорнетымъ желѣзомъ при атоніи *Sphincteris*. У дѣвочекъ 10—14 лѣтъ 4—5 капель *T-rae thebaicae*, данныя передъ отходомъ ко сну, нерѣдко производятъ замѣтное улучшеніе.

Ванны и холодныя обмыванія спины и крестца, производимыя вечеромъ, помогали иногда въ такихъ случаяхъ, гдѣ всякое другое леченіе оставалось безуспѣшнымъ (Savage). У одной изъ моихъ пациентокъ болѣзнь значительно улучшалась каждое лѣто, и вообще въ теплые дни ей было гораздо лучше чѣмъ въ холодныя, такъ что я послалъ ее зимою на югъ. Поэтому и теплыя термы въ Гаштейнѣ, щелочныя ванны, смотря по обстоятельствамъ, желѣзныя ванны могутъ оказать цѣлебное дѣйствіе, а для послѣдовательнаго леченія очень хороши морскія купанья.

