

промежуточной же ткани находились короткія, тонкія палочки и мелкіе кокки. Всѣ эти микробы выдѣлены въ чистомъ видѣ, но прививокъ животнымъ не сдѣлано за неизмѣнимъ свободнаго времени. Наконецъ въ случаѣ гонорройнаго эндометрита—микроскопически преобладающій процессъ Endometritis glandularis—въ цилиндрическомъ эпителии, подвергшемся по мѣстамъ гидропическому измѣненію, видны кокки, располагающіеся попарно съ едва замѣтною промежуточною щелью и то при очень тщательномъ разсматриваніи. Эти микроорганизмы съ громадною долею вѣроятности могутъ быть признаны за гонококки. Наконецъ нельзя не упомянуть еще объ одномъ явленіи въ изслѣдуемыхъ тканяхъ и имѣющемъ чисто патолого-анатомическій интересъ. Это необыкновенно ясное развитіе каріокINETическихъ фигуръ какъ въ эпителии железъ, такъ и въ клѣткахъ промежуточной ткани. Ограничиваясь въ настоящемъ сообщеніи лишь краткимъ перечисленіемъ фактовъ, я позволилъ себѣ не касаться ни литературныхъ данныхъ по этому вопросу, ни выводовъ, которые ясны и на основаніи всего только сказаннаго, такъ какъ *in extenso* эта работа появится еще въ свое время.

XXII.

Изъ клиники акушерства и женскихъ бользней проф. Н. В. Ястребова въ Варшавѣ.

КЪ ВОПРОСУ О ПУЗЫРНО-ЦЕРВИКАЛЬНЫХЪ ФИСТУЛАХЪ И ОПИСАНІЕ ПЯТИ СЛУЧАЕВЪ ТАКОГО РОДА ФИСТУЛЬ, ОКОНЧИВШИХСЯ ПОЛНЫМЪ ВЫЗДОРОВЛЕНІЕМЪ.

А. А. Ануфріева.

Въ патологіи женской половой сферы правильное и точное распознаваніе мочевыхъ фистулъ, равно какъ усовершенствованная оперативная техника при лѣченіи этихъ страданій въ связи съ антисептикой и благоприятные исходы операций принадлежатъ безспорно второй половинѣ XIX вѣка. Интересно, что

въ древней литературѣ совершенно даже и не упоминается о фистулахъ. Правда, *Гиппократъ* въ своихъ сочиненіяхъ указываетъ, что послѣ трудныхъ родовъ является недержаніе мочи, но болѣе подробно не касается этихъ патологическихъ состояній. Изученіе мочевыхъ фистулъ начинается только со второй половины XVI столѣтія. Такъ впервые упоминаетъ объ нихъ, *A. Paré* (1570 г.), затѣмъ *Felix Plater* (1597 г.) и наконецъ вскорѣ послѣ нихъ и *Ludovicus Merscatus*, *Severin Pinäus*, *Fabr. Hildanus Roonhuysen*. Болѣе точныя свѣдѣнія относятся къ XVIII столѣтію, именно ко времени знаменитыхъ акушеровъ *Mauriceau* и *Levret'a* и наконецъ въ XIX съ ученіемъ о фистулахъ связаны имена *Michaelis'a*, *M-me Lachapelle*, *Jobert'a de Lambale'a*, *Naegele*, *Dieffenbach'a*, *Simon'a*, *Sims'a*, *Emmet'a*, *Schroder'a*, *Freund'a*, *Braun'a*, *Hegar'a*, *Spiegelberg'a*, *Геннера*, *Нейгебауэра* и многихъ другихъ извѣстныхъ акушеровъ и гинекологовъ. Первое время всѣ мочеваыя фистулы у женщинъ были извѣстны подѣ общимъ именемъ пузырно-влагалищныхъ. Первый случай пузырно-маточной фистулы описываетъ m-me *Lachapelle*. Дѣленія фистулъ на пузырно-маточно-влагалищныя поверхностныя и глубокія принадлежитъ *Jobert'у de Lambale'ю*. Случаи мочеточнико-влагалищныхъ фистулъ впервые описаны *Berard'омъ*, *Burch'омъ*, *Freund'омъ* и *Jäncksh'омъ*.

Въ то время, какъ теперь пузырно-влагалищныя фистулы и пузырно-маточно-влагалищныя насчитываются со времени изученія ихъ не только сотнями, но даже тысячами, пузырно-маточныхъ, или вѣрнѣе, пузырно-шейно-маточныхъ (*fistula vesico-cervicalis*) едва набирается вторая сотня въ литературѣ, не смотря на то, что способъ образованія этихъ послѣднихъ во время продолжительнаго акта родовъ, особенно при узкомъ тазѣ, весьма удобенъ. Въ виду послѣдняго обстоятельства трудно согласиться съ тѣми авторами, которые причисляютъ пузырно-шейно-маточныя фистулы къ величайшимъ рѣдкостямъ (*Горвицъ*). Къ этимъ рѣдкостямъ дѣйствительно можно причислить только мочеточнико-влагалищныя фистулы, такъ какъ топогра-

Фическое расположенія самихъ мочеточниковъ предохраняетъ ихъ отъ давленія, но нельзя сказать того же про маточную шейку.

Безъ сомнѣнія многія пузырно-цервикальныя фистулы ускользаютъ отъ поверхностнаго наблюденія частью по своему глубокому положенію въ тканяхъ, а частью потому, что онѣ, образовавшись вслѣдствіе сдавливанія тканей подлежащей частью или инструментами, нерѣдко заживаютъ самопроизвольно подъ вліяніемъ обратной инволюціи матки. Уже давно *Michaelis* высказывалъ тотъ же самый взглядъ въ такихъ выраженіяхъ: «возможно, что такія фистулы встрѣчаются гораздо чаще, но ихъ будутъ пропускать, потому что онѣ самопроизвольно заживаютъ и истеченія мочи скоро прекращается». *Litzman* говоритъ, что позднее появленіе непроизвольнаго истеченія мочи характерно для пузырно-цервикальныхъ фистулъ, которыя склонны къ самопроизвольному излѣченію. *Duparcque* по тому же поводу замѣчаетъ: «послѣ отношеній, какія существуютъ между маточной шейкой и пузыремъ съ одной стороны и прямой кишкой съ другой, удивительно, что шейно-маточныя фистулы (или прямой кишки *rectales*) не болѣе обыкновенны, потому что это главнымъ образомъ такія области, которыя оказываются подверженными давленію со стороны головки ребенка во время продолжительныхъ и трудныхъ родовъ. Онѣ подвергаются сфацелезнымъ омертвѣніямъ, предрасполагающимъ къ подобнаго рода случаямъ (фистуламъ)». *Schröder* и *Martin* высказались въ томъ же смыслѣ. Въ самомъ дѣлѣ, если мы припомнимъ себѣ тѣ благопріятныя условія для образованія пузырно-цервикальныхъ фистулъ, которыя создаются во время родового акта съ одной стороны вслѣдствіе его продолжительности, а съ другой вслѣдствіе несоотвѣтствія между подлежащей частью и родовыми путями, то сравнительная частота такихъ фистулъ, которая должна со временемъ появиться въ литературѣ, не покажется особенно странной.

Какъ извѣстно, въ первыхъ стадіяхъ родового акта, когда нижній маточный сегментъ только что начинаетъ формиро

ваться и когда онъ лежитъ въ видѣ толстаго еще мышечнаго слоя между лоннымъ сращеніемъ и подлежащей частью, конечно не можетъ быть рѣчи объ происхожденіи протираній геср. фистуль. Но по мѣрѣ того, какъ маточныя сокращенія начинаютъ усиливаться, приходитъ чаще, нижній маточный сегментъ начинаетъ вытягиваться и раскрывать внутренній зѣвъ, яйцо все болѣе и болѣе внѣдряется во вновь образованный каналъ, а внутренній зѣвъ вмѣстѣ съ этимъ поднимается по яйцу вверхъ и заходитъ иногда высоко за верхней край симфиза. Такимъ образомъ стѣнки канала шейки значительно растягиваются, и вотъ если въ это время происходитъ продолжительное давленіе истонченной стѣнки между подлежащей частью и лоннымъ сращеніемъ, то нарушенное питаніе и послѣдовательный некрозъ тканей очень легко могутъ произойти Мочевой же пузырь при формированіи канала шейки и удаленіи внутренняго зѣва отодвигается также кверху, лежитъ на заднемъ краѣ симфиза и вмѣстѣ съ растянутой шейкой и тонкимъ слоемъ клѣтчатки въ *excavatio vesico-uterina* подвергается давленію, и затѣмъ частичному омертвѣнію задней стѣнки. Точками въ тазу, испытывающими наибольшее давленіе, будутъ задній верхній край симфиза и костныя возвышенія, лежація тотчасъ у самаго лоннаго сочлененія (*Славянской*). При сѣуженныхъ тазахъ, когда подлежащая часть плода вколачивается во входъ таза и при отсутствіи своевременной и рациональной акушерской помощи остается продолжительное время въ такомъ положеніи, само собою разумѣется, что создаются весьма удобныя условія для протиранія тканей. Поэтому вполне справедливо заключеніе *B. Brawn'a*, что существенною причиною происхожденія свищей должно считать чрезмѣрную продолжительность родоваго акта, а ничуть не пособія искусства, что виноваты не пособія, не инструменты, а сѣуженія таза или другія неблагоприятныя условія, вслѣдствіе которыхъ замедляется родовой актъ. Американскіе гинекологи также наблюдали, что очень много больныхъ съ фистулами является изъ западныхъ штатовъ, гдѣ, вслѣдствіе громадности разстояній,

чувствуется большой недостатокъ въ своевременной акушерской помощи.

Вотъ почему Привислянскій край, въ которомъ мы встрѣчаемся съ замѣчательной частотой сѣуженія женскихъ тазовъ (64^o/о въ клиникѣ) и въ тоже время съ недостатками въ силу существующей организаціи акушерской помощи не только въ деревняхъ, но и въ городахъ, богатъ фистулами и этого рода. Что касается того, что пузырно-цервикальныя фистулы нерѣдко заживаютъ самопроизвольно, — то это обстоятельство вполне понятно, принимая во вниманіе ту высокую степень сократительности мышечной ткани въ тѣлѣ и шейкѣ матки, которая наблюдается въ послѣродовой инволюціи. Изъ литературы мы знаемъ, что подъ вліяніемъ этой сократительности заживаютъ не только незначительные дефекты тканей, но даже цѣлые разрывы матки. *Foerster* говоритъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ благопріятныхъ исходовъ разрывовъ матки, вслѣдствіе хорошаго сокращенія послѣдней, кровотеченіе бываетъ незначительно и разрывъ заживаетъ. *Klob* по тому же поводу высказывается такъ: «матка, сократившись, отделяется отъ брюшныхъ стѣнокъ и заживленіе происходитъ черезъ образование рубца; послѣднее бываетъ на значительномъ пространствѣ и лучеобразно распространяется въ ткань матки; въ рубцѣ иногда встрѣчаются твердыя окаменѣлыя мѣста, какъ это бываетъ въ фиброидахъ». Сюда же относятся наблюденія *Fritz'a*, *Oettler'a*, *Winkel'a*, *Rell'a*, *Gaerlt'a* и друг. *Zacharovz* въ своей диссертациі «къ вопросу о заживленіи ранъ матки» путемъ экспериментальнымъ приходитъ къ выводу, что заживленіе линейныхъ ранъ матки происходитъ съ помощью воспаленія и грануляціонной ткани при полномъ возстановленіи всѣхъ тканей и что полное возстановленіе ихъ можетъ считаться доказаннымъ и для ранъ, сопровождающихся потерей вещества тканей. Такимъ образомъ вопросъ о самопроизвольномъ зарощеніи фистулъ послѣ родовъ не можетъ подлежать сомнѣнію, и вѣроятно нерѣдко такое зарощеніе остается просмотрѣннымъ. Въ литературѣ извѣстно до 200 случаевъ пузырно-цервикальныхъ

фистулъ. Къ этому числу мы имѣемъ возможность прибавить описаніе 5 случаевъ, наблюдавшихся нами въ клиникѣ профессора *Ястребова*. Изъ пяти нашихъ случаевъ пузырно-шейноматочныхъ фистулъ въ трехъ была произведена профессоромъ *Ястребовымъ* операція сшиванія съ благопріятнымъ исходомъ, а въ двухъ послѣ родовъ фистулы зажили самопроизвольно.

1-й случай. Ю. К., служанка, 30 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 22-го сентября 1886 г. Типъ кровей 3—4 д. 4 н. Беременна была 2 раза. Родила въ срокъ. Первые роды на 6 году половой жизни, трудные и продолжались 1½ сутокъ. Вторые мѣсяць тому назадъ и окончены перфорацией, послѣ нихъ она и заболѣла. Въ первомъ случаѣ ребенокъ также былъ мертвый. Жалобы больной на непроизвольное истеченіе мочи, которое больная замѣтила на 8 день послѣ родовъ. Размѣры таза сг. Сг. 28 см. Sp. sp. 25. Conjug. extern. 17. Наружные половые органы и внутренняя поверхность бедра поражена *eczema erythem*. Влагалище покраснѣвшее, покрыто слизью, поврежденій нѣтъ. Объемъ матки увеличенъ. Положеніе—*anteflexio*. Portio vaginal. uter. цилиндрическое, съ разрывомъ до свода влѣво. Послѣ тщательнаго осмотра зеркалами констатирована пузырно-цервик. фистула. 16-го октября произведена операція (*fistulorrhaphia*). Края фистулы окрававлены, наложено 4 шва. Три дня больная лежала съ катетеромъ. На 4-й день мочу отдаетъ сама, но моча сочится понемногу и непроизвольно. Швы удалены черезъ 2 недѣли. Около мѣсяца моча то не выходила черезъ влагалище, то опять показывалась, лишь къ концу мѣсяца въ послѣднюю недѣлю установилась нормальная отдача мочи. Фистула зажила совершенно. Въ виду мутной мочи за 5 дней до выписки мочевою пузырь былъ промытъ *Sol. Ac. Borici 2°/o*.

2-й случай. М. К., жена сторожа, 40 лѣтъ, III—рага, поступила въ клинику 23-го марта 1888 г. по поводу (трудныхъ) родовъ. Типъ кровей 2 д. 4 н. Настоящая беременность срочная. Предыдущіе роды и послѣродовой періодъ безъ осложнений. Размѣры таза: Сг. сг. 29. Sp. sp. 26 Conjug. extern. 21. Diagonal. 11½, vera 10 см. Влагалище разрыхлено. Шейка матки изглажена. Пузыря нѣтъ. Наружный зѣвъ совершенно открытъ. Положеніе плода 2 черепное, задній видъ. Головка надъ входомъ, съ головною опухолью, подвижна. Больная доставлена изъ города въ клинику значительно ослабленною, съ малымъ пульсомъ въ 96—100 ударовъ въ 1', изъ половыхъ органовъ выдѣляется въ значительномъ количествѣ свѣтло-красная жидкость. Маточныя сокращенія коротки, слабы, потужнаго характера и довольно рѣдкія черезъ 10' по 20'—30' продолжительн. Введеніе катетера въ мочевою пузырь не дало ни одной капли мочи.

По словамъ больной и ея мужа, дома она подвергалась оперативнымъ попыткамъ съ цѣлю родоразрѣшенія. Д-ръ 2 раза пробовалъ извлечь ребенка щипцами и послѣ тщетныхъ попытокъ посовѣтовалъ отправиться въ клинику.

Послѣ захлороформированія больной въ клиникѣ произведено было вторичное введеніе катетера въ мочевоу пузырь, при чемъ опредѣленъ точно разрывъ пузыря и сообщеніе его съ полостью матки. Наложены щипцы проф. *Лазаревича*, сдѣлано 5 тракцій, но безуспѣшно. Удалось родоразрѣшить только при помощи перфораци и краіноклази. При тщательномъ изслѣдованіи потомъ опредѣленъ разрывъ влагалищной части справа до клѣтчатки, а въ шейкѣ справа и спереди проникающій въ мочевоу пузырь. Моча въ продолженіи 9 дней, которые больная провела въ клиникѣ, вытекала по каплямъ произвольно. Въ послѣдніе дни, впрочемъ, моча удерживалась при положеніи больной на спиѣ и лѣвомъ боку; при положеніи же на правомъ произвольно вытекала. При выискѣ больной найдено: съ правой стороны разрывъ маточной губы переходитъ въ разрывъ шейки, который на разстояніи около 2 см. закачивается отверстіемъ съ твердыми, морщинистыми краями, ведущими въ мочевоу пузырь. Слѣва и кзади разрывъ губы и шейки, доходящій до клѣтчатки.

Та же самая больная черезъ 10 дней послѣ родовъ поступила въ гинекологическое отдѣленіе клиники съ жалобами на боль въ правомъ боку, правой нижней конечности, боль въ крестцѣ и неполное держаніе мочи, особенно при ходьбѣ. Позывы къ мочеиспусканію частые, безъ болей. Матка найдена увеличенной, расположенной въ *lateropositio sinistra*; подвижность ея сохранена; консистенція плотная. Волѣзненности нѣтъ. *Portio vaginalis* неправильной шаровидной формы. *Orificium extern. uteri* пропускаетъ конецъ пальца. Существуетъ сообщеніе шейки матки съ мочевымъ пузыремъ. *Lochia serosa*. Назначено *irrigationes intravaginal. Sol. Acidi Carbol. 2%* три раза въ день и *Pulv. Secal. corn. 0,3* одинъ порошокъ въ сутки. На 8 сутки пребыванія больной въ клиникѣ моча перестала вытекать произвольно. Вода, введенная вмѣстѣ съ молокомъ въ мочевоу пузырь, не показывалась изъ матки. На вторые и на третьи сутки послѣ этого то же самое. 21-го апрѣля 1888 года больная выписалась изъ клиники съ зажившею фистулой. Въ 1890 году эта больная снова поступила въ клинику съ наступленіемъ родовъ послѣ 5 беремености. Моча не вытекаетъ произвольно. Родоразрѣшена перфорацией.

3-й случай. С. П., служанка, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 5-го апрѣля 1890 года во время родовъ. Роды срочные. Прежніе роды окончены щипцами. Размѣры таза: Cr. cr. 29, Sp. sp. 27, Conjug. extern. 20¹/₂. Conjug. diagonal. при горизонтальномъ положеніи 11; при положеніи по *Walcher*'у 11,5. *Venter propendens*. Влагалище разрыхлено. Шейка матки изглажена. Наружный зѣвъ открытъ на 2 пальца. Пузырь есть. Предлежитъ подвижная головка, надъ входомъ. Передней маточной губы нѣтъ совершенно; на мѣстѣ ея довольно плотный рубецъ. Спустя 86¹/₂ часовъ отъ начала болей съ перерывомъ въ родахъ на 17¹/₂ часовъ вслѣдствіе асфиксіи ребенка и слабости потугъ при открытіи зѣва на 3 пальца были наложены щипцы проф. *Лазаревича*. При тракціяхъ головка опускалась въ малый тазъ, но встрѣчала сопротивленіе со стороны рубца наружнаго зѣва. Послѣ 3 тракцій получился разрывъ шейки въ верхней части слѣва съ значительнымъ кровотеченіемъ.

Изъ опасенія подвергать большую опасности щипцы сняты и роды окончены перфорацией и краниоклазией. Послѣ извлеченія плода найдено, что разрывъ шейки увеличился и переходилъ въ верхнюю стѣнку влагалища и образовалъ большой пузырно-влагалищно-маточный свищъ. На стѣнку влагалища наложено 9 швовъ, на шейку матки одинъ и оставшаяся часть разрыва, пропускающая больше 2 пальцевъ, оставлена незашиитою вслѣдствіе глубокаго недоступнаго положенія. Девять дней моча не выдѣлялась произвольно, на 10 и 11 сутки немного показывалась изъ влагалища. Въ слѣдующіе дни произвольное истеченіе мочи прекратилось и больная выписалась на 14 день послѣ операціи совершенно здоровой.

4-й случай. М. Ж., крестьянка, 32 лѣтъ отъ роду, III—рага, поступила въ клинику 11-го сентября 1890 г. съ жалобами на произвольное истеченіе мочи, постоянное жженіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ и кожѣ промежности. Типъ кровей 3—4 дня 4 н. Теченіе двухъ предъидущихъ родовъ правильное. Третьи роды 6 мѣсяцевъ тому назадъ окончены акушеркой поворотомъ при поперечномъ положеніи плода и выпавшей пуповинѣ. Во время производства операціи роженица была въ обморокѣ и не помнитъ, какъ долго продолжалась операція. Моча начала вытекать изъ влагалища сейчасъ же послѣ операціи. Тазъ Cr. cr. 28,5, Sp. sp. 25. Conjug. extern. 18. Diagonal. 11,5. Экцема на кожѣ промежности и внутренней поверхности бедеръ. Объемъ матки немного увеличенъ. Положеніе—*anteversio*. *Portio vaginalis* цилиндрическое. *Orific. extern.* круглой формы. При осмотрѣ больной зеркалами въ спинномъ и коленно-локтевомъ положеніи и при изслѣдованіи зондомъ и катетеромъ найдена двойная фистула: одно отверстіе открывается въ передній сводъ, а другая въ маточную шейку. Въ данномъ случаѣ пузырно-цервикальный ходъ прерывался въ переднемъ сводѣ и былъ лишенъ на ограниченномъ пространствѣ своей нижней стѣнки. (*Fistula Vesico-vaginalis et cervicis*). Произведена операція (*Fistulorrhaphia*) въ спинномъ положеніи съ зеркалами *Simon'a*: расщеплена передняя стѣнка *portionis vaginalis* отъ наружнаго маточнаго устья до фистулезнаго отверстія, окровавлены края послѣдняго и затѣмъ отверстіе закрыто 6 швами. Моча въ первые два дня выпускалась черезъ катетеръ довольно мутная, на 3 день начала мочиться сама. Семь дней моча не вытекала произвольно, но была мутная. Мочевой пузырь ежедневно промывался *Sol. Acidi Borici* 2%. На 8-й день моча начала вытекать произвольно. Швы удалены; заживленіе не совсѣмъ полное: нижній шовъ разошелся. Произвольное истеченіе мочи было только около 2 сутокъ, въ слѣдующіе дни прекратилось и на 9 сутки послѣ снятія швовъ больная выписалась здоровою.

5-й случай. М. П., крестьянка, 38 лѣтъ, X—рага, поступила въ клинику 23-го января 1891 г. съ жалобами на произвольное истеченіе мочи, которое усиливается при ходьбѣ. Типъ кровей 2—3 д. 4 н. Больна 6 мѣсяцевъ со времени послѣднихъ родовъ, которые продолжались 2 сутокъ и окончены щипцами. Больная недѣлю была въ тяжеломъ состояніи и не помнитъ, вытекала ли за это время моча. Замѣтила лишь на 9 день. Лежала въ постели

6 недѣль, имѣла боль въ правомъ боку и лихорадку. Тазъ *cr.* 27,5. *Sp.* 25. *Conjug. extern.* 19. Матка увеличена, болѣзненна въ положеніи—*retroflexia*. Подвижность ея ограничена. *Portio vaginal.* цилиндрическое. Слѣва наружнаго устья разрывъ до свода. Отъ разрыва *portionis vaginalis* съ лѣвой стороны въ лѣвый сводъ тянется рубецъ отъ бывшаго лѣвосторонняго параметрита. При осмотрѣ зеркалами найдено на разстояніи $2\frac{1}{2}$ *cm.* отъ *orificium extern.* въ передней стѣнкѣ цервикальнаго канала, немного справа, отверстіе, въ которое входитъ тонкій глазной зондъ и проникаетъ въ мочевой пузырь. Послѣ расширенія шейки матки *Tupello* и при развернутыхъ маточныхъ губахъ съ помощью пулевыхъ щипцовъ видно глазомъ то мѣсто, куда входитъ зондъ. Жидкость, введенная въ мочевой пузырь, выливается наружу черезъ маточную шейку. Въ виду малой величины фистулы и глубокаго положенія ея испробовано слѣдующее лѣченіе: Въ продолженіе мѣсяца ежедневно промывался мочевой пузырь. *Sol. Acidi Borici 2%* и прижиганіе отверстія *Argent. nitric. in substantia* на зондѣ 2 раза въ недѣлю (*cauterisatio perifistularis*), но результатъ такого лѣченія оказался безуспѣшнымъ. Тогда было приступлено къ операціи. Шейка матки наканунѣ расширена 2 нумерами *Tupello* и больная соотвѣтственнымъ образомъ подготовлена. Операція произведена въ коленно-локтевомъ положеніи. Сдѣлано овальное окровавленіе краевъ фистулы, длиною въ 1 *cm.*, удалена рубцевая ткань и наложено 2 шва на мѣстѣ и выше отверстія. Съ цѣлью увеличенія поля операціи произведенъ надрѣзь по обѣимъ сторонамъ наружнаго устья матки и затѣмъ послѣ сшиванія фистулезнаго отверстія закрыто 2 швами по *Emmet's*у съ той и другой стороны. Моча послѣ операціи не вытекала произвольно. На 7 сутокъ послѣ испражненія показалось немного произвольна. Швы удалены. Послѣ снятія швовъ сейчасъ же моча начала вытекать изъ шейки матки въ болѣебольшемъ количествѣ. На сколько срослись швы—судить было трудно вслѣдствіе высокаго положенія фистулы. Разрѣзы на *portio vaginalis* зажили *per prim. intent.* Трое сутокъ моча еще выдѣлялась произвольна, но въ меньшемъ количествѣ. На 4 и 5 истеченіе прекратилось даже при вертикальномъ положеніи и больная, по домашнимъ обстоятельствамъ, на 5 день послѣ снятія швовъ выписалась изъ клиники.

Разсматривая описанные случаи пузырно-цервикальныхъ фистулъ, мы видѣли, что всѣ эти фистулы зажили и недержание мочи прекратилось. Въ трехъ случаяхъ заживленіе наступило послѣ операціи и въ двухъ самопроизвольно послѣ родовъ. Въ настоящее время вообще число неудачныхъ случаевъ послѣ операціи низведено до 3% и такимъ образомъ вполне подтверждается замѣчаніе *M. Sims'a*, что всякая фистула излѣчима, если есть возможность оперировать и если со стороны общаго состоянія нѣтъ никакихъ особенныхъ обстоя-

тельствъ, противодѣйствующихъ соединенію краевъ фистулы. Успѣхъ составляетъ правило, неуспѣшный же исходъ операций — исключеніе. Конечно, справедливо также и указаніе *Schröder'a*, что много зависитъ отъ ловкости, техники и опытности самого оператора. Во всякомъ случаѣ въ послѣднее время оперативный способъ лѣченія фистулъ пересталъ быть *argrobrium chirurgiae*. Наши оперированныя больныя интересъ представляютъ въ томъ отношеніи, что у нихъ черезъ нѣсколько дней (4—6—7) моча снова начала вытекать произвольное, но затѣмъ въ скоромъ времени это опять прекращалось. Это обстоятельство, безъ сомнѣнія, объясняется прорѣзываніемъ швовъ и образованіемъ вторичныхъ небольшихъ щелей, которыя послѣ снятія швовъ сами собою зажили. Я думаю поэтому, что снятіе швовъ при пузырьно-цервикальныхъ фистулахъ удобнѣе всего производить на 5—6 день послѣ операции, дабы избѣжать довольно легкаго прорѣзыванія швами нѣжной мускулатуры маточной шейки и имбибиции мочею образованныхъ такимъ образомъ щелей.

Въ трехъ оперированныхъ случаяхъ у насъ наблюдались легкія катарральныя осложненія со стороны мочеваго пузыря, которыя, однако, скоро уступили промываніямъ пузыря *Sol. Acidi Borici 2%*. Катетеризацію, на мой взглядъ, не слѣдуетъ также производить больше одного дня послѣ операции, да и то въ случаяхъ катарральной мочи, въ остальныхъ больной можно предоставить мочиться самой, чтобы по возможности избѣгать механическаго раздраженія мочеваго пузыря.

Что касается этиологіи, то во всѣхъ описанныхъ случаяхъ мы имѣемъ трудные роды, которые окончены въ 2-хъ перфорацией, въ 2-хъ щипцами и въ одномъ поворотомъ.

ЛИТЕРАТУРА.

D-r. Neugebauer. Casuistik von 165 vesico-uterinfisteln, nebst Mittheilung von 29 einschlägigen Fällen aus der Harnfistelcasuistik der Warschauer gyniatriischen Universitätsklinik. (Theil. I, II, III, IV) 1889 г.

- D r. Neugebauer.* 36 Neue Fälle von Cervicalfisteln des Uterus (28 vesicale und 8 vaginale Fisteln) 1891 г.
- Славянскій.* Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней.
- Frommel.* Jahresbericht für das Jahr 1889 г.
- A. Courty.* «Traité pratique des maladies de l'uterus, des ovaires et des trompes. 1881 г.
- Duparcque.* Histoire complète des ruptures et des déchirures des l'uterus, du vagin et du perinée. Paris. 1836 г.
- Freund.* «Kurze Geschichte der Uterinfisteln der Weiber». Klinische Beiträge zur Gynäkologie. Breslau 1862—63 г.
- Hegar und Kaltenbach.* «Die operative Gynäkologie». 1886 г.
- Schröder.* Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane 1884 г.
- Martin.* Патологія и терапія женскихъ болѣзней. 1885 г.
- Горвицъ.* Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы 1874 г.
- Захарова.* «Къ вопросу о заживленіи ранъ матки». Диссертация 1871 г.

XXIII.

КЪ ВОПРОСУ О ПОЛНОМЪ ВЫРѢЗЫВАНІИ МАТКИ ЧРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ.

Н. А. Салманова.

(Докладъ Акушерско-Гинекологическому Обществу въ С.-Петербургѣ 10 мая 1891 года).

Пораженіе раковымъ новообразованіемъ матки случается довольно часто; изъ всѣхъ болѣзней половой сферы на ракъ матки приходится около 4% (по *Горвицу* 3,8%, по *Hoffmeyer*'у — 3,1%). Хотя ни при одной болѣзни не было предложено такой массы средствъ для радикальнаго излѣченія, тѣмъ не менѣе хирургія среди ихъ всегда занимала и будетъ занимать первенствующее мѣсто. При первичномъ рагѣ тѣла и канала шейки матки; если остаются не пораженными своды, то большинство гинекологовъ, въ настоящее время, согласны въ необходимости полнаго удаленія органа. Что же касается до пора-