

III.

ИЗЪ ХАРЬКОВСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
КЛИНИКИ ПРОФ. Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА.

**Примѣненіе постояннаго орошенія для подготовленія
пузырныхъ фистулъ къ оперативному лѣченію.**

Ордин. клиники Г. Г. Поюровскаго.

Многимъ хирургамъ и гинекологамъ не разъ приходилось наталкиваться на больныхъ, одержимыхъ пузырно-рукавными и пузырно-маточными свищами и многіе, конечно, достаточно убѣдились въ томъ, съ какимъ трудомъ поддаются лѣченію тѣ больныя, у которыхъ, вслѣдствіе давности страданія, существуетъ сильно выраженный катарръ мочевого пузыря.

Въ настоящее время единственно вѣрнымъ и наиболѣе быстрымъ способомъ лѣченія пузырно-рукавныхъ свищей считается оперативный, кровавый способъ, въ тѣхъ разумѣется случаяхъ, гдѣ возстановленіе нарушенной цѣлости пузырно-рукавной перегородки еще возможно. Къ сожалѣнію, далеко не во всѣхъ случаяхъ возможно немедленно приступить къ оперативному лѣченію мочевыхъ свищей и часто больныя, одержимыя этимъ тяжкимъ для нихъ страданіемъ, должны подвергаться продолжительному и настойчивому лѣченію, прежде чѣмъ операціонное поле будетъ очищено и возможно будетъ приступить къ операціи. Объ этомъ то подготовительномъ лѣченіи больныхъ, страдающихъ мочеполовыми свищами, я и считалъ бы необходимымъ и умѣстнымъ поговорить въ настоящей статьѣ, тѣмъ болѣе, что въ Руководствахъ Оперативной

Гинекологіи ¹⁾, найбільше полныхъ и распространенныхъ, ничего или почти ничего объ этомъ не говорится.

Правда, въ теоретическихъ курсахъ гинекологіи ²⁾, въ главѣ о катаррахъ, крупозномъ и дифтеритическомъ воспаленіи рукава, довольно подробно излагаются методы ихъ лѣченія и ими то, обыкновенно, и пользуются гинекологи при лѣченіи пузырно-рукавныхъ свищей, прежде чѣмъ приступить къ операціи. Но, къ сожалѣнію, встрѣчаются такіе случаи мочевыхъ свищей, гдѣ всѣ общепринятые способы лѣченія налетовъ и ссадинъ рукава остаются безъ всякаго результата, благодаря все новому и новому раздраженію, претерпѣваемому слизистой оболочкой, непрерывно выдѣляющеюся и застаивающеюся въ рукавѣ мочей, весьма часто уже разложившеюся.

Полуванны, частыя рукавныя души, механическое удаленіе налетовъ съ послѣдующимъ прижиганіемъ ссадинъ t-ra jodii, argento nitrico и проч.; введеніе въ рукавъ тампоновъ, пропитанныхъ различными дезинфицирующими, противугниlostными растворами и мазями и всякія другія, рекомендуемыя въ руководствахъ, мѣры не оказываютъ иногда желаемаго дѣйствія, не смотря на настойчивое и долговременное примѣненіе ихъ.

Истощивъ свое собственное терпѣніе и терпѣніе паціентки и потерявъ надежду когда либо добиться полнаго и стойкаго очищенія операціоннаго поля, врачъ рѣшается наконецъ зашить фистулу, механически удаливъ, ex tempore, налеты и ожививъ края свища, но окровавленная поверхность быстро инфицируется и въ результатѣ получается нагноеніе швовъ, расхождение краевъ раны и образованіе новыхъ налетовъ, — словомъ, вполнѣ неудавшееся оперативное дѣяніе.

Нѣсколько такихъ случаевъ запущенныхъ vesicovaginal'ныхъ фистулъ было и въ клиникѣ многоуважаемаго моего учителя, проф. *Н. Ф. Толочинова*, и я позволю себѣ вкратцѣ привести ихъ исторіи, а затѣмъ и описать тотъ способъ лѣченія, который сравнительно быстро и всегда неизмѣнно приводилъ къ желаемому результату, т. е. къ полному очищенію отъ нале-

¹⁾ См. Руководства Оперативной Гинекологіи *Соловьева*, *Гофмейера*, *S. Pozzi* и проч.

²⁾ См. Руководств. Женск. бол. проф. *М. Горвица*, проф. *К. Θ. Славянскаго*, *К. Предера*, *Фритча* и проч.

товъ операціоннаго поля и заживленію язвъ и ссадинъ на стѣнкахъ рукава.

За время съ 1-го января 1887 г. и по 1-е мая 1894 г. въ Харьковской Акушерско-Гинекологической клиникѣ больныхъ, страдавшихъ мочевыми свищами различного рода, было 54, но я ограничусь приведеніемъ только восьми краткихъ исторій тѣхъ больныхъ, у которыхъ налеты были особенно стойки и которыхъ удалось привести въ порядокъ только благодаря нижеописываемому методу лѣченія.

Случаи эти слѣдующіе:

I. (96)³⁾ Матрена Кл...нова. Поступила въ клинику 17-го ноября 1887 года, съ жалобами на постоянное непроизвольное отдѣленіе мочи и боль во влагалищѣ.

Въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Семнадцати лѣтъ вышла замужъ и только черезъ годъ послѣ замужества у нея въ первый разъ появились крови, длились 6 дней, безъ всякихъ болей и въ умѣренномъ количествѣ, а затѣмъ начали появляться регулярно черезъ каждый мѣсяцъ и протекали такъ же, какъ и въ первый разъ. За время своего 17-лѣтняго замужества рожала 7 разъ. Всѣ беременности протекали совершенно правильно, безъ всякихъ осложнений; точно также и первые 6 родовъ прошли совершенно нормально и окончились силами природы, хотя всѣ они, по словамъ больной, были продолжительны и ей приходилось рожать каждый разъ не менѣ трехъ сутокъ. Всѣхъ дѣтей кормила сама по 1½ года и была вполне здорова вплоть до послѣднихъ 7 родовъ, происходившихъ въ концѣ августа 1886 года и оконченныхъ врачомъ, судя по рассказамъ больной, поворотомъ и извлеченіемъ мертвago младенца на 4-й день послѣ начала ихъ. На пятый день послѣ родовъ больная замѣтила отсутствіе позывовъ къ мочеиспусканію, увеличеніе количества послѣродовыхъ отдѣленій и мочевой запахъ, который приобрѣли эти отдѣленія. 9 декабря 1886 года больная поступила въ акушерскую клинику, гдѣ послѣ долгихъ, остававшихся безплодными, попытокъ расширить рукавъ надрѣзами рубцовъ и предварительнаго уничтоженія налетовъ была произведена *colporrhaphia transversa* въ средней трети рукава, за невозможностью закрыть инымъ путемъ огромнаго дефекта въ пузырно-рукавной перегородкѣ. 23/III 1887 г. больная выписалась изъ клиники въ относительно удовлетворительномъ состояніи, т. е. непроизвольное отдѣленіе мочи прекратилось, хотя явленія катарра пузыря прошли не вполне. Вскорѣ, по возвращеніи больной домой, у нея опять появилось непроизвольное отдѣленіе мочи черезъ рукавъ, со всѣми прежними побочными явленіями: экземой наружныхъ половыхъ частей и проч., вслѣдствіе чего больная вторично поступила въ клинику 17/VI 1887 года.

М. Кл. 154 сантиметра ростомъ, умѣреннаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой нѣсколько атрофированы. Грудные

³⁾ Числа написанныя въ скобкахъ арабскими цифрами обозначаютъ номеръ клинической исторіи болѣзни, приводимой здѣсь въ извлеченіи.

и брюшные органы отступлений от нормы не представляют. Брюшные стѣнки тонки, дряблы, кожа на нихъ покрыта множествомъ старыхъ рубцовыхъ полосъ. На ягодицахъ и наружныхъ половыхъ частяхъ замѣчается краснота и экзематозная, сильно зудящая сыпь. При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ, войдя въ рукавъ всего сантиметра на 4, натывается на перегородку (прежняя *colporrhaphia transversa*), съ правой стороны которой имѣется отверстие съ мозолистыми краями, пропускающее конецъ пальца. При осмотрѣ зеркалами находимъ отверстие величиной съ десятикопѣечную серебряную монету, изъ котораго вытекаетъ моча; вокругъ этого отверстия и на стѣнкахъ нижняго сегмента рукава замѣчаются сѣровато-бѣлые пленки, состоящія изъ солей мочи. Собранная въ небольшомъ количествѣ моча мутна, щелочной реакціи, интенсивнаго желтовато-краснаго цвѣта, съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ разложившейся мочи, содержитъ бѣлокъ и много форменныхъ элементовъ: красные и бѣлые кровяные шарики, гнойныя тѣльца и эпителий пузыря и рукава.

Со дня поступления и вплоть до операціи, произведенной 17/xii 87, больной производилось постоянное орошеніе рукава, сначала 2%, а потомъ, когда исчезнушіе было налеты опять появились, 5% растворомъ борной кислоты. Послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно и до 26/xii больная или мочилась произвольно, или моча (въ первые дни) выводилась катетеромъ. 26/xii замѣчено было, что моча просачивается черезъ зашитую фистулу и возлѣ швовъ начали высвѣ образовываться налеты. Поэтому, съ 27/xii назначено было, до окончательнаго снятія швовъ, постоянное орошеніе, продолжавшееся до 4/i 88 г., когда оно было замѣнено полуваннами и частыми рукавными душами изъ 4% раствора борной кислоты. 22/i 88 г. при осмотрѣ больной зеркалами, кромѣ первой фистулы съ правой стороны, пропускавшей палецъ, обнаружено еще и второе отверстие, съ лѣвой стороны пропускавшее зондъ Шульца № 3-й. 24/i произведена была вновь операція. Результатомъ этой второй операціи было: полное заживленіе лѣвой, большей фистулы и неполное правой; на правой сторонѣ осталось небольшое отверстие едва пропускавшее тонкій хирургическій зондъ. Предложена была больной новая попытка зашить оставшееся отверстие, но больная не согласилась и выписалась изъ клиники 20/ii 88 г. Явленія катарра пузыря однако исчезли. Выдѣлявшаяся моча была прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, ни бѣлка, ни форменныхъ элементовъ не содержала. Налетовъ на стѣнкахъ рукава также не было.

Считаю нужнымъ тутъ же отмѣтить, что замѣна въ только что приведенномъ случаѣ постоянного орошенія полуваннами и душами, съ 4 по 24 января 1888 года, произведена была не потому, что орошеніе не оказывало желаемаго дѣйствія, а потому, что и этихъ послѣднихъ оказалось совершенно достаточнымъ для поддержанія чистоты рукава, послѣ того какъ катарръ пузыря уменьшился и, благодаря предшествовавшему постоянному орошенію, стѣнки рукава совершенно очистились отъ налетовъ.

II. (40). Оекла П....ва, 48 лѣтъ, казачка, поступила въ клинику 1-го сентября 1890 года, съ жалобами на кровотеченія изъ половыхъ органовъ.

Больная происходит из здоровой семьи и до настоящего заболѣванія всегда пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Менструировать начала на 17 году, всегда правильно черезъ 4 недѣли на 5, по 4 дня, безъ болей. За время своего 30 лѣтняго замужества рожала 12 разъ; роды протекали всегда безъ всякихъ осложнений. Послѣдній разъ рожала 15 лѣтъ тому назадъ. Послѣдній разъ менструировала 3 года назадъ и съ тѣхъ поръ кровей у нея больше не было. Осенью 1889 года больная была въ банѣ, гдѣ по ея просьбѣ, какая то бабка правила ей животъ; результатомъ этой то правки живота, какъ полагаетъ больная, и было появленіе кровотеченій изъ половыхъ органовъ и болѣе внизу живота. Кровотечія по словамъ больной почти не прекращались со времени заболѣванія, а если и бывали короткіе свѣтлые промежутки въ 4—5 дней, то въ это время появлялось обильное отдѣленіе зловонныхъ бѣлей. Лѣчилась все время у разныхъ бабокъ травами, нашептываніями и правленіемъ живота и наконецъ обратилась за помощью въ клинику.

Ө. Ц. 155 сантиметровъ ростомъ, 165 ф. вѣсомъ, крѣпкаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшные органы отступленій отъ нормы не представляютъ. При бимануальномъ гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: *portio vaginalis uteri* плотна, бугриста, неправильной формы, легко кровоточить при дотрагиваніи; матка увеличена (кулака въ два), подвижность ея уже нѣсколько ограничена; въ лѣвой широкой связкѣ, точно также какъ и въ крестцово-маточныхъ связкахъ замѣчается начинающаяся инфильтрація ткани. Поставленъ былъ діагнозъ рака тѣла и шейки матки и больной предложена экстирпація матки, какъ единственное болѣе или менѣе вѣрное средство къ излѣченію. 19/x 1890 г. больной была произведена операція удаленія матки по способу *Freund'a*, модифицированному *Rydygier'омъ*, т. е. удаленіе начато со стороны рукава и окончено *per laparotomiam*. При отсепаровкѣ сводовъ и отдѣленіи пузыря отъ шейки матки нарушена была цѣлость пузыря, такъ какъ клѣтчатка между пузыремъ и маткой, да и самая стѣнка мочевого пузыря оказались уже измѣненными. Послѣоперационный уходъ, несмотря на образовавшуюся *vesico-vaginal'ную* фистулу, состоялъ въ ежедневной перемѣнѣ повязки и въ тщательной дезинфекціи рукава во время перевязокъ. Такъ какъ на стѣнкахъ рукава начали образовываться ссадины и налеты, то съ 1 ноября и вплоть до 18/х 91 г., для зашиванія фистулы, больной производилось постоянное орошеніе рукава, то 4% растворомъ борной кислоты, то растворомъ салициловой кислоты съ салицилово-кислымъ натріемъ 1:1500. Отъ времени до времени орошеніе прерывалось съ цѣлью дать отдыхъ больной. Благодаря такому лѣченію операціонное поле удалось сохранить чистымъ вплоть до того времени, когда больная на столько окрѣпла отъ 1-й операціи, что ей можно было произвести *fistulorrhaphi'ю*. 3/iv 1891 года, больная выписалась изъ клиники вполне здоровой. Никакихъ признаковъ рецидива новообразованія не замѣчалось и фистула пузыря зажила *per primam intent*.

III. (44). Евфросинья Бр...лова, крестьянка, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 1 сентября 1890 года.

Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла. Менструировать начала на 17 году, Мѣсячныя были всегда правильны, появлялись черезъ 4 недѣли на 5, продолжались по 4 дня и были всегда безболѣзненны, такой же характеръ имѣли мѣсячныя и по выходѣ больной замужъ. За время своего 11 лѣтняго замужества рожала 4 раза. Послѣдніе роды были 2 года тому назадъ, продолжались нѣсколько дней и окончены были земскимъ врачомъ поворотомъ и извлеченіемъ мертвaго плода. Послѣ этихъ то родовъ больная начала страдать произвольнымъ отдѣленіемъ мочи. Полгода тому назадъ ей была произведена однимъ изъ врачей операція зашиванія фистулы, но безъ успѣха, почему больная и явилась въ клинику искать помощи.

Е. Б. 152 с. ростомъ, 145 ф. вѣсомъ; костная система хорошо развита, мускулатура и подкожный жирный слой атрофированы, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшныя органы нормальны. Наружныя половыя органы въ своемъ развитіи отступленій отъ нормы не представляютъ, покрыты экзематозной сыпью; такая же сыпь существуетъ на внутренней поверхности бедеръ и на ягодицахъ. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ, что рукавъ укороченъ и просвѣтъ его нѣсколько суженъ рубцами, стѣнки рукава чувствительны; своды, за исключеніемъ задняго, мелки. На передней стѣнкѣ рукава, въ области передняго свода имѣется отверстіе, свободно пропускающее палецъ и ведущее въ мочевою пузырь; края фистулы мозолисты. При осмотрѣ зеркаломъ вокругъ фистулезнаго отверстія и на различныхъ участкахъ стѣнокъ рукава видны налеты и ссадины. *Portio vaginalis uteri* изуродованна: передней губы нѣтъ, задняя же существуетъ. Тѣло матки и ея придатки отступленій отъ нормы не представляютъ. Моча мутна, щелочной реакціи, содержитъ гнойныя клѣтки, эпителий рукава и мочевого пузыря.

Въ теченіе трехъ недѣль больной дѣлали ежедневно полуванны, рукавныя души изъ 4% раствора *Acid. borici* и промывался два раза. въ день пузырь растворомъ *Acid. et Natrii salicylici* 1:1500; кромѣ того по временамъ удалялись механически (кюреткой) налеты и образовавшіяся ссадины прижигались *t-ra jodi, solut. zinci chlorati* 20% etc, но ничто не помогало и черезъ три недѣли по поступленіи больной еѣ все таки пришлось оперировать при не вполне очистившемся операціонномъ полѣ. Тщательно удаливъ механическимъ путемъ налеты, края фистулы были окрававлены и сшиты, но уже на пятый день швы нагноились и прорѣзались, края зашитой фистулы разошлись и на нихъ опять появились налеты. Больной послѣ этого было назначено постоянное орошеніе рукава изъ 2% раствора *Acid. boracici* и уже черезъ недѣлю операціонное поле совершенно очистилось: налеты исчезли, ссадины покрылись свѣжимъ эпителиемъ и болѣзненность стѣнокъ рукава была вполне устранена. Больную оперировали еще 3 раза и только за четвертымъ разомъ удалось достигнуть полнаго заживленія фистулы. Въ промежуткахъ между операціями больной производилось постоянное орошеніе рукава и тѣмъ удавалось сохранять операціонное поле свободнымъ отъ налетовъ. Больная выписалась изъ клиники 5/iv 91 года, какъ уже сказано, вполне освободившись отъ своего тяжкаго страданія.

IV. (68). Мавра Г... съ, мѣщанка, православная, 20 лѣтъ, поступила въ клинику 11/х 1890 года.

Въ раннемъ дѣтствѣ больная страдала золотухой, хотя сама этого не помнитъ, но въ общемъ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Мѣсячныя появились у нея на 15 году и съ тѣхъ поръ приходили у нея всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю, длились по 6 дней, были обильны и сопровождались болями внизу живота. Замужемъ уже четыре года. Годъ тому назадъ родила силами природы мертвого доношеннаго младенца (лицевое предлежаніе). Роды были трудные и продолжались 4 дня. Пслѣдствіемъ этихъ то родовъ и было настоящее ея страданіе, заключающееся въ произвольномъ истеченіи мочи.

М. Г. 148 с. ростомъ, 129 фунт. вѣсомъ, слабаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ общемалый, рахитическій: всѣ наружныя размѣры уменьшены сантиметра на три. Наружные половые органы отступленій отъ нормы не представляютъ; на промежности замѣчается рубецъ отъ бывшаго, но зашитаго, разрыва промежности второй степени. При введеніи катетера въ мочевою каналъ онъ, войдя сантиметровъ на пять, натывается на зарощенный внутренній конецъ urethrae. Изслѣдованіе пальцемъ и зеркалами обнаруживаетъ присутствіе пузырно-рукавнаго свища овальной формы, имѣющаго въ поперечникѣ 1—1½ сантиметра; на задней стѣнкѣ рукава имѣются ссадины, а вокругъ фистулезнаго отверстія ткани импрегирована солями мочи и покрыта налетами. Микроскопическое изслѣдованіе этихъ налетовъ показало присутствіе огромнаго количества нисшихъ организмовъ, между которыми въ значительномъ количествѣ попадались и стрептококки, кромѣ того, обнаружено большое количество мочекислыхъ солей, слизи, гнойныхъ тѣлецъ, бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ и эпителий рукава. Матка и ея придатки, кромѣ надрывовъ во влагалищной части, ничего особеннаго не представляютъ. Моча нейтральной реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ.

Съ 15-го октября и по 10 ноября (дня операціи) больной производилось постоянное орошеніе черезъ пузырь 4% растворомъ Acid. borici, для чего зарощенный конецъ уретры былъ предварительно вскрытъ ножомъ. Уже черезъ 7 дней послѣ начала орошенія налеты начали уменьшаться, а къ 10 ноября операціонное поле было совершенно очищено и окружающія ткани имѣли вполне нормальный видъ. Больная послѣ двукратной фистулорафіи (10/xi и 23/xi) выписалась изъ клиники 5-го апрѣля 1891 года совершенно здоровой.

Первымъ толчкомъ къ тому, чтобы производить постоянное орошеніе черезъ пузырь, былъ данъ, такимъ образомъ, только что изложеннымъ случаемъ, въ которомъ мы имѣли зарощенный внутренній конецъ уретры. Необходимость воспрепятствовать вторичному зарощенію вскрытаго внутренняго конца уретры побудило отступить отъ практиковавшагося ранѣе способа орошенія рукава и примѣнить здѣсь орошеніе черезъ пузырь.

V. (22). Вѣра Бѣл...ва, крестьянка 28 лѣтъ, поступала въ клинику два раза въ теченіи 1893 года: первый разъ въ весеннемъ семестрѣ (9 III) и выписалась изъ клиники 21/V 93 г., а второй разъ въ осеннемъ (8 IX) и выписалась 28-го ноября 1893 года.

Изъ распросовъ больной при первомъ ея поступленіи въ клинику мы узнаемъ, что въ дѣтствѣ она страдала золотухой и перенесла корь и скарлатину. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 3—4 дня, безъ болей (послѣ родовъ крови идутъ 1—2 дня). Замужемъ уже 9 лѣтъ. Рожала всего 1 разъ, восемь лѣтъ тому назадъ. Роды были срочные и не особенно трудные, но на третій день послѣ родовъ встала съ постели и благодаря этому проболѣла 6 мѣсяцевъ. 20-го іюля 1892 года заболѣла тяжелой формой азиатской холеры, такъ что 6 сутокъ была, по ея словамъ, безъ сознанія, а когда пришла въ себя, то замѣтила, что какъ моча, такъ и фекальныя массы отдѣляются непроизвольно *per vaginam*. Холера перешла, повидимому, въ тифоидъ (больная говоритъ о тифѣ) и В. Б. пролежала въ постели еще больше мѣсяца, прежде чѣмъ считать себя вполне выздоровѣвшей отъ холеры. Непроизвольное отдѣленіе мочи и фекальныхъ массъ продолжалось, однако, и по выздоровленіи больной, почему она и обратилась за помощью въ клинику.

В. Б. средняго роста, умѣренного тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой удовлетворительно развиты. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ плоскій. Наружныя половыя части, кромѣ явленій раздраженія, постоянно выдѣляющей мочей, ничего особеннаго не представляютъ. Небольшой разрывъ промежности. Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ существованіе большой recto-vesico-vaginal'ной фистулы, при чемъ передняя стѣнка влагалища почти вся отсутствуетъ. Просвѣтъ рукава суженъ; на стѣнкахъ рукава множество рубцовъ, идущихъ въ различныхъ направленіяхъ. Матку прощупать черезъ рукавъ не удастся.

Больной при первомъ ея поступленіи въ клинику два раза была произведена *fistulorrhaphia* (9/IV и 12/V) и послѣдствіемъ ихъ было почти полное закрытіе recto-vaginal'ной фистулы,—фистула же мочевого пузыря осталась въ томъ же видѣ, какъ и до поступленія въ клинику.

Осенью, какъ уже сказано, больная вновь поступила въ клинику, но уже въ крайне запущенномъ состояніи: экзема на наружныхъ половыхъ частяхъ, садны и налеты на стѣнкахъ рукава и слизистой оболочкѣ пузыря. Ежедневныя полуванны, частыя души, тампоны съ іодоформенной мазью, *ol. terebinthinae* etc., болѣе двухъ недѣль (съ 8 по 25 ноября), примѣнявшіеся съ цѣлью очищенія операціоннаго поля отъ налетовъ, были поочередно испробованы, но все оказывалось безполезнымъ. Тогда перешли къ постоянному орошенію черезъ пузырь 4% растворомъ борной кислоты и въ теченіе 5 дней всѣ налеты исчезли. 30 сентября больной была произведена операція зашиванія половой щели (*episiocleisis cum fistula rectovaginale artificiale*), такъ какъ зашить vesico-vaginal'ную фистулу не было никакой возможности. Больная выписалась изъ клиники 28/X вполне довольная своей судьбой, такъ какъ была избавлена отъ непроизвольнаго истеченія мочи и прекрасно испражнялась таковую произвольно *per anum* разъ 5—6 въ сутки.

VI. (74). Елена Кор...на, крестьянка, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 7 октября 1893 года.

Больная въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ и никогда ничѣмъ не болѣла. Менструируетъ съ 18 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4, по 4—5 дней, безъ болей. 19 лѣтъ вышла замужъ. За время своего замужества рожала 10 разъ. Изъ 10 дѣтей 4 родились мертвыми, но вполне доношенными. Послѣдніе роды были три года тому назадъ, длились 4 сутокъ и результатомъ ихъ получило непроизвольное отдѣленіе мочи *per vaginam*.

Е. К. 157 с. ростомъ, 144 ф. вѣсомъ, мускулатура и подкожный жирный слой хорошо развиты. Грудные и брюшные органы отступленій отъ нормы не представляютъ. Наружныя половыя части, точно также какъ и кожа ягодицъ и бедеръ покрыты экзематозной сыпью. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ какъ ручнымъ, такъ и зеркалами констатируется существованіе пузырно-рукавного свища около 1 с. въ діаметрѣ; вокругъ фистулы и на стѣнкахъ рукава существуютъ налеты сѣровато-желтаго цвѣта. Моча щелочной реакціи, мутна, съ сильнымъ зловоннымъ запахомъ.

Е. К. въ теченіе трехъ недѣль лѣчилась въ качествѣ амбулаторной больной, при чемъ ей ежедневно тщательно промывался пузырь и рукавъ, механически (ложечкой) удалялись налеты, производились прижиганія ссадинъ *Argent. nitr.* или *T-ra jodi* и вводились въ рукавъ тампоны съ *Ol. terebinthinae*, іодоформенной мазью и проч., но все это нисколько не уменьшало налетовъ. 7 октября больная была принята въ клинику, гдѣ ей, кромѣ прежней терапіи, производились ежедневно полуванны, частыя рукавные души и назначались различныя внутреннія средства, но положеніе больной нисколько не улучшалось и налеты по прежнему продолжали существовать. Больная потеряла сонъ и аппетитъ, а главное—она начала терять надежду когда либо избавиться отъ своихъ страданій. Съ 12 ноября больной начали примѣнять постоянное орошеніе. Уже послѣ первыхъ 2—3 дней налеты начали уменьшаться и самочувствіе больной улучшилось (уменьшились боли въ области пузыря и въ рукавѣ, появился сонъ и аппетитъ etc.), а къ 24 ноября операціонное поле совершенно очистилось и ткани имѣли совершенно нормальный видъ. 26/хІ больной произведена операція зашиванія фистулы, а 10/хІІ она выписалась совершенно здоровой.

VII. (90). Анна Брех...ва, крестьянка, 40 лѣтъ, поступила въ клинику 27/хІ 93 года.

Въ дѣтствѣ кромѣ лихорадки ни чѣмъ особымъ не болѣла. Менструируетъ съ 20 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4, по 3 дня, съ небольшими болями внизу живота. Замужъ вышла 19 лѣтъ. За время своего замужества рожала 9 разъ въ срокъ и одинъ разъ абортировала на 4 мѣсяцѣ. Послѣдній разъ рожала въ іюнѣ 1893 года. Роды длились 3 сутокъ. Присутствовавшая при этихъ родахъ простая бабка пыталась ей помочь и нѣсколько разъ вводила всю руку въ вагину.

А. Б. небольшого роста, умѣренного тѣлосложенія, рахитка, мускулатура и подкожный жирный слой удовлетворительно развиты; грудные и брюшные органы нормальны. Половая щель зіяетъ вслѣдствіе надрыва промежности 1-й степени; изъ рукава безпрерывно выдѣляется моча.

Эритема наружныхъ половыхъ частей, кожи бедеръ и промежности. Стѣнки рукава сжаты; просвѣтъ рукава кверху суживается, переходя подъ конецъ въ небольшое фистулезное отверстіе, не пропускающее конца пальца и ведущее при болѣе точномъ изслѣдованіи въ мочевой пузырь. Матки *per vaginam* прощупать не удастся и только наружной рукой возможно опредѣлить едва ощутимыя контуры, отклоненной вправо отъ средней линіи, матки, при чемъ изслѣдующій палецъ долженъ сильно надавливать на конецъ слѣпаго мѣшка, которымъ оканчивается рукавъ нѣсколько выше фистулезнаго отверстія.

Съ 28-го ноября больной начали производить постоянное орошеніе черезъ пузырь растворомъ *kalii hypermangan.* 1:10000, а къ 12/xii стѣнки рукава совершенно очистились отъ налетовъ. 13/xii больной была произведена *fistulorrhaphia*, но на третій день моча начала просачиваться *per vaginam* и когда на 7-й день швы были сняты, то оказалось, что фистула заросла только отчасти и моча продолжаетъ выдѣляться по прежнему черезъ рукавъ; кромѣ того, вокругъ оставшейся фистулы появились налеты и гранулирующіе края фистулы начали импрегнироваться солями мочи. 23/xii было вновь назначено постоянное орошеніе, а 28/xii операціонное поле было настолько очищено, что возможно уже было вторично приступить къ операціи. Больная выписалась изъ клиники 17/ii 94 года вполне здоровой. Столь продолжительное пребываніе больной въ клиникѣ, послѣ второй операціи, зависѣло отъ оставшагося еще, хотя и въ слабой степени, катарра пузыря, который туго поддавался лѣченію.

VIII. (26). Прасковья Бал...ть, крестьянка 26 лѣтъ, поступила въ клинику 6-го марта 1894 года.

Въ раннемъ дѣтствѣ перенесла оспу, а въ 10 лѣтъ страдала круглыми глистами. Кромѣ только что названныхъ болѣзней ничѣмъ не страдала и всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Менструируетъ съ 20 лѣтъ всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 3 дня безъ болей. За время своего шестилѣтняго замужества рожала всего одинъ разъ, два съ половиною года тому назадъ. Роды были срочные, продолжались 7 дней и окончились силами природы рожденіемъ мертвого младенца. Въ тотъ же день больная замѣтила, что моча отдѣляется у нея произвольно *per vaginam*. Оправившись послѣ родовъ, больная обратилась за совѣтомъ къ врачу и тотъ направлялъ еѣ въ Харьковъ, но за неимѣніемъ средствъ она принуждена была отложить свое лѣченіе до настоящаго времени. Со времени заболѣванія мѣсячныя не появлялись болѣе.

П. Б. небольшого роста, умѣреннаго тѣлосложенія, анемична. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ общемалый (всѣ наружныя размѣры уменьшены на два сантиметра). Наружныя половыя части отечны и покрыты экзематозной сыпью. Передняя стѣнка рукава разрушена почти на всемъ своемъ протяженіи, отъ уретры остался только небольшой мостикъ около $\frac{1}{2}$ сантиметра шириной. *Vagina* кверху воронкообразно суживается кольцевиднымъ рубцомъ, такъ что все влагалище представляетъ плотную неподатливую воронку, проходимую только для одного пальца. Отверстіе, ведущее въ пузырь едва пропускаетъ конецъ пальца, края его толсты, мозолисты. Стѣнки *vaginae* и

слизистая оболочка пузыря покрыты сѣровато-желтымъ налетомъ. Моча щелочной реакціи, мутна, съ рѣзкимъ зловоннымъ запахомъ.

Съ 7-го марта и по день операціи 22-го больной производилось постоянное орошеніе черезъ пузырь, но уже къ 16-му налеты совершенно исчезли и ткани приобрѣли совершенно нормальный видъ. 22-го апрѣля больной произведена операція зашиванія половой щели (*episiotomies cum fistula rectovaginale artificiale*) и въ настоящее время больная чувствуетъ себя пока удовлетворительно: швы лежатъ хорошо, аппетитъ и сонъ порядочны, температура и пульсъ нормальны.

Изъ приведенныхъ только что случаевъ видно, что всѣ они почти принадлежали къ числу крайне тяжелыхъ травматическихъ поврежденій родовыхъ путей. Только въ случаяхъ I, III, IV, VI, и VII возможно было, хотя и съ большимъ трудомъ, непосредственное сшиваніе оживленныхъ краевъ фистулы, въ случаѣ же первомъ пришлось произвести *colporrhaphiam transversam*, а въ случаѣ V и VIII даже зашиваніе половой щели съ образованіемъ recto-vaginal'ной фистулы.

Подобные тяжелые случаи обыкновенно чаще всего и имѣютъ склонность осложняться налетами на слизистую оболочку мочевого пузыря и на стѣнкахъ вагины, а кромѣ того, всегда сопровождаются гнойнымъ катарромъ пузыря, иногда же осложняются и *pyelit*'ами. Налеты эти, по своему внѣшнему виду напоминающіе дифтеритическія пленки, никоимъ образомъ нельзя считать простымъ отложеніемъ мочевыхъ солей на поверхности слизистой оболочки, такъ какъ, во первыхъ, слизистая оболочка подъ этими налетами всегда оказывается изъязвленной, а во вторыхъ, сами перепонки состоятъ не изъ однихъ только солей мочи, но содержатъ также и клѣточный распадъ, гнойныя тѣльца, эпителий слизистой оболочки пузыря или рукава и безчисленное множество различныхъ микроорганизмовъ, между которыми всегда можно найти и *streptococcus pyogenes*.

Этими то свойствами налетовъ и осложненіями со стороны мочевыхъ путей и объясняется та стойкость, то упорство, съ которымъ налеты на стѣнкахъ рукава противустоятъ обыкновенному лѣченію.

Первое время въ нашей клиникѣ больнымъ производилось постоянное орошеніе рукава ⁴⁾, съ осени же 1890 года постоянное орошеніе начали производить черезъ пузырь.

⁴⁾ См. исторіи № I, II и III.

Опытъ показалъ, что орошеніе мочевого пузыря гораздо рациональнѣе и значительно быстрѣе приводитъ къ цѣли, чѣмъ орошеніе вагины. Впрочемъ, къ вопросу о томъ, чѣмъ обусловливается столь благотворное дѣйствіе постоянного орошенія черезъ мочевой пузырь, я еще возвращусь нѣсколько ниже.

Что касается техники устройства постояннаго орошенія, то въ нашей клиникѣ оно производится слѣдующимъ образомъ:

На обыкновенную желѣзную кровать кладется набитый соломой или сѣномъ матрасъ, на немъ нашивается гуттаперчевая клеенка и приблизительно въ срединѣ матраса продѣлывается отверстіе (края отверстія обшиваются тою же клеенкой) на столько большое, чтобы черезъ него можно было провести круглое маточное зеркало молочнаго стекла средней величины. Зеркало, благодаря своему раструбу, прекрасно удерживается въ матрасѣ и не проскальзываетъ черезъ отверстіе. Къ отверстию матраса образуется небольшой скатъ, такъ что зеркало помѣщается какъ бы въ углубленіи. Больная укладывается въ устроенную такимъ образомъ постель на спинѣ; ягодицы ея должны приходиться надъ отверстіемъ въ матрасѣ. У ногъ больной, на высотѣ приблизительно одного аршина надъ кроватью, вѣшается обыкновенная стеклянная кружка Эсмарха; больной вводится черезъ уретру въ мочевой пузырь женскій металлическій или обыкновенный Нелатоновскій катетеръ, который при посредствѣ дренажной трубки и крана, служащаго для урегулированія быстроты истеченія жидкости, соединяется съ трубкой идущей отъ кружки. Затѣмъ, въ кружку Эсмарха наливается какой либо слабо дезинфицирующій растворъ въ $+35^{\circ}$ — 40° по Реомюру ⁵⁾, край устанавливается такъ, чтобы жидкость вытекала очень тонкой, слабой струей, или даже только быстро слѣдующими другъ за другомъ каплями. Налитый въ кружку дезинфицирующій растворъ, попадая черезъ катетеръ въ полость мочевого пузыря, вытекаетъ обратно черезъ фистулезное отверстіе въ рукавъ, а оттуда выдѣляется наружу на матрасъ обшитый клеенкой, на которомъ лежитъ больная; съ клеенки же, черезъ вставленное въ

⁵⁾ *Примѣчаніе.* Медленно вытекающая жидкость успѣваетъ значительно охладиться, прежде чѣмъ дойдетъ до полости пузыря.

матрасъ зеркало, служащее отводной трубкой, жидкость собирается въ ведро или другой какой либо сосудъ, поставленный подъ кроватью больной. По мѣрѣ истеченія жидкости въ кружку Эсмарха подливается все новый и новый растворъ, такъ что орошеніе идетъ непрерывно.

Разъ или два въ сутки катетеръ вынимается, вымывается въ тепломъ карболовомъ растворѣ, очищается отъ приставшей къ нему слизи и вновь вводится въ пузырь. Для того, чтобы катетеръ не выскальзывалъ изъ уретры и пузыря, его или прикрѣпляютъ ниткой, идущей отъ катетера черезъ лобокъ къ поясу больной (металлическій катетеръ), или же полоской липкаго пластыря—къ внутренней поверхности верхней части бедра (Нелатоновскій катетеръ). Укрѣпленный такимъ образомъ катетеръ не выскальзываетъ даже и тогда, если больная производитъ движенія ногами: сгибаніе и разгибаніе ногъ, отведеніе и приведеніе бедеръ и проч.

Я описалъ технику производства постоянного орошенія такъ, какъ оно производится у насъ въ клиникѣ. Само собою разумѣется, что всѣ вышеописанныя приспособленія далеки отъ совершенства и тамъ, гдѣ средства позволяютъ, оно можетъ быть обставлено значительно тщательнѣе и совершеннѣе.

Постоянное орошеніе переносится больными обыкновенно очень легко: онѣ не только не жалуются на какія либо непріятности, причиняемыя торчащимъ въ уретрѣ катетеромъ, но уже спустя два три дня сами заявляютъ, что боли въ области пузыря и въ вагинѣ сдѣлались гораздо меньше, часто мучающія ихъ головныя боли и лихорадочное состояніе (послѣдствія катарровъ пузыря и мочеточниковъ) исчезли, сонъ и аппетитъ улучшились и т. п. Единственное на что онѣ жалуются первое время, это—на вынужденное положеніе и постоянное пребываніе въ постели, но и къ нему онѣ очень скоро привыкають и уже спустя нѣсколько дней обыкновенно и этого отъ нихъ не слышишь.

Впрочемъ, нѣтъ и особой надобности держать больную постоянно на спинѣ и можно ей разрѣшить лежать отъ времени до времени на боку, заложивъ между колѣнъ валикъ и подушку, для того чтобы трубка, идущая отъ кружки Эсмарха, не сжималась между бедрами больной и, такимъ образомъ,

не прерывалось орошение. Словомъ, если больная при постоянномъ орошеніи лежитъ на боку, то она должна лежать съ введенными и нѣсколько пригнутыми къ животу бедрами.

Относительно средствъ, употреблявшихся для постоянного орошенія, мною уже упомянуто въ нѣкоторыхъ изъ приведенныхъ исторій болѣзни, что таковыми служили: *Acidum boracicum*, *Acidum et Natrium salicylicum* и *Kalium hypermanganicum*. Концентрація употреблявшихся растворовъ этихъ средствъ была такова: *Acid. borac.* 2⁰/₀—4⁰/₀, *Acid. salicyl. + Natr. salicyl.* ана 1:1500 и *Kalii hypermang.* 1:10000. Изъ всѣхъ этихъ средствъ, на сколько мнѣ лично удалось замѣтить, наилучшее дѣйствіе, въ смыслѣ быстроты очищенія операціоннаго поля, оказывалъ растворъ борной кислоты. Если борная кислота у насъ и замѣнялась иногда другими средствами, то это дѣлалось не потому, чтобы мы были недовольны оказываемымъ ею дѣйствіемъ, а просто отчасти въ видахъ экономіи въ средствахъ, отчасти же въ видахъ эксперимента.

Врядъ ли есть какая либо надобность въ объясненіи причинъ того блестящаго эффекта, который даетъ намъ постоянное орошение черезъ пузырь при подготовительномъ лѣченіи больныхъ, одержимыхъ мочевыми свищами. Вся суть его, по моему мнѣнію, заключается въ томъ, что жидкость, протекая черезъ пузырь и постоянно орошая его слизистую оболочку, быстро уничтожаетъ катарръ пузыря; вытекая же изъ пузыря черезъ рукавъ, способствуетъ болѣе быстрому удаленію мочи и не позволяетъ ей долго застаиваться и разлагаться въ вагинѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ, токъ дезинфицирующей жидкости растворяетъ образовавшіеся уже раньше налеты, выноситъ успѣвшія отложиться на слизистой оболочкѣ соли мочи и способствуетъ заживленію ссадинъ.