

IV.

ИЗЪ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОТДѢЛЕНІЯ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА.

Случай излѣченія порочнаго развитія мочеиспускательнаго канала осложненнаго недержаніемъ мочи.

А. А. Драницына.

1898 г. 28/хІ, въ Клиническій Институтъ поступила дѣвочка 9 лѣтъ З. И. Т., для излѣченія отъ полнаго недержанія мочи, которымъ она страдаетъ, по заявленію родственниковъ, съ самаго рожденія. Другихъ какихъ-либо болѣзней не имѣла. На видъ больная правильно развита и имѣетъ соотвѣтствующій возрасту ростъ. При осмотрѣ же мочеполовыхъ органовъ оказываются слѣдующія отклоненія отъ нормы (см. приложенный рисунокъ): большія губы нормальной величины, но не имѣютъ соединенія въ верхней своей части. Если раздвинуть большія губы, то на внутренней сторонѣ каждой изъ нихъ, въ верхней части, находится образованіе, нѣсколько напоминающее ростокъ бобоваго сѣмени, болѣе острымъ концомъ обращенное внизъ и кнаружи. Эти образованія суть ничто иное какъ двѣ половины расщепленнаго клитора. Кнаружи и кверху отъ нихъ находится съ каждой стороны складочка кожи, которую можно принять за одну изъ половинокъ расщепленнаго *praeputium*. Нѣсколько ниже *praeputium* находится также съ обѣихъ сторонъ вторая складочка, меньшей величины, которую можно считать за *frenulum* клитора. Ниже этой послѣдней и болѣе кнаружи выступаютъ слабо развитыя малыя губы. Эти образованія расположены симметрично, такъ что, если соединить, то составляютъ какъ бы одно цѣлое.

Между малыми губами и немного ниже клитора, если соединить большія губы, находится наружное отверстіе мочеваго канала, которое представляется зияющимъ и имѣетъ круглую форму; стѣнки очень тонки; діаметръ его равняется $3\frac{1}{2}$ —4 мм.; въ просвѣтъ видна моча, поверхность которой колеблется въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній, при перемѣщеніи больной моча выливается.

Сравнивая данное отверстие съ нормальнымъ, мы находимъ слѣдующее различіе: во 1-хъ, нормальное отверстие мочеваго канала представляеть собою закрытое, вертикально поставленное, овальное отверстие, въ нашемъ же случаѣ круглое, и зіяющее во 2-хъ, стѣнки уретры, постепенно утолщаясь, вокругъ наружнаго отверстия образуютъ выступъ болѣе рѣзко выражающійся въ нижней части въ видѣ бугорка, въ нашемъ же случаѣ весьма тонкія края наружнаго отверстия прямо, безъ выступа или валика, переходятъ въ нѣжную кожицу, покрывающую наружные органы; въ 3-хъ, въ нормальномъ отверстіи видны складки, въ нашемъ случаѣ складки почти совсѣмъ отсутствуютъ.

Діаметръ наружнаго отверстия мочеиспускательнаго канала для взрослой женщины въ среднемъ равняется 5 mm., въ нашемъ случаѣ = $3\frac{1}{2}$ —4 mm.; размѣръ этотъ можно принять несоотвѣтствующимъ для 9 лѣтней дѣвочки средняго развитія. Уретра при измѣреніи зондомъ представляется очень короткой (2—3 mm.) и чрезвычайно чувствительной.

Отъ наружнаго отверстия уретры вверхъ до *mons veneris* идетъ борозда, раздѣляющая вышеупомянутые органы: малыя и большія губы, а также клиторъ съ *praeputium* и *frenulum*. При ощупываніи лоннаго соединенія находимъ незначительное вдавленіе по направленію борозды, а также и на нижнемъ краю. Ниже мочеваго отверстия идетъ поперечно, между малыми губами, мостикъ, который соединяетъ ихъ и служить задней стѣнкой уретры. Этотъ мостикъ имѣетъ видъ тонкой перепонки, тогда какъ въ нормальной уретрѣ задняя стѣнка представляется наиболѣе толстой. Ширина его около 5 mm. Ниже этого мостика находится входъ во влагалище съ кольцеобразной мало развѣтой дѣвственной плевой. Входъ во влагалище представляется зіяющимъ; чрезъ него видны *columna rugar anter. et poster.*

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло: во 1-хъ, съ такъ называемымъ расщепленнымъ клиторомъ, во 2-хъ, съ соотвѣтственнымъ раздѣненіемъ придаточныхъ частей клитора, *praeputium* и *frenulum*, а также большихъ и малыхъ губъ; въ 3-хъ, съ ненормальнымъ образованіемъ мочеваго канала, или почти отсутствіемъ его.

Въ большинствѣ случаевъ при расщепленномъ клиторѣ существуетъ порокъ развитія и уретры въ видѣ такъ называемой эписпадіи и заключающейся въ томъ, что передняя стѣнка уретры на большемъ или меньшемъ протяженіи представляется расщепленной. Такихъ случаевъ въ литературѣ описано болѣе, чѣмъ случаевъ съ нерасщепленной уретрой при расщепленномъ клиторѣ. Въ нашемъ случаѣ уретра нерасщеплена, тѣмъ не менѣе находится на лицѣ ненормальность въ строеніи ея, выражающаяся какъ бы въ отсутствіи наружнаго конца уретры, ненормальномъ видѣ просвѣта и тонкости стѣнокъ ея при симптомѣ полнаго недержанія мочи.

Наличность аномалійнаго строенія описанныхъ органовъ побуждаетъ насъ отказаться искать причины недержанія мочи въ другихъ какихъ-либо патологическихъ измѣненіяхъ, напр., со стороны нервной системы и т. п. и наоборотъ поставить этотъ симптомъ въ зависимость отъ врожденнаго несовершенства мышечнаго аппарата въ связи съ явленіемъ расщепленія.

Для наибольшаго уясненія сказаннаго приведу описаніе строенія уретры (по *Winckel*'ю ¹⁾). Слизистая оболочка, богатая эластическими волокнами, образуетъ продольныя складки. Къ субмукозѣ прилежитъ снаружи слой гладкихъ мышечныхъ волоконъ, продольныхъ и круговыхъ, которыя въ различные возрасты измѣняются въ величинѣ и связаны между собой соединительною и кавернозною тканью (*corpus spongiosum urethrae*). Dr. *Uffelmann* нашелъ кромѣ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и поперечно-полосатыя, которыя лежатъ кнаружи отъ гладкихъ и состоятъ изъ продольныхъ и поперечныхъ мостиковъ. Поперечныя лежатъ болѣе кнутри и представляютъ собою произвольный наружный сфинктеръ. Они обхватываютъ каналъ отъ пузыря до середины совершенно кругообразно, отъ середины же до *orificium* занимаютъ только переднюю часть. Этимъ можно объяснить, что даже тогда, когда существуютъ пораненія мочеиспускательнаго канала на 1½ cm. и болѣе къ *orif. extern.*, оперативнымъ соединеніемъ можно достигъ произвольнаго держанія мочи. *Люшка* говоритъ, что онъ нашелъ особенный сфинктеръ уретры и влагалища, который, обхватывая кругообразно, непосредственно за луковицами входа, шириною отъ 4—7 mm., нижній конецъ влагалища и мочевого канала, суживаетъ не только *introitus vaginae*, но и уретру, прижимая послѣднюю къ уретровлагинальной перегородкѣ. Гранича съ венозно-кавернозными сплетеніями, окружающими мочевою каналъ, онъ кзади переходитъ своимъ переднимъ концомъ въ *muscul. transvers. profundus*.

Нѣтъ никакого основанія предполагать совершенное отсутствіе описанныхъ мышцъ въ нашемъ случаѣ. Болѣе вѣроятно, то предположеніе, что запираТЕЛЬ состоитъ хотя и изъ круго-

¹⁾ Handbuch der Frauenkranh. red. Dr. *Th. Billroth* und Dr. *A. Luecke.*, Bd. III, S. 330 ect.

выхъ мышцъ, но не имѣтъ строенія непрерывнаго кольца, иначе говоря между концами какъ гладкихъ, такъ и поперечно-полосатыхъ мышцъ находится пространство занятое, такъ сказать, бездѣятельною тканью. Въ силу чего мышечныя пучки имѣютъ точки приложенія силы столь удаленными другъ отъ друга, что сокращенія ихъ не имѣютъ надлежащаго эффекта. Нужно имѣть въ виду еще и то обстоятельство, что наружныя мышцы, какъ то: *constrictor cunii* и *musc. transvers profundus*, при описываемой формѣ аномаліи, не въ состояніи оказать нормальнаго воздѣйствія въ актѣ мочевыдѣленія. Такимъ образомъ, болѣе основательнымъ представляется полагать причину недержанія мочи въ нашемъ случаѣ въ расщепленіи или недостаточномъ слитіи составныхъ частей мочевого канала въ періодѣ эмбриональнаго развитія.

Соотвѣтственно вышеизложенному было предположено оказать такое оперативное вмѣшательство, въ результатѣ котораго получилось бы соединеніе несросшихся частей мочевого канала, а также и удлиненіе его. Съ этою цѣлью было сдѣлано (18/xii 1893) освѣженіе на спайкѣ, лежащей между малыми губами и тотчасъ ниже мочевого отверстія, которое и продолжено вверхъ около 1 см. по боковымъ сторонамъ ранѣ описанной нами щели между расщепленными органами; такъ что вся фигура освѣженія имѣла видъ подковы, средняя часть которой (снизу) охватывала отверстіе мочевого канала снизу, а рога вверхъ по внутреннимъ сторонамъ щели. Наложено было два рода швовъ, какъ это дѣлается, на примѣръ, при зашиваніи прямой кишки, т. е. внутренней погружной и наружной. Операцией достигнуто слѣдующее: во 1-хъ, вышеописанный мостикъ или перепонка, составляющая заднюю стѣнку уретры, посредствомъ освѣженія и сшиванія ссужена, вмѣстѣ съ чѣмъ ссужена и уретра; во 2-хъ, короткая уретра удлинена образованіемъ канала, задней стороною котораго послужило дно бывшей щели, а передней и боковыми—сращенныя участки той же щели.

На 6-й день были сняты швы. Заживленіе *per primam intent*. Отчасти въ эти дни, а также и въ послѣдующіе наблюдалось произвольное задержаніе и періодическое выдѣленіе мочи при напряженіи брюшныхъ стѣнокъ. Вставши съ постели больная

днемъ стала совершенно удерживать мочу и испражнять ее произвольно, ночью же моча выдѣлялась произвольно; съ 4/1 94 г., т. е. чрезъ 16 дней послѣ операціи, она и ночью оставалась сухой, исключая тѣхъ случаевъ, когда на ночь выпьетъ обильное количество чаю. Въ такомъ состояніи больная была выписана изъ Института. Послѣ я получилъ увѣдомленіе, что дѣвочка произвольно выдѣляетъ мочу только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда заиграется.

Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о примѣненіи описаннаго способа лѣченія недостаточности уретры, приобретенной или врожденной. *B. S. Schultze* на Римскомъ Конгрессѣ текущаго года сообщилъ, что онъ у одной 45-лѣтней женщины, имѣвшей кромѣ небольшой фистулы еще *laceratio* задней стѣнки уретры, такъ что передняя была видна приблизительно на 1 cm., сдѣлалъ, подобно нами описанному, подковообразное освѣженіе, которымъ захватилъ шейку мочевого пузыря, а также края разрыва и фистулы. Освѣженные мѣста были соединены однимъ этажемъ швовъ. Получилось полное держаніе мочи, послѣ того какъ больная 20 лѣтъ страдала недержаніемъ и лѣчилась у многихъ знаменитыхъ операторовъ-гинекологовъ. Въ данномъ случаѣ онъ имѣлъ въ виду не только соединить разорванную часть уретры, но и ссудить шейку мочевого пузыря.

Независимо отъ *Schultze* подобный способъ былъ примѣненъ *Д. О. Оттомъ* еще ранѣе въ случаѣ полного разрушенія уретры у женщины, во время родового акта. Не считаю нужнымъ подробно излагать этотъ случай, такъ какъ *Д. О. Оттъ* еще въ прошломъ академическомъ году доложилъ Гинекологическому Обществу объ этой операціи и о вполне удовлетворительныхъ результатахъ ея; сама больная была демонстрирована Обществу ²⁾. Мой случай доказываетъ полную пригодность метода при врожденномъ недержаніи мочи.

Такое единовременное, у насъ и заграницей, но не зависящее одно отъ другого, (въ чемъ легко убѣдиться сопоста-

²⁾ Методъ описанъ въ отдѣльной статьѣ подъ заглавіемъ: „Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала“. Ж. Ак. и Ж. бол., 1894, № 6.

влєніємъ чиселъ операцій у насъ и публікаціи *Schultze*), народженіе метода лѣченія недержанія мочи, оказавшаго такіе утѣшительные результаты, вполне заслуживаетъ вниманія товарищей; эту цѣль я и имѣлъ въ виду при своемъ сегодняшнемъ сообщеніи.

