

II.

Лѣченіе пузырно-шеечныхъ свищей путемъ отдѣленія мочевого пузыря отъ шейки матки, и преимущество этого способа сравнительно съ другими методами, примѣняемыми со стороны влагалища *).

А. А. Драницына.

(Изъ клиники проф. Д. О. Отта при Императорскомъ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны).

Начало рациональному оперативному лѣченію vesico-cervical'ныхъ фистулъ со стороны влагалища было положено французскимъ хирургомъ *Jobert*'омъ (de Lamballe). Въ 1849 году для излеченія подобной фистулы *Jobert* примѣнилъ слѣдующій способъ: низведя шейку, онъ сдѣлалъ боковое разсѣченіе ея съ правой и лѣвой сторонъ и, образовавъ такимъ образомъ значительной величины выворотъ, достигъ того, что фистула стала легко доступной со стороны цервикальнаго канала; затѣмъ воронко-образно освѣжилъ ея края и наложилъ швы, захватывая общими лигатурами ткань шейки и пузыря. Послѣ удаленія швовъ свищъ оказался вполне зажившимъ. Къ сожалѣнію слѣдующіе его случаи не были благопріятны для такой операціи и онъ употреблялъ другой способъ—*hysserocleisis*, т. е. сшивание наглухо передней и задней губъ шейки послѣ предварительнаго освѣженія кругомъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала. Такимъ образомъ *Jobert* ¹⁾ предложилъ двѣ операціи для из-

*) Докладъ въ С.-Петербургскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ въ засѣданіи 1-го Мая 1897 г.

¹⁾ а) *Jobert*. Traité des fistules vesiro-utérines . . . 1852. б) *Gaz. d. hôp.* 1853. 19/7; 20/8.

лечения шеечно-пузырныхъ свищей, изъ коихъ послѣдняя, съ точки зрѣнія современной гинекологіи, совершенно не отвѣчаетъ цѣли, которая преслѣдуется при производствѣ каждой пластической операціи—именно возстановленіе прежде бывшихъ нормальныхъ анатомическихъ отношеній. Она не излечиваетъ фистулы, а лишь устраняетъ недержаніе мочи путемъ искусственнаго созданія еще болѣшихъ ненормальностей въ анатомическомъ смыслѣ. Значеніе ея такое же, какъ и colprocleisis'a или episioleisis'a; словомъ, это есть мѣра, которая можетъ имѣть мѣсто только какъ ultimum refugium для избавленія больной отъ тягостнаго симптома. Говоря вообще относительно этихъ операцій, нужно замѣтить, что при ихъ примѣненіи наблюдались и такіе случаи, когда, вслѣдствіе созданія ненормальныхъ путей для выведенія продуктовъ жизни организма и его отдѣленій, причинялись больнымъ столь серьезныя заболѣванія, что ставили въ необходимость нарушать уже сдѣланную операцію и слѣдовательно возвращаться къ прежнему болѣзненному состоянію, какъ наименьшему злу. Что-же касается перваго способа, по которому *Jobert* оперировалъ, въ 1849 г., то онъ вполне справедливо можетъ быть причисленъ къ пластическимъ операціямъ, цѣль которыхъ составляетъ restitutio ad integrum; и поэтому можно было-бы ожидать, что именно этотъ методъ получитъ наибольшее распространеніе. Однакожъ на дѣлѣ оказалось иное. Изъ собраннаго *Neugebauer'*омъ ²⁾ казуистическаго матеріала видно, что на 22 случая metrocleisis, сдѣланныхъ съ 1849 г. до 1869 г., закрытіе фистулы со стороны цервикальнаго канала было примѣнено только 4 раза. Хотя и трудно отыскать причину, почему именно hysterocleisis получилъ наибольшее практическое примѣненіе, а не пластическій способъ, однакожъ нужно думать, что немаловажное значеніе при этомъ имѣли два обстоятельства: съ одной стороны трудность производства и неувѣренность, при тогдашнемъ состояніи асептики, въ исходѣ пластической операціи, какъ болѣе сложной, т. е. такой операціи, при которой требуется разсѣченіе шейки съ возможными послѣдствіями, каковы: пораненіе мочеточниковъ, кровотеченіе, вскрытіе сводовъ и т. под.;

²⁾ *Neugebauer*. Archiv. f. Gynäk. Bd. XXXIII, XXXIV, XXXV.

а съ другой—легкость производства hysterocleisis'a и полная безопасность какъ самой операціи, такъ и послѣоперационнаго теченія. Но едва-ли не самую главную причину составляло недостаточно укоренившееся представленіе о цѣли и способахъ лѣченія такихъ заболѣваній, которыя сопряжены съ нарушеніемъ цѣлости органа. Для насъ, въ настоящее время, благодаря трудамъ и даже неудачамъ тѣхъ же нашихъ предшественниковъ, сдѣлалось аксіомой, что задача лѣченія подобныхъ разбираемому нами заболѣваній состоитъ не въ томъ, чтобы устранить тотъ или иной симптомъ, а возратить заболѣвшему органу его нормальное состояніе, чего въ нашемъ дѣлѣ можно достигнуть только путемъ соединенія самихъ разъединенныхъ частей. По мѣрѣ уясненія и распространенія этого принципа количество случаевъ пластики, значительно увеличилось какъ это видно при той-же статистики *Neugebauer*'а, которая показываетъ, что съ 1870 г. по 1888 на 22 случая metrocleisis было сдѣлано 47 операцій прямого закрытія фистуль. Съ этого времени и начинается поворотъ въ пользу непосредственнаго зашиванія или пластического способа леченія свищей.

Первыя попытки о этомъ направленіи были сдѣланы надъ такими фистулами, которые были расположены близко къ наружному отверстию шеечнаго канала и не требовали поэтому бокового разѣченія шейки, а лишь освѣженія краевъ и наложенія швовъ. Оперативное лѣченіе такого рода свищей представляетъ гораздо меньше техническихъ трудностей, чѣмъ лѣченіе высоколежащихъ; къ сожалѣнію нужно отмѣтить при этомъ тотъ фактъ, что первыя встрѣчаются значительно рѣже, чѣмъ вторыя. Такъ *Simon* ³⁾ только одинъ разъ оперировалъ при такихъ условіяхъ; *Spiegelberg* ⁴⁾ изъ семи случаевъ пузырно-шеечныхъ фистуль имѣлъ также только одну низколежащую, а всѣ остальные представлялись высоколежащими. Зашиваніе этихъ послѣднихъ стало входить въ практику гораздо позднѣе, а именно послѣ того, какъ *Kaltenbach* ⁵⁾ спустя уже болѣе 25 лѣтъ послѣ *Jobert*'а, первый примѣнилъ его способъ пла-

³⁾ *Simon*. Deutsch. Klinik 1856, № 31. Cit. Heg.-Kaltb. Operat. Gynäk., 1897, p. 731.

⁴⁾ *Hegar-Kaltenbach*. Operat. Gynäkologie, 1897, p. 731.

⁵⁾ *Kaltenbach*. Berl. Klin. Wochenschr., 1876, № 6.

стики въ полномъ объемѣ. За *Kaltenbach*'омъ послѣдовали: *Martin* ⁶⁾, *Müller* ⁷⁾, *Lossen* ⁸⁾ и др. послѣ чего этотъ методъ получилъ полное право гражданства.

Точныхъ статистическихъ данныхъ относительно результатовъ этой операціи, насколько мнѣ извѣстно, — нѣтъ. Но можно полагать, что число фистулораженій, не выполнимыхъ по этому способу, равняется по меньшей мѣрѣ 20⁰%. (*Herff* ⁹⁾). Уже *Kaltenbach* и другіе нерѣдко наблюдали отрицательные результаты и причинами неудачъ считали: во 1-хъ, высокое положеніе фистулы; во 2-хъ, легкую разрываемость ткани шейки; въ 3-хъ, неподатливость тканей, окружающихъ фистулу вслѣдствіе рубцового перерожденія; въ 4-хъ, величину фистулы; въ 5-хъ, поперечное расположеніе ея со значительнымъ отклоненіемъ въ сторону и, въ 6-хъ, частое прорѣзываніе и нагноеніе швовъ. Кромѣ того во время производства самой операціи могутъ быть слѣдующія отмѣчаемыя нѣкоторыми авторами неблагоприятныя осложненія: кровотеченіе какъ при боковомъ сѣченіи шейки, такъ и при освѣженіи краевъ, пораненіе мечеточниковъ и вскрытіе боковыхъ сводовъ въ случаѣ большой поперечно-расположенной фистулы и при томъ ближе къ тому или другому краю влагалищной части матки. Вскрытіе сводовъ оказывалось неблагоприятнымъ особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда при не удачномъ исходѣ операціи, образовывались затеки мочи въ клетчатку и даже въ полость брюшины. Попытки устранить недостатки этого метода повели къ нѣкоторымъ видоизмѣненіямъ его, которыя касались главнымъ образомъ только способа разсѣченія шейки. Такъ, *Saenger* при боковыхъ фистулахъ производилъ на шейкѣ одинъ разрѣзъ сбоку съ послѣдовательнымъ обкалываніемъ его, а другой — по другому краю фистулы такъ, чтобы онъ лишь касался ея, затѣмъ освѣжалъ края и зашивалъ общими лигатурами какъ шейку, такъ и пузырь, т. е. по способу обыкновенной *trachelorrhaphi*'и. *Neugebauer* разсѣкалъ шейку медианно такимъ образомъ, чтобы фистула пришлась въ средину раны; затѣмъ производилъ освѣженіе краевъ ея и за-

⁶⁾ *Martin*. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1879, IV, p. 321.

⁷⁾ *Müller*. Berl. Klin. Wochenschr., 1879, № 41.

⁸⁾ *Lossen*. Deutsche Zeitschr. f. klin. Chirurgie, Bd. XI, Heft 1, 2.

⁹⁾ *v. Herff*. *Otto*. Zur. Behandlung der Blasengebärmutterfisteln. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1891, Bd. 22, p. 1.

шиваніе какъ при операціи *Emmet's*, захватывая въ шовъ вмѣстѣ съ тканью шейки и стѣнки пузыря. Результаты при подобныхъ видоизмѣненіяхъ мало чѣмъ отличались отъ результатовъ послѣ типической операціи. Въ итогѣ большинство авторовъ согласны въ томъ, что этотъ оперативный приѣмъ можетъ быть съ успѣхомъ примѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются фистулы: во первыхъ,—небольшихъ размѣровъ; во вторыхъ,—расположенныя не очень высоко; въ третьихъ,—незадаются особенно въ тотъ или другой бокъ; и въ четвертыхъ,—не представляютъ большей извилистости въ своемъ ходѣ. Чѣмъ меньше шейка травмирована и чѣмъ меньше рубцового измѣненія ткани въ окружности фистулы, тѣмъ больше шансовъ на благопріятный исходъ.

Резюмируя все сказанное, мы должны придти къ выводу, что методъ *Jobert-Kaltenbach's* представляетъ собой значительный прогрессъ въ дѣлѣ лѣченія фистулъ, при чемъ особенное значеніе имѣетъ проведеніе въ практику идеи достигать излѣченія возстановленіемъ нормальныхъ анатомическихъ отношеній, т. е. пластическимъ способомъ; но, несмотря однакожъ на вышеуказанное достоинство, область, въ которой можетъ-быть примѣненъ этотъ способъ, ограничена условіями, вслѣдствіе которыхъ большой 0/0 фистулъ остается неизлѣчимымъ по этому методу. Въ настоящее время такіе результаты насъ удовлетворить не могутъ, и слѣдуетъ признать совершенно справедливой мысль, которую высказываетъ *Herff*¹⁰⁾, что «безъ сомнѣнія нуженъ новый методъ который-бы, не подвергая женщину опасности, залечивалъ фистулу и въ тоже время не мѣшалъ-бы половымъ отправленіямъ».

Сравнительно недавно сталъ примѣняться новый способъ лѣченія разсматриваемыхъ нами фистулъ; но прежде, чѣмъ изложить его сущность, я останавлиюсь на рѣшеніи вопроса, почему методъ *Jobert-Kaltenbach's* въ извѣстномъ 0/0 оказался недостигающимъ цѣли. По моему мнѣнію причина неудачныхъ исходовъ заключается въ томъ, что, *этотъ методъ, говоря вообще, самъ въ себя заключаетъ такія условія, при которыхъ нѣтъ возможности строго провести тѣ принципы и*

¹⁰⁾ v. *Herff Otto*. Zur Behandlung. d. Blasengebärmutterfisteln. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 1891. Bd. XXII p. 2.

приемы, которые выработаны и которые обеспечивают успехъ при пластическихъ операціяхъ. Для большаго удобства я разберу въ короткихъ словахъ каждый моментъ операціи отдѣльно и постараюсь указать въ чемъ заключаются неблагоприятныя условія.

Первый моментъ операціи, какъ извѣстно, состоитъ о томъ, что къ фистулѣ пролагается доступъ со стороны цервикальнаго канала посредствомъ бокового разсѣченія шейки. Я полагаю, что при существованіи фистулы область шеечнаго канала нельзя признать асептической, въ тоже время дезинфекція его затруднительна вслѣдствіе, во первыхъ, возможнаго попаданія дезинфицирующей жидкости въ пузырь, а во вторыхъ, вслѣдствіе существованія въ немъ большого количества складокъ; далѣе извѣстно, что лигатуры, наложенныя на слизистыя оболочки, особенно покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ, быстро и легко прорѣзываютъ. Вотъ почему, мнѣ кажется, нерационально проводить швы со стороны шеечнаго канала. И дѣйствительно на практикѣ наблюдалось частое нагноеніе и прорѣзываніи швовъ, о чемъ у насъ было говорено выше. Какъ на менѣе существенное неудобство можно указать на кровотеченіе изъ разрѣзовъ шейки, которая заслоняетъ поле операціи и затрудняетъ освѣженіе и прилаживаніе краевъ свища.

Второй моментъ заключается въ томъ, что воронкообразно дѣлается освѣженіе фистулы, причемъ представляются хорошо доступными зрѣнію края только шеечной ея части; окружность же собственно пузырьной части не всегда видна; извилистость хода несомнѣнно оказываетъ еще большее затрудненіе въ этомъ отношеніи. При такихъ условіяхъ является весьма важнымъ вопросъ: производить-ли освѣженіе краевъ и на слизистой оболочкѣ пузыря, или ограничиться только маточной тканью и клѣтчаткой, или даже только одной маточной? При освѣженіи фистулы на всемъ ея протяженіи не исключается возможность не только не совершеннаго освѣженія, но даже и пораненія здоровыхъ частей пузыря, въ томъ числѣ и мочеточниковъ, особенно если фистула расположена высоко и больше къ тому или другому боку шейки. Вотъ почему чаще края фистулы въ области пузыря оставляются неосвѣженными.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, быть можетъ, меньше риска при производствѣ самой операціи, но несомнѣнно также и то, что рубцы недадутъ хорошаго соединенія, а слѣдовательно и надежды на заживленіе такъ-же будетъ меньше, неговоря уже о томъ, что соединеніе только шеечной части фистулы бывало причиной инфильтраціи мочей межуточной клѣтчатки. Кромѣ того представляется сомнительнымъ, чтобы при обширномъ рубцовомъ перерожденіи возможно было при этомъ способѣ въ совершенствѣ удалить всю рубцовую ткань даже въ области шейки и клѣтчатки, а это въ свою очередь ведетъ, какъ учитъ насъ опытъ, къ большому натяженію ткани и прорѣзыванію швовъ, что и отмѣчается почти всѣми авторами.

Въ третьемъ моментѣ—наложеніи швовъ—существуютъ тѣже затрудненія, что и во второмъ, а именно можетъ случиться, что операторъ, проводя иглу въ глубинѣ кратера, окажется не въ состояніи провести лигатуры такъ, чтобы они легли правильно и чтобы края слизистой сошлись въ совершенствѣ, при чемъ лигатуры, проходя въ толщѣ, не проникали бы чрезъ слизистую въ пузырь. Словомъ во второмъ и третьемъ моментахъ недоступность для зрѣнія и стѣсненіе въ манипуляціяхъ составляютъ главные препятствія для приложенія принциповъ пластинки.

Четвертый моментъ долженъ состоять въ дальнѣйшемъ уходѣ за разрѣзанной шейкой: она или зашивается, или оставляется незащитой. Въ послѣднемъ случаѣ для устраненія самопроизвольнаго сращенія разрѣзы обкалываются такъ, что наружная оболочка шейки соединяется со слизистой канала. При такомъ зіяніи губъ сохраняется возможность наблюденія за швами и снятия ихъ, хотя это также соединено съ значительною трудностью. Если же шейка восстанавливается, снятіе швовъ становится совершенно невозможнымъ, такъ что они должны отпадать сами собой, прогнавываясь и прорѣзывая ткань. Это въ особенности относится къ швамъ изъ шелка или другого подобнаго матеріала, тогда какъ для серебряной проволоки существуютъ особые ножницы, которыя впрочемъ только отчасти облегчаютъ снятіе. Въ виду этого большинствомъ практикуется пріемъ—оставлять шейку разрѣзанной съ вышеупомянутыми обколами для предупрежденія самостоятельнаго сра-

щенія. *Benckiser*'у ¹¹⁾ однакожь удалось подмѣтить, что при значительномъ зіяніи губъ разорванной шейки положеніе мочевого пузыря и фистулы измѣняется до такой степени, что изъ болѣе или менѣе продольнаго получается почти поперечное расположеніе свища. Такимъ образомъ нужно предполагать, что послѣ зашиванія постепенное измѣненіе въ положеніи фистулы будетъ въ свою очередь неблагоприятно отзываться на швахъ и соединенныхъ краяхъ, если допустить образованіе искусственнаго выворота шейки. Изъ этого видно, что оставлять разрѣзы незащитными приѣмъ также нежелательный.

Перечисленные отрицательныя стороны способа *Jobert-Kaltenbach*'а не имѣютъ мѣста въ другомъ методѣ, который поэтому, какъ можно думать уже а priori, дастъ лучшіе результаты, чѣмъ первый. Покрайней мѣрѣ до сихъ поръ онъ примѣнялся даже въ трудныхъ случаяхъ всегда съ успѣхомъ. Вѣроятно этотъ новый методъ сохранить за собой названіе метода *Follet-Schampneys*'я, такъ какъ *Follet* положилъ начало рожденію его, а *Schampneys* развилъ до того вида, въ какомъ онъ существуетъ въ настоящее время, и къ которому до сихъ поръ не прибавлено ничего новаго.

Follet ¹²⁾ пришла мысль подойти къ фистулѣ не со стороны цервикальнаго канала, а съ передней стороны шейки. Для этого онъ сдѣлалъ поперечный разрѣзъ на границѣ прикрѣпленія пузыря къ шейкѣ, какъ это дѣлается теперь при передней colpotom'ии; затѣмъ по клѣтчаткѣ отсепаровалъ стѣнку пузыря не только въ области расположенія фистулы, но и выше ея. Теперь, если оттянуть верхній край разрѣза вверхъ, а нижній внизъ, то получится ромбъ или фигура освѣженія, схожая съ той, какую дѣлаютъ при colporrhaphi'и anterior. Въ верхней половинѣ этого ромба находится свищъ,—идушій въ пузырь, а въ нижней—идушій въ шейку. Такимъ образомъ весь свищевой ходъ раздѣленъ на двѣ части, и изъ одной пузырно-шеечной фистулы образовались двѣ болѣе простыя: одна обыкновенная пузырно-влагалищная, расположенная у мѣста прикрѣп-

¹¹⁾ *A. Benckiser*.—Ueber directe Naht d. Vesico uterinfist. nach Abtrennung d. Blasenwand. Zeitschr. f. geb. u. gynäk. Bd. XXV. 1893. p. 162.

¹²⁾ *Follet*. Arch. de tocol. 1886, p. 759.

Тоже, Bulletin de la Société de Chirurgie. 1886. p. 588.

ленія пузыря къ шейкѣ, а другая шеечно-влагалищная. Очевидно, вмѣстѣ съ такимъ раздѣленіемъ техника операціи существенно облегчилась. Теперь оператору предоставляется дѣйствовать по выбору, сообразно съ обстоятельствами: во первыхъ, если вся рана представляется небольшого размѣра, то можно по освѣженіи краевъ той и другой фистулы зашить наглухо вмѣстѣ со стѣнкой пузыря и стѣнку влагалища, какъ при обыкновенной пузырно-влагалищной фистулѣ, или все равно наложить швы такъ, какъ при передней кольпорафіи, при чемъ швы лягутъ въ поперечномъ размѣрѣ; во вторыхъ, если рана велика, то можно зашить только стѣнку пузыря и шейки, предварительно освѣживъ свищевые края, дефектъ же собственно влагалищной слизистой оболочки оставить открытымъ. Этотъ послѣдній способъ примѣнимъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалищная оболочка рубцово измѣнена, и слѣдовательно когда получается большое натяженіе при соединеніи краевъ. Въ томъ и другомъ случаѣ швы легко могутъ быть сняты, что представляетъ также немаловажную выгоду если не желаютъ оставлять швы à demeure. Я не буду излагать случая, оперированнаго *Follet*, такъ какъ мнѣ пришлось бы повторять уже сказанное и укажу лишь на нѣкоторые его особенности. А именно, онъ ограничился закрытіемъ только пузырнаго дефекта четырьмя Лембертовскими швами, безъ освѣженія краевъ фистулы, влагалищную же рану оставилъ открытой, которая и зарубцевалась спустя мѣсяцъ. Швы были сняты на 12 день. Выздоровленіе съ временнымъ недержаніемъ мочи вслѣдствіе расширенія мочевого канала, такъ какъ *Follet*, опасаясь разорвать пузырь при его отдѣленіи отъ шейки, предварительно расширилъ мочевой каналъ до 22 mm. посредствомъ диллятора *Delbeau*, и затѣмъ подъ контролемъ пальца, введеннаго въ расширенный каналъ, произвелъ отсепаровку его отъ матки.

Wölfler ¹³⁾ также посредствомъ отдѣленія пузыря оперировалъ пузырно-шеечную фистулу, осложненную пузырно-влагалищнымъ свищемъ; иначе сказать — онъ имѣлъ пузырно-шеечную-влагалищную фистулу, и поступилъ слѣдующимъ образомъ: безъ предварительнаго поперечнаго разрѣза на мѣстѣ прикрѣпленія свода по шейкѣ онъ, начавъ съ расщепленія

¹³⁾ Цитир. *Herff*. Zur Behandlung d. Blasen gebärmutter fisteln. p. 5—6.

краевъ пузырьно-влагалищнаго отверстія, отсепарывалъ тупымъ способомъ пузырь отъ прилежащихъ къ нему влагалищной стѣнки и шейки матки; затѣмъ на изолированномъ со всѣми своими дефектами пузырь закрытъ оба отверстія швами, расположенными въ стѣнкѣ пузыря и соединительно-тканномъ слоѣ въ нѣсколько этажей, безъ освѣженія краевъ фистулъ. Всего наложено было 16 шелковыхъ швовъ, которые впоследствии были удалены. Wölfler совѣтуетъ для глубокихъ швовъ употреблять cat-gut, такъ какъ въ его случаѣ нѣкоторые глубоки лежавшія шелковыя лигатуры съ трудомъ были удалены и инкрустировались, не смотря на то, что были наложены не проникая чрезъ слизистую пузыря. Подобно тому, какъ у Follet края дефекта влагалищной стѣнки соединены не были. Выздоровленіе. Разница съ тѣмъ, какъ оперировалъ Follet заключается въ томъ, что Wölfler не дѣлалъ поперечнаго разрѣза на мѣстѣ прикрѣпленія свода къ шейкѣ, а сдѣлалъ простое расщепленіе, какъ при влагалищной фистулѣ, и затѣмъ наложилъ лигатуры въ нѣсколько этажей.

Желая подробнѣе представить въ своемъ докладѣ развитіе излагаемаго мною метода, я долженъ перейти теперь, соблюдая порядокъ постепенности, къ тѣмъ случаямъ, леченіе которыхъ представляетъ шагъ впередъ сравнительно съ приѣмомъ *Follet* и *Wölfler*'а, и прежде всего указать на *Herff*'а, образъ дѣйствія котораго представляетъ собою дальнѣйшее развитіе способа *Follet*. Излагая этотъ послѣдній, мы указали, что, если послѣ поперечнаго разсѣченія и отсепаровки пузыря верхній лоскутъ оттянуть вверхъ, а нижній внизъ, получится картина фигуры освѣженія, которую мы примѣняемъ при *colporrhaphia anterior*; для зашиванія фистулъ, расположенныхъ въ этомъ ромбѣ, слѣдуетъ только освѣжить края какъ дефекта пузыря, такъ и шейки и наложить лигатуры по общимъ правиламъ *fistolorrhaph'ii* или *colporrhaph'ii ant.* безъ захватыванія въ шовъ эпителиальнаго слоя слизистаго пузыря, располагая ихъ въ поперечномъ направленіи. Именно такимъ образомъ и поступилъ *Herff*¹⁴⁾ въ своемъ случаѣ, который, правда, былъ осложненъ *fistula laqueatica cervicis uteri anter.* но суть дѣла остается

¹⁴⁾ v. *Herff*.—Zur Behandl. d. Blasengebärmutterfisteln. Zeitschr. Bd. XXII. p. 9.

той же самой. Случай слѣдующій. Больная 44 л., средняго сложенія, съ ясными признаками рахита; 6 разъ рожала самопроизвольно; въ 7-е роды, восемь лѣтъ тому назадъ, при поперечномъ положеніи, былъ сдѣланъ поворотъ безъ извлеченія; въ такомъ положеніи роженица оставалась долгое время; послѣ родовъ—заболѣваніе и на восьмой день—отхожденіе мочи чрезъ влагалище во всякомъ положеніи больной, хотя часть ея могла быть еще и произвольно выпущена. Женицина послѣ этого была беременна еще два раза, но беременность прерывалась на 6 и 8 мѣсяцѣ. Изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты. Въ окружности *vulvae*—экзема и *intertrigo*, значительный разрывъ промежности, влагалище короткое и сверху суженное по причинѣ рубцовъ и старческаго измѣненія.

Влагалищная слизистая оболочка воспалена и припухша, умѣренно утолщена. Влагалищная часть неправильно—конической формы; изъ поперечно расщепленного наружнаго отверстія вытекаетъ моча. Отъ шейки къ лѣвому своду идетъ перетяжка, подъ которую легко можно подвести палецъ. На передней поверхности шейки, именно въ томъ мѣстѣ, гдѣ она переходитъ въ сводъ, находится отверстіе, ведущее въ шеечный каналъ, непроходимый для пальца. Только послѣ продолжительнаго изслѣдованія удалось изъ цервикальнаго канала проникнуть зондомъ въ другое отверстіе, лежащее выше—вправо и ведущее въ мочевой пузырь. Значить въ этомъ случаѣ дѣло идетъ о *fistula vesico-uterina profunda* и *fistula laqueatica cervicis uteri anter.* Обѣ вызваны трудными родами при общесуженномъ рахитическомъ тазѣ.

Теченіе операціи слѣдующее. Медіанно было сдѣлано разсѣченіе шейки до *fistula laqueatica*, при чемъ оказалось, что доступъ къ лежащей далѣе вверхъ и вправо шеечно-пузырной фистулѣ былъ невозможенъ вслѣдствіе того, что она находилась въ рубцевидномъ углубленіи. Это обстоятельство, равно какъ и то, что стѣнка пузыря была на порядочномъ разстояніи измѣнена рубцовой и утончена заставило *Herff* а непродолжать дальшее срединнаго разсѣченія шейки, а перейти къ отдѣленію пузыря послѣ поперечнаго надрѣза свода на мѣстѣ его прикрѣпленія къ шейкѣ длиной около 2,5 сант. Послѣ того, какъ пузырь былъ отдѣленъ, причемъ къ пузырной

стѣнокъ былъ прихваченъ слой маточной ткани, срединный разрѣзъ на шейкѣ былъ продолженъ выше, и оба отверстия *servix*'а были совершенно вылучены. Передній край поперечнаго разрѣза на шейкѣ инструментомъ былъ сильно оттянутъ вверхъ и впередъ, края-же произведеннаго разрѣза шейки—внизъ и въ стороны. Потомъ произведено было освѣженіе краевъ мочевої фистулы, діаметръ которой равнялся 8 mm., и затѣмъ приступлено къ наложенію швовъ. Прежде всего была зашита шейка двумя рядами швовъ, со стороны цервикальнаго канала и со стороны влагалища, ввиду сильнаго натяженія въ ранѣ по случаю широкаго освѣженія обоихъ шеечныхъ отверстій. Затѣмъ была зашита фистула мочевого пузыря и дефектъ влагалищной оболочки общими лигатурами въ одинъ этажъ какъ при *colporrhaphy* *ante*. Края всей раны были соединены слѣдовательно въ продольномъ направленіи, а швы наложены въ поперечномъ, при чемъ они проведены вплотную подъ поверхностью слизистой оболочки пузыря. Вездѣ употреблялась серебряная проволока, которую однакожъ въ будущемъ авторъ намѣренъ замѣнить шелкомъ; кромѣ того въ глубинѣ раны, чтобы избѣжать сумковидныхъ образований, было наложено два наружныхъ шва изъ *cat-gut*, и изъ него же 4 поверхностныхъ шва между серебряными. На другой день марля удалена по случаю наступленія мѣсячныхъ, по окончаніи которыхъ было вторично промыто влагалище сулемой. Катетера *à demeure* поставлено не было. Послѣдніе швы были сняты на 14 день; гладкое заживленіе; проба съ растворомъ *Ruostanin*'а ¹⁵⁾ показала полное закрытіе фистулы.

Какъ видно изъ описанія операція была начата по способу *Neugebauer*'а, а кончена по *Follet*, къ которому было присоединено зашиваніе раны влагалищной слизистой оболочки. *Herff* полагаетъ, что оставлять влагалищную рану открытой нераціонально, во первыхъ, потому, что при этомъ возможна вторичная инфекция, а во вторыхъ потому, что заживленіе посредствомъ вторичнаго натяженія слишкомъ продолжительно. Между тѣмъ и дѣйствія *Schampneys*'я внушаютъ нѣкоторыя, какъ кажется ему, не совсѣмъ лишенныя основанія, сомнѣнія. По его мнѣнію

¹⁵⁾ *Herf* совѣтуетъ замѣнить молоко руостаниномъ, какъ жидкостью не только не содержащую микроорганизмовъ, но и дезинфицирующей.

слѣдуетъ опасаться, что, какъ при первичномъ (что на самомъ дѣлѣ и наблюдалось у *Schampneys*'я), такъ и вторичномъ неполномъ закрытіи дефекта пузыря, можетъ произойти инфильтрація клѣтчатки мочей и перейти и на близъ находящуюся брюшину. Это тѣмъ болѣе возможно что при наложеніи поперечныхъ швовъ не всегда удастся проводить лигатуры чрезъ все дно раны и произвести полное соединеніе отсепарованнаго лоскута съ прежнимъ его основаніемъ. Недостатокъ опущенныхъ швовъ *Herff* видитъ въ томъ, что они могутъ инкрустироваться, какъ у *Wölfler*'а. Вообще же, по его мнѣнію, при неудачѣ *Sampneys*'евского способа кромѣ открытія вновь шеечно-пузырнаго свища можетъ угрожать осложненіе, заключающееся въ образованіи еще и пузырно-влагалищной фистулы. Вслѣдствіе всѣхъ этихъ соображеній авторъ видитъ преимущество своего способа сравнительно съ другими.

A. Benckiser ¹⁶⁾, будучи убѣжденъ въ томъ, что самымъ надежнымъ оперативнымъ способомъ является тотъ, при которомъ пузырь отдѣляется отъ матки, описываетъ три случая шеечно-пузырныхъ свищей, оперированныхъ имъ по этому способу. Эти случаи достойны вниманія какъ по нѣкоторымъ особенностямъ примѣненнаго метода, такъ и по величинѣ и осложненію фистулъ разрывомъ шейки матки, почему я и рѣшаюсь остановиться на нихъ.

Случай 1-й. Больная 31 года, съ узкимъ тазомъ. Первые роды—щипцы, вторые и третьи—поворотъ, четвертые—щипцы. Всѣ дѣти здоровы. Послѣ послѣднихъ родовъ, полгода тому назадъ, сразу получилось непроизвольное отдѣленіе мочи. При изслѣдованіи найдено: шейка толста, отклонена назадъ и влѣво и представляетъ большой зияющій разрывъ, идущій впередъ и вправо. Если по разрыву вести палецъ въ глубь, т. е. къ полости матки, то онъ свободно можетъ проникнуть въ мочевой пузырь чрезъ фистулу, которая почти поперечно окружаетъ разрывъ на шейкѣ и имѣетъ полулунную форму, представляя дефектъ мочевого пузыря величиной въ 4½ см.! Въ виду того, что непроизвольное отдѣленіе мочи наступило тотчасъ послѣ родовъ, *Benckiser* полагаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ разрывомъ шейки, перешедшимъ съ нея на пузырь и причиненнымъ наложеніемъ щипцовъ. Онъ рѣшилъ сначала отдѣльно зашить шейку по *Emmet*'у, а потомъ и фистулу. Для этого на передней поверх-

¹⁶⁾ Dr. A. Benckiser. Ueber die directe Naht d. Vesico-Uterinfisteln nach Abtrennung d. Blasenwand. Zeitschr. Bd. XXV p. 155.

ности *portionis vaginalis*, именно на границѣ прикрѣпленія свода, былъ проведенъ, слегка изогнутый разрьзъ въ 5 см. длины, несовѣтъ посреднѣ, а болѣе вправо и вверхъ такъ, чтобы онъ какъ разъ пришелся между разрывомъ шейки и фистулой, параллельно длиннику послѣдней; послѣ чего былъ отсепарованъ моче-вой пузырь отъ матки на $\frac{3}{4}$ см. выше дефекта шейки и пузыря. На отдѣленной шейкѣ освѣжены края разрыва и, вслѣдствіе большого напряженія зияющихъ половинъ шейки, соединены лига-турами въ три этажа. Края слизистой—кѣтъ-гутовыми, а стѣнки—глубокими и поверхностными шелковыми швами. Послѣ произве-денной Emmet'овской операціи фистула приняла совѣтъ другой видъ: раньше она почти серповидно окружала разрывъ шейки, теперь идетъ прямо по направленію линіи швовъ на шейкѣ, т. е. впередъ (или вверхъ) и вправо, какъ первоначально и образо-вался, вѣроятно, разрывъ щипцами. Это доказываетъ, что моче-вой пузырь, а вмѣстѣ съ нимъ и фистула постепенно измѣняютъ свое первоначальное анатомическое положеніе при значительномъ развариваніи губъ разорванной шейки; обстоятельство, которое не можетъ неотразиться неблагоприятно на хорошемъ соединеніи краевъ свища и на заживленіи, какъ это было указано при раз-борѣ перваго момента *Jobert-Kaltenbach*'овской операціи. Въ выше-указанномъ направленіи фистула была освѣжена и безъ затруд-ненія вся рана соединена поперечными 6-ю глубокими и 5-ю поверхностными *silkworm*—швами. Глубокіе были общими для всей пузырно-влагалищной стѣнки, они проводились, начиная съ влагалищной слизистой оболочки до эпителиальнаго слоя слизи-стой пузыря и стягивались такъ, что края аккуратно были при-лажены другъ другу. Оставшаяся маленькая влагалищная рана между сшитой шейкой и швами фистулы зашита двумя лигату-рами. Во время операціи производилось орошеніе 2⁰/₀ борной водой, вначалѣ же дезинфекція сулемовымъ растворомъ. Проба съ борной водой и *methylenblau* показала полное закрытіе свища. Постоянный катетеръ съ гуттаперчевой трубкой, опущенной на-ружнымъ концомъ въ 5⁰/₀ растворъ карболовой воды. Влагалище было затампонировано іодоформной марлей. На 10 день были сняты швы съ фистулы, на 14—съ шейки; на 15 удаленъ кате-теръ, который за все время только 2—3 раза прочищался и затѣмъ опять вкладывался. На 19 день больная отпущена здоровой.

Случай 2-й. Больная 44 лѣтъ, тазъ нормальный, рожала 7 р. Послѣдніе роды вслѣдствіе поперечнаго положенія и кровотоече-нія—поворотъ и извлеченіе. Непосредственно послѣ родовъ не-произвольное отдѣленіе мочи. Изслѣдованіе: влагалище вялое, большое, старый разрывъ промежности, *portio vag.* стоитъ до-вольно высоко, немного кзади; матка нормальной величины, въ *ante flexio*; правая широкая связка укорочена, отчего матка сдви-нута вправо и мало подвижна. *Speculum*: влагалищная часть дли-ной около 2 $\frac{1}{2}$ см., разрывъ справа и немного впередъ. Неда-леко отъ разрыва шейки, ближе къ срединѣ, фистула величиной съ горошину; она окружена рубцевыми полосками. Происхожденія

свища такое же, какъ и въ первомъ случаѣ, т. е. вслѣдствіе разрыва шейки и пузыря, и существуетъ 2 $\frac{1}{2}$ года.—Послѣ тщательной дезинфекціи сулемой при операціи примѣнялось орошеніе стерилизованной водой. Самая операція произведена также, какъ и раньше: былъ сдѣланъ разрѣзъ слегка изогнутой, но переднему краю влагалищной части съ расчетомъ, чтобы онъ пришелся между разрывомъ шейки и фистулой; пузырь былъ отдѣленъ отчасти тупымъ способомъ, отчасти ножомъ и пожницами; затѣмъ освѣженіе и сшивание шейки шелковыми швами, что легко удалось вслѣдствіе отсутствія напряженія; далѣе была освѣжена фистула и вся рана вмѣстѣ съ ней была зашита 3 глубокими и 4 поверхностными silkworm-швами, не проникая черезъ эпителиальный слой пузыря; затрудненіе при соединеніи краевъ встрѣтилось только въ верхнеиъ углу свища вслѣдствіе большого напряженія ткани, которое было устранено тѣмъ, что отсепаровка пузыря продолжена еще выше, отчего подвижность стѣнки пузыря увеличилась. Тампонація влагалища, катетеръ à demeure, который часто мѣнялся и совершенно удаленъ на 15 день. Швы сняты на 16 день. Выздоровленіе.

Случай 3-й. Больная 44 лѣтъ, средняго роста, крѣпкаго сложенія, съ немного плоскимъ нерахическимъ тазомъ. Рожала 5 разъ доношенныхъ дѣтей; 6 роды—высокіе щипцы при полномъ зѣвѣ и почти неподвижной головкѣ, такъ что поворота нельзя было сдѣлать. На 5 день непроизвольное мочеотдѣленіе вслѣдствіе омертвѣнія. Черезъ два приблизительно мѣсяца, а затѣмъ вторично чрезъ четыре былъ сдѣланъ hysterocleisis, но безуспѣшно. Изслѣдованіе: во входѣ болѣзненный рубецъ послѣ разрыва; влагалищная часть представляетъ собою короткій остатокъ бывшей шейки; кругомъ поперечно расчепленного наружнаго зѣва кровоточащая при прикосновеніи, гранулирующая поверхность; справа и слева по одной серебряной провололкѣ, посрединѣ наружнаго отверстія идетъ тонкая перепонка, соединяющая переднюю и заднюю губы шейки; изъ отверстій по бокамъ ея вытекаетъ прозрачная моча; матка отклонена вправо и назадъ, подвижна. Зондъ безъ труда прошелъ изъ нижней части цервикальнаго канала черезъ отверстіе фистулы вверхъ, налѣво и назадъ на 8 см. что дало *Benckiser*-у поводъ сдѣлать предположеніе о существованіи еще фистулы мочеоточника. Это предположеніе впоследствии однакожь не подтвердилось. Для болѣе точнаго діагноза подъ наркозомъ было предпринято изслѣдованіе мочевого пузыря черезъ расширенную ламинаріями уретру. Введеннымъ чрезъ нее указательнымъ пальцемъ можно было со стороны пузыря проникнуть чрезъ отверстіе въ матку, при чемъ на высотѣ 2 $\frac{1}{2}$ см. отъ наружнаго отверстія, примѣрно на уровнѣ внутренняго зѣва, можно было прощупать выдающуюся перекадину и за ней рубцеватую крипту, въ самомъ пузырьѣ ясно опредѣляется *trigonum Lieutodii*, мѣсто отверстій, мочеоточниковъ и совсѣмъ посрединѣ, немного ближе къ уретрѣ—фистула. Осталось не выясненнымъ лежала-ли она подъ или надъ внутреннимъ зѣвомъ, т. е. была-ли

туть фистула тѣла матки или шейки. Послѣ тщательной дезинфекціи суемой была произведена операція подъ орошеніемъ стерилизованной водой. По разрѣзѣ на шейкѣ, какъ при удаленіи матки, но значительно меньшемъ по величинѣ подъ контролемъ пальца, введеннаго въ пузырь черезъ ранѣе расширенный моче-вой каналъ, была произведена отсепаровка пузыря на $\frac{1}{2}$ см. выше верхняго края фистулы. При этомъ оказалось, что отъ передней губы шейки остался лишь тонкій слой ткани, рубцово-измѣненный, который и былъ совсѣмъ удаленъ, сама же фистула имѣла видъ овала, поперечно расположеннаго; чрезъ нее свободно могъ проходить указательный палецъ. Края фистулы были кругомъ освѣжены и весь дефектъ стянутъ швами въ поперечномъ направленіи, слѣдовательно швы наложены въ сагитальномъ. Три глубокихъ шва были проведены чрезъ всю толщю стѣнки влагалища и пузыря, не касаясь эпителиальнаго его слоя и кромѣ того 4 поверхностно. Шейка же только съ своей наружной части была сшита, часть же, прилегающая къ лигатурамъ фистулы, не была соединена. Не закрытое мѣсто было присыпано іодоформомъ, и влагалище затампонировано марлей. Катетеръ былъ удаленъ на 15 день: швы сняты постепенно на 10-й, 14-й и 19-й дни. *Prima intentio* какъ и въ предыдущихъ случаяхъ; незашитое пространство на 19-й день представлялось зарубцевавшимся.

Обсуждая свои три случая, *Benckiser* прежде всего старается установить этиологическій моментъ въ происхожденіи оперированныхъ имъ фистулъ и считаетъ, что въ двухъ первыхъ случаяхъ они образовались во время оперативнаго родоразрѣшенія путемъ разрыва, который съ шейки перешелъ далѣе на пузырь. Онъ полагаетъ, что, если, во первыхъ, непроизвольное выдѣленіе мочи наступаетъ тотчасъ послѣ родовъ, во вторыхъ, если фистула согласуется съ разрывомъ шейки или если рубецъ зажившаго разрыва ея граничитъ съ фистулой, то причиной этой послѣдней должно признать травму или самопроизвольную, или причиненную оперативными мѣропріятіями при родоразрѣшеніи. Если же выдѣленіе мочи наступаетъ нѣсколько дней спустя, то это говоритъ за гангреноценцію, происшедшую отъ давленія.

Далѣе авторъ дѣлаетъ нѣсколько замѣчаній относительно техники, которая вообще не представляетъ затрудненій. Главное условіе—это достаточная отсепаровка, такъ какъ отъ нея зависитъ подвижность ткани, расположенной вокругъ фистулы. Если же въ какомъ либо мѣстѣ вслѣдствіе недостаточной отсепаровки соединеніе краевъ не удастся и швы прорѣзаютъ вслѣдствіе напряженія рубцовой ткани, то слѣдуетъ отдѣлить

пузырь еще на нѣсколько миллиметровъ и тогда «подвижность краевъ фистулы просто поражаетъ». Такъ какъ при чисто шеечныхъ фистулахъ сращеніе обыкновенно крѣпкое и рубцовое, то можно спокойно захватить частичку ткани шейки, лишь бы не разорвать стѣнокъ пузыря. Освѣженіе слизистой оболочки мочевого пузыря *Benckiser* считаетъ необходимымъ, при чемъ не слѣдуетъ опасаться увеличенія размѣра свища, такъ какъ, при отдѣленіи пузыря на достаточномъ протяженіи, соединеніе краевъ пузырного отверстія даже очень большого не представляетъ затрудненій. Самъ онъ производилъ освѣженіе пилящими штрихами отогнутымъ ножомъ *Simon*'а прямо воронкообразно и, по возможности, старался удалить все кольцо сразу. Очень облегчаетъ послѣдующее наложеніе швовъ введеніе въ мочевой пузырь небольшого тампона изъ іодоформенной марли, такъ какъ при потягиваніи его рѣже выступаютъ края фистулы и особенно границы слизистой оболочки пузыря, что даетъ возможность провести иглу въ надлежащемъ мѣстѣ. Для швовъ рекомендуетъ *Silkwormgut*: онъ хорошо соединяетъ край и не разбухаетъ. Предварительное возстановленіе разорванной шейки (по *Emmet*'у) считаетъ важнымъ условіемъ для успѣшнаго заживленія фистулы.

Schampneys ¹⁷⁾, желая вполне возстановить анатомическую цѣлость пузыря и шейки и ихъ взаимное топографическое отношеніе, поступилъ слѣдующимъ образомъ. У больной 38 лѣтней женщины, четыре раза рожавшей, имѣлась шеечно-пузырная фистула. Она была расположена на 1,25 см. выше наружнаго отверстія цервикальнаго канала, который былъ проходимъ на 2,5 см. для пальца вслѣдствіе боковыхъ разрывовъ шейки. Можно было нащупать большое отверстіе, расположенное въ передней губѣ нѣсколько вправо отъ цервикальнаго канала и граничащее съ нимъ. Отверстіе шло въ мочевой пузырь, и моча свободно вытекала. Нѣсколько разъ фистула зашивалась шелковыми лигатурами, проведенными со стороны цервикальнаго канала, но безъ успѣха. Послѣ этого онъ рѣшился подойти къ фистулѣ съ передней стороны шейки. Для контроля ввелъ катетеръ чрезъ мочевой каналъ и сдѣлалъ поперечный разрѣзъ

¹⁷⁾ *Schampneys*. Description of a New Operation for Vesico-Uterine Fistul. Transactions of the Obstetrical Society of London 1882. Vol. XXX.

на границы прикрѣпленія свода къ шейкѣ длиною въ 3,8 см. Послѣ чего также подѣ контролемъ катетера отдѣлилъ заднюю стѣнку пузыря по клѣтчаткѣ, соединяющей ее съ маткой, выше верхней границы фистулы, которая оказалась столь большой, что свободно пропускала средній палецъ. Не освѣжая краевъ, онъ зашилъ пузырное отверстіе семью серебряными проволоками не проникая чрезъ слизистую оболочку, а шеечное—четырьмя такими же швами. Сдѣланная проба молокомъ показала, что фистула пузыря не была вполне закрыта; тѣмъ не менѣе *Schampneys* опустилъ пузырь на прежнее его мѣсто и спилъ поперечный разрѣзъ на передней стѣнкѣ шейки четырьмя швами изъ серебряной проволоки. При опущеніи пузыря на старое мѣсто онъ замѣтилъ, что отверстіе пузыря теперь не совпадаетъ съ отверстіемъ на шейкѣ, что по его мнѣнію должно было благоприятно повліять на заживленіе. Былъ поставленъ катетеръ à demeure, а влагалище затампонировано іодоформной марлей. Пузырь часто промывался борной кислотой, а влагалище спринцовалось сулемой. Чрезъ нѣсколько дней швы были удалены, и проба показала совершенное закрытіе мочевоѣ фистулы.

Теперь я перехожу къ описанію того случая, который послужилъ поводомъ для моего доклада и былъ оперированъ въ Императорскомъ Клиническомъ Институтѣ въ гинекологическомъ отдѣленіи проф. *Д. О. Оттэ*.

23/ix 1896 г. въ Императорскій Клиническій Институтъ была принята больная крестьянка, 28 лѣтъ, съ явленіемъ недержанія мочи послѣ послѣднихъ родовъ. На видъ средняго роста, малокровна, истощена, съ посредственно развитой костной и мускульной системой. Крови носить съ 15 лѣтъ, по 3—4 дня, чрезъ четыре недѣли; въ настоящее время менструируетъ также, какъ и прежде. Родовая дѣятельность представляется въ слѣдующемъ видѣ:

Первые роды на 18 году—легкіе—живой мальчикъ;

Вторые—продолжались трое сутокъ, мертвый мальчикъ;

Третьи—трое сутокъ, мертвый мальчикъ;

Четвертые—двое сутокъ, живая дѣвочка;

Пятые—двое сутокъ, живая дѣвочка;

Шестые—трудные роды, мертвый мальчикъ, который былъ излеченъ врачомъ. Въ чемъ заключалась помощь врача, больная не могла объяснить.

Всѣ роды были срочные. Послѣ первыхъ пяти родовъ поправлялась сравнительно скоро, но послѣ шестыхъ, которые были 1 г. и 9 мѣс. тому назадъ, лежала, не вставая съ постели, семь

недѣль и до сихъ поръ при ходьбѣ и работѣ чувствуетъ боль внизу живота и крестцѣ. Кромѣ того сряду послѣ этихъ родовъ получила недержание мочи, что главнымъ образомъ и заставило больную обратиться къ врачебной помощи.

При изслѣдованіи найдено: средней величины разрывъ промежности, влагалищная слизистая оболочка нѣсколько набухши и гиперемирована; покровы вокругъ входа въ рукавъ имѣютъ экзематозный видъ; шейка мала, особенно ея передняя губа носитъ слѣды травмы; тѣло матки нормально; боковыя связки и крестцово-маточныя, особенно лѣвыя воспалительно измѣнены; трубы и яичники не представляютъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій. При осмотрѣ зеркалами видно, что моча выдѣляется чрезъ наружное отверстіе маточнаго канала. Если зондъ вести по передней сторонѣ цервикальнаго канала, то на разстояніи не менѣе двухъ сантиметровъ отъ наружнаго отверстія онъ попадаетъ чрезъ отверстіе въ пузырь. Значить, въ данномъ случаѣ имѣется пузырно-шеечная фистула.

До операціи больная въ продолженіи мѣсяца ежедневно получала ванну въ 28° и спринцеваніе 20/о растворомъ борной кислоты два раза въ день, начиная отъ 33° t° и выше. Къ концу этого срока она значительно оправилась, раздраженіе наружныхъ покрововъ исчезло и болевыя ощущенія значительно уменьшились.

26/х. Подъ хлороформнымъ наркозомъ была произведена операція по способу *Schampneys*'я. На границѣ прикрѣпленія передняго свода къ шейкѣ былъ сдѣланъ поперечный разрѣзъ около 3 см. длинны, затѣмъ пузырь отдѣленъ отъ шейки такъ, что была отсепарована вся область расположенія фистулы. При этомъ, нужно замѣтить, отсепаровка не представляла никакихъ затрудненій: пузырь на всемъ пространствѣ равномерно отдѣлился отъ шейки, и рубцовыя сращенія въ окружности легко были нарушены. Теперь было видно, что діаметръ отверстія равнялся приблизительно 6—7 мм. Затѣмъ были освѣжены края какъ пузырнаго, такъ и маточнаго отверстія. Пузырное было закрыто 4-мя, а шеечное 3-мя погружными швами изъ тонкаго шелка, расположенными поперечно и непроникающими чрезъ слизистую оболочку пузыря; слѣдовательно соединеніе краевъ произведено въ сагитальномъ направленіи. Натяженія не было, и края прилажены вполне удовлетворительно. Послѣ этого пузырь былъ опущенъ на мѣсто, и первоначальный поперечный разрѣзъ зашитъ нѣсколькими основными и поверхностными шелковыми швами; поставленъ эластическій катетеръ à demeure, а влагалище затампонировано іодоформной марлей. Какъ непосредственно послѣ операціи, такъ и во все продолженіе послѣоперационнаго періода присутствія крови въ пузырь замѣчено не было.

28/х замѣчено, что мочи выдѣляется чрезъ катетеръ немного. Пузырь нѣсколько растянуть. Боль внизу живота и въ кишкахъ. Ледъ на низъ живота и клизма.

30/х. Боль подъ ложечкой. Животъ вздутъ. Слабительное и клизма.

3/xi. Сняты швы. Prima intentio.

5/xi. Катетеръ удаленъ.

7/xi. Выписана при хорошемъ самочувствіи и нормальномъ мочеотдѣленіи. Введеніе въ пузырь пробной жидкости показало заживленіе фистулы. t^0 во все послѣоперационное время была нормальна.

Въ настоящее время, подготавливая къ печати свой докладъ, я имѣю возможность описать и нежеслѣдующій случай, оперированный проф. Д. О. Оттз въ Повивальномъ Институтѣ значительно позже предыдущаго.

1898 г. 21/iv въ Императорскій Клиническій Повивальный Институтъ поступила направленная д-ромъ А. А. Сивинскимъ больная крестьянка 40 лѣтъ, имѣющая малый ростъ, явные слѣды рахита и малокровіе. Крови съ 15 лѣтъ (черезъ $3\frac{1}{2}$ недѣли, по 7 дней) приходили всегда правильно, со времени же послѣднихъ родовъ совершенно отсутствуютъ. Замужество 36 лѣтъ; имѣла трое срочныхъ родовъ, изъ коихъ первые, трудные и продолжительные, окончились самопроизвольно рожденіемъ мертваго плода; вторые—окончены щипцами; третьи, три мѣсяца тому назадъ, менѣе продолжительные, самопроизвольно живымъ плодомъ, который умеръ чрезъ три часа. Послѣ вторыхъ родовъ появилось непроизвольное выдѣленіе мочи, прекратившееся чрезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца безъ всякаго спеціальнаго лѣченія. Послѣ послѣднихъ, спустя 7 дней, также моча стала выдѣляться чрезъ влагалище, и съ тѣхъ поръ такое состояніе продолжается безъ перемѣны. Исслѣдованіе. Старый разрывъ промежности; на шейкѣ замѣчается значительный дефектъ ткани, повидимому, вслѣдствіе отрыва; особенно измѣнена передняя губа, средняя часть которой почти вся состоитъ изъ рубцовой ткани. Входъ въ цервикальный каналъ представляется значительно зияющимъ. Кругомъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала рубцы, изъ него вытекаетъ моча. Введенный въ каналъ зондъ на разстояніи приблизительно 1,5 см. отъ зѣва попадаетъ въ отверстіе, ведущее прямо въ мочевою пузырь. Оно, какъ оказалось впослѣдствіи, было расположено близко къ области внутренняго зѣва и почти по срединѣ шейки. Величина свища такова, что свободно пропускалъ толстый, металлическій мужской катетеръ.

До операціи въ продолженіе недѣли больная принимала теплыя ванны. 28/iv подъ хлороформеннымъ наркозомъ была произведена операція. Послѣ тщательной дезинфекціи слабымъ растворомъ сулемы на границѣ прикрѣпленія пузыря къ шейкѣ былъ сдѣланъ поперечный небольшой разрѣзъ, затѣмъ отсепарованъ пузырь по другой край фистулы. Отдѣленіе было значительно затруднено вслѣдствіе рубцеваго измѣненія ткани въ окружности фистулы. Освѣженія фистулы не было произведено въ виду того, что края ея представлялись тонкими и ровными. Пузырные отверстіе было соединено въ продольномъ направленіи пятью тонкими шелковыми лигатурами, которыя были коротко обрѣзаны, а надъ

ними положенъ еще рядъ такихъ же погружныхъ швовъ, такъ что дефектъ пузыря былъ закрытъ швами въ два этажа. И это сдѣлано по той причинѣ, что стѣнки пузыря оказались очень тонкими. Такъ поступить было тѣмъ болѣе желательно, что часть шейки въ томъ мѣстѣ, гдѣ была расположена шеечная фистула, состояла только изъ незначительнаго слоя рубцовой ткани, вслѣдствие чего зашиваніе этого свища признано было бесполезнымъ. Послѣ того, какъ пузырь былъ опущенъ на свое мѣсто, предварительный поперечный разрѣзъ былъ зашитъ нѣсколькими основными и поверхностными швами. Какъ уже было выше сказано, средняя часть передней губы шейки состояла изъ тонкаго слоя рубцовой ткани; поэтому эта часть шейки была вырѣзана, и остатки мышечной ткани соединены пиятью шелковыми швами, т. е. была произведена пластика передней губы.

Пузырь, по окончаніи операціи, былъ промытъ 2⁰/₀ борнымъ растворомъ; въ цервикальный каналъ была введена полоска іодоформной марли; влагалище затампонировано; поставленъ катетеръ à demeure.

29 и 30/iv. Самочувствіе отличное, мочи чрезъ катетеръ выдѣляется много.

1/v. Жалобы на боль въ животѣ и тошноту. Ночью t⁰ поднялась до 38,7⁰. Потъ.

2/v. Моча мутная, немного. Пузырь промытъ борной водой; влагалище снова затампонировано стерилизованной марлей. Ледъ на животъ. t⁰ утромъ 36,3⁰; вечеромъ 38,3⁰.

3/v. t⁰ утромъ 36,5, вечеромъ 38,1⁰. Самочувствіе нѣсколько лучше. Ледъ на животъ; бромъ.

4/v. t⁰ утромъ 37,5⁰, вечеромъ 38,0⁰. Пузырь переполненъ мочей. Сняты всѣ швы. Prima intentio. Влагалище снова затампонировано.

5/v. Утромъ 37,2⁰, вечеромъ 7,4⁰. Клизма; мочевой пузырь промытъ растворомъ (2⁰/₀) борной кислоты.

6/v и далѣе t⁰ нормальная. Болей нѣтъ. Мочи достаточное количество, но мутная. Ежедневное промываніе пузыря борной кислотой, soloi—внутрь, урегулированіе кишечника.

8/v. Начала вставать.

13/v. Выписана при хорошемъ самочувствіи и нормальномъ мочеотдѣленіи.

Два случая, оперированные въ нашей клиникѣ, не отличаются какими-либо крупными особенностями. Слѣдуя Benski-sery, въ первомъ—этиологическимъ моментомъ въ образованіи фистулы можно признать разрывъ, во второмъ—гангренозный процессъ вслѣдствіе надавливанія подлежащей частью. Кромѣ того въ послѣднемъ случаѣ есть основаніе полагать, что свищъ имѣлъ мѣсто и послѣ предъидущихъ родовъ, но самопроизвольно зажилъ. Это подтверждаетъ то мнѣніе, что подобные свищи

часто исчезаютъ сами собой. Далѣе можно отмѣтить, что въ первомъ случаѣ мѣсячныя не были нарушены, не смотря на существованіе фистулы, въ второмъ—отсутствовали; первое представляетъ исключеніе изъ того общаго правила, что при фистулѣ нарушается правильное менструированіе. Величина свищей, ихъ расположеніе и производство операціи подробно описаны ранѣе въ исторіи болѣзни; здѣсь-же я остановлюсь нѣсколько на послѣоперационномъ періодѣ. Дѣло въ томъ, что въ одномъ случаѣ замѣчалось повышеніе температуры, боль въ животѣ и др. болѣзненные симптомы. Отыскивая причину этого осложненія можно съ большою вѣроятностію предполагать, что она кроется въ обостреніи цистита. За это говоритъ слѣдующее: уменьшеніе отдѣляемой мочи, растянутость пузыря, мутность мочи, боли и послѣдовательное примѣненное лѣченіе. Это предположеніе подкрѣпляется также аналогичнымъ явленіемъ, которое нерѣдко наблюдается въ послѣоперационномъ теченіи при лѣченіи всѣхъ вообще фистулъ, вслѣдствіе чего нѣкоторыми операторами продолжительное время предъ операціей примѣнялось лѣченіе цистита соответственными мѣрами, какъ напр. промываніе борной водой и т. п. Отсутствие подобныхъ осложнений въ послѣоперационномъ теченіи нашего перваго случая можно считать явленіемъ не случайнымъ, а стоящимъ въ зависимости отъ лѣченія, которое состояло въ ежедневныхъ ваннахъ и спринцованіи (два раза въ день) растворомъ борной кислоты (2⁰/о) и продолжалось цѣлый мѣсяцъ. Вотъ всѣ особенности specially касающіяся нашихъ случаевъ, и на которыя я хотѣлъ здѣсь обратить вниманіе, оставляя подробное и всестороннее обсужденіе примѣннаго метода лѣченія до общаго обзора случаевъ, которое слѣдуетъ ниже.

Цѣль, какою я задался въ своемъ докладѣ, позволяетъ мнѣ ограничиться вышеизложенными литературными данными, изъ чего въ достаточной степени выясняется какъ общая схема разбираемаго нами способа, такъ и полнѣйшая его пригодность даже для трудныхъ случаевъ. Изложивъ подробно казуистику приводимыхъ мною авторовъ, изъ конхъ у каждого отмѣчается своя особенность въ пріемахъ и, присоединивъ сюда два случая изъ клиники *пр. Отта*, впервые мною описываемые, я перехожу теперь къ краткому обобщенію собраннаго мною матеріала.

Прежде всего я долженъ указать на то, что при лѣченіи пузырно-шеечныхъ фистулъ путемъ отдѣленія пузыря центръ тяжести въ операціи, если такъ можно выразиться, переносится главнымъ образомъ или исключительно на соединеніе стѣнокъ пузыря на мѣстѣ свища, причемъ закрытіе дефектовъ сосѣднихъ органовъ или тканей имѣетъ второстепенное значеніе или даже вовсе не производится; т. е. происходитъ обратное тому, что мы видимъ при способѣ *Jobert-Kaltenbach'a*, такъ напримѣръ *Follet* и *Wölfler* совершенно не закрывали влагалищную рану, а *Omm*—шеечное отверстіе, и результатъ въ томъ и другомъ случаѣ получился вполне удовлетворительный. Поэтому основой операціи во всѣхъ описанныхъ нами случаяхъ служить отдѣленіе пузыря отъ матки съ тою цѣлю, чтобы имѣть непосредственный доступъ къ задней стѣнкѣ пузыря, гдѣ находится свищевое отверстіе. Отдѣленіе пузыря кромѣ того представляетъ громадную выгоду въ томъ отношеніи, что стѣнки его дѣлаются весьма подвижными, и края фистулы легко соединяемыми. Это и понятно, такъ какъ онъ освобождается отъ такого плотнаго по строенію органа, какъ матка, и такой мало растяжимой ткани, какъ рубцовая. Поэтому весьма важно, отдѣляя пузырь нарушить на сколько возможно совершеннѣе всѣ рубцовыя сращенія въ окружности фистулы, и если бы случилось, что въ какомъ либо мѣстѣ края фистулъ обнаруживаютъ при стягиваніи напряженіе и не плотно соединяются, то слѣдуетъ увеличить въ томъ отдѣлѣ отсепаровку и нарушить еще на большемъ пространствѣ рубцовыя сращенія. — (*Benckiser*). Фактъ увеличенія подвижности при отдѣленіи пузыря отъ прилежающихъ тканей не новъ и вполне аналогиченъ съ тѣмъ, что мы наблюдаемъ при лѣченіи пузырно-влагалищныхъ свищей. Еще въ 1841 году *Gerdy* съ успѣхомъ оперировалъ пузырно-влагалищныя фистулы путемъ отдѣленія влагалищной стѣнки отъ пузыря. Занимъ *Collis* въ 1857 г. и 1861 г. описываетъ рядъ случаевъ, проведенныхъ имъ по тому же методу. Далѣе *Lawson-Tait*, *Fritsch*, *Mackenrodt*, д-ръ *А. Л. Эберманъ*, проф. *Феноменовъ*, проф. *Губаревъ*, проф. *Славянский*, д-ръ *Кунцевичъ* ¹⁸⁾ и др. признаютъ расщепленіе наи-

¹⁸⁾ *Кунцевичъ И. А.* Матеріалы къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи моче-половыхъ свищей у женщинъ. Дисс. 1896 г.

лучшимъ приѣмомъ для увеличенія подвижности и слѣдовательно наилучшимъ способомъ въ дѣлѣ лѣченія фистулъ при значительномъ измѣненіи тканей. Что же касается самаго отдѣленія пузыря отъ матки, то оно въ общемъ должно считаться затруднительнымъ даже и при большихъ дефектахъ (*Schampneys*); но иногда, при сильно развитой рубцовой ткани, тупого способа для отсепаровки недостаточно и приходится прибѣгать къ ножницамъ или ножу (*Benckiser*). При этомъ нужно наблюдать затѣмъ, чтобы стѣнка пузыря была достаточно толста, такъ какъ при рубцовомъ перерожденіи она нерѣдко является въ видѣ тонкаго листа. Въ этомъ случаѣ необходимо при отдѣленіи прихватывать даже слой маточной ткани (*Herff*), чѣмъ достигается утолщеніе ея, весьма важное не только ради того, чтобы избѣжать разрыва въ моментъ отдѣленія, но и въ другихъ отношеніяхъ: во первыхъ, этимъ устраняется возможность послѣдовательной некротизаціи истонченной въ листъ стѣнки пузыря; а во вторыхъ, получается достаточно толстый слой ткани, чрезъ которую впослѣдствіи придется проводить лигатуры. Толщину стѣнки пузыря весьма удобно контролировать катетеромъ (*Schampneys*); введеніе же пальца чрезъ уретру должно примѣнять только въ исключительныхъ случаяхъ, напр. съ діагностической цѣлью (*Benckiser*).

Разбирая другіе моменты операціи, мы видимъ, что нѣкоторые изъ нихъ у различныхъ авторовъ существенно различаются другъ отъ друга. Разница прежде всего заключается въ томъ, какое направленіе, дается предварительному поперечному разрѣзу свода на мѣстѣ прикрѣпленія его къ шейкѣ. Это въ свою очередь зависитъ отъ того, допускаетъ или нѣтъ извѣстный операторъ примѣненіе погружныхъ швовъ при зашиваніи пузырныхъ свищей.

Не касаясь принципиальной стороны вопроса о погружныхъ швахъ, мы должны констатировать на основаніи имѣющагося у насъ матеріала фактъ значительнаго прогресса въ дѣлѣ лѣченія разбираемыхъ нами фистулъ при ихъ употребленіи, *Schampneys* и *Ottz*, допуская такое примѣненіе, зашивали пузырь погружными швами и опускали его на прежнее мѣсто, первоначальный же поперечный разрѣзъ зашивали обыкновенными швами, которые впослѣдствіи удалялись. Этотъ способъ

слѣдуетъ признать наиболѣе совершеннымъ, такъ какъ при немъ не только возстановляются бывшіе дефекты путемъ соединенія разъединенныхъ частей, но и сохраняется правильное анатомическое положеніе органа послѣ операциі. Поэтому *Herff* говоритъ, что «*Seckampneys* этимъ оперативнымъ методомъ несомнѣнно достигъ идеала консервативной хирургіи». Къ этому мы можемъ прибавить еще то, что всѣ моменты операциі при данномъ способѣ не только ничѣмъ не осложняются, но наоборотъ, сравнительно съ другими, представляются болѣе простыми и легкими, начиная съ первоначальнаго поперечнаго разрѣза на шейкѣ, какъ это мы увидимъ ниже. *Follet*, *Wölfler*, *Herff* и *Benckiser*, относясь отрицательно къ погружнымъ швамъ, должны были пользоваться иными приѣмами, при которыхъ всѣ швы могли бы быть сняты. Первые двое, т. е. *Follet* и *Wölfler*, соединяли дефектъ только пузыря, оставляя влагалищную оболочку незашитой; образъ же дѣйствія двухъ-вторыхъ оказался болѣе сложнымъ, и поэтому необходимо остановиться на нихъ болѣе подробно. *Benckiser* производилъ разрѣзъ свода не поперечно, а параллельно длиннику дефекта: косо-вправо и впередъ или вверхъ и немного изогнуто, т. е. такъ, какъ расположена фигура фистулы. По отдѣленіи пузыря вся рана имѣла видъ овала, расположеннаго косо (вправо и вверхъ); края образуются предварительнымъ разрѣзомъ свода, дно—составляютъ отдѣленные другъ отъ друга части пузыря и шейки, а на днѣ—два свищевыхъ отверстія: въ пузырь и цервикальный каналъ. *Согласовавъ* вышеописаннымъ способомъ разрѣзъ на мѣстѣ прикрѣпленія свода съ фистулой, *Benckiser* имѣлъ возможность, избѣгая погружныхъ швовъ, соединить стѣнки влагалища и пузыря общими лигатурами, сшивая всю рану обыкновенными поперечными швами; причемъ получается закрытіе дефекта пузыря и влагалищной оболочки въ томъ-же самомъ направленіи, въ какомъ они были образованы. Это послѣднее отличаетъ приѣмъ *Benckiser*'а отъ *Herff*'а, который также не употреблялъ погружныхъ швовъ, но соединеніе влагалищной раны произвелъ въ обратномъ разрѣзу направленіи.

Онъ провелъ разрѣзъ на мѣстѣ прикрѣпленія свода поперечно и, сильно оттянувъ его края вверхъ и внизъ, образовалъ овалъ, расположенный по длинѣ шейки, и затѣмъ соединилъ

края этого разрыва + отверстия пузыря общими поперечными швами. Сшивание такого овала въ обратномъ разрыву направленіи поперечно расположенными швами едва ли примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда фистула большихъ размѣровъ, когда, слѣдовательно, и поперечный разрывъ долженъ быть значительной величины. Рассчитывать на легкое соединеніе по аналогіи съ colpontaph. ant. въ данномъ случаѣ нельзя, такъ какъ при ней влагалищная стѣнка обыкновенно растянута во всѣхъ направленіяхъ, а при фистулахъ этого условія не существуетъ. Не желая накладывать погружныхъ швовъ, по моему мнѣнію гораздо цѣлесообразнѣе, при свищахъ небольшой величины и круглой формы (какъ у *Herff'a*), или расположенныхъ длиннымъ въ продольномъ направленіи шейки, поступать слѣдующимъ образомъ: сдѣлать разрывъ влагалищной стѣнки совершенно продольно, какъ это дѣлаетъ *Mackenrodt* при простыхъ пузырно влагалищныхъ свищахъ; отсепаровать пузырь и затѣмъ наложить швы общіе для всей пузырно-влагалищной стѣнки и слѣдовательно закрыть рану въ томъ направленіи, въ какомъ она была сдѣлана. Этимъ приѣмомъ совершенно устраняется натяженіе, тогда какъ въ способѣ *Herff'a* оно можетъ быть весьма значительнымъ, вслѣдствіе чего легче можетъ произойти прорывываніе швовъ и расхожденіе всей раны съ послѣдовательнымъ образованіемъ пузырно-влагалищной фистулы. Какъ въ случаѣ *Herff'a*, такъ и *Benckiser'a* получились вполне успѣшныя результаты операцій, но теоретически, при сравнительной оцѣнкѣ способовъ того и другого, приѣмъ послѣдняго по моему мнѣнію, заслуживаетъ особеннаго вниманія и вполне примѣнимъ въ томъ случаѣ, если имѣется намѣреніе избѣгнуть погружныхъ швовъ. Его недостатокъ заключается въ томъ, что пузырь фиксируется лигатурами въ томъ положеніи, въ какое онъ былъ приведенъ по отдѣленіи его отъ матки, т. е. задняя его стѣнка болѣе или менѣе приподнята и обращена впередъ. Этотъ недостатокъ, общій и для другихъ (*Herff*, *Follet* и *Wölfler*) можетъ быть допущенъ ради того преимущества, что всѣ наложенные швы могутъ быть удалены. Вопросъ о примѣненіи погружныхъ швовъ до сихъ поръ долженъ считаться не вполне рѣшеннымъ, съ этимъ тѣсно связанъ и вопросъ о матеріалѣ, изъ котораго приготовляются лигатуры для зашиванія пузырныхъ дефектовъ.

Описанные мною случаи, послужившіе матеріаломъ для настоящаго моего доклада, не даютъ никакихъ данныхъ для разрѣшенія этихъ вопросовъ. Инкрустація въ случаѣ *Wölfler'a*, какъ увидимъ ниже, вѣроятно произошло вслѣдствіе другихъ причинъ. Здѣсь же, не имѣя возможности отвлекаться въ сторону отъ намѣченной цѣли, я сдѣлаю только общее замѣчаніе, что многіе, въ томъ числѣ и проф. *Д. О. Оттъ*, полагаютъ, что шелкъ, будучи также животнаго происхожденія, какъ и нѣкоторые другіе матеріалы, въ тоже время легко подвергается стерилизаціи, оставаясь прочнѣе всѣхъ другихъ даже въ видѣ самыхъ тонкихъ нитей. И нужно думать, что эти тонкія нити, если онѣ совершенно стерильны и проведены *lege artis*, никогда не будутъ вести къ тѣмъ неблагопріятнымъ послѣдствіямъ, которыхъ такъ опасаются противники погружныхъ швовъ.

Что же касается удобства въ работѣ особенно въ случаяхъ тонкихъ пластическихъ операцій шелкъ имѣетъ несомнѣнное преимущество, особенно предъ *chrom catgut*, который къ тому же былъ находимъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ совершенно нерассосавшимся по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ.

Чтобы не возвращаться болѣе къ швамъ, я тутъ же отмѣчу, что во всѣхъ описанныхъ случаяхъ они проводились по общимъ правиламъ фистулорафій, причемъ, во первыхъ, располагались въ направленіи поперечномъ къ длиннику дефекта; а, во вторыхъ не проникали чрезъ слизистую пузыря. Здѣсь считаю не лишнимъ, указать на слѣдующее: такъ какъ края фистулы имѣютъ наклонность заворачиваться внутрь, то *Benckiser* даетъ очень практичный совѣтъ вводить въ полость пузыря привязанный на нить небольшой тампончикъ изъ іодоформенной марли, который при потягиваніи выпячиваетъ края свища и даетъ возможность легко проводить иглу въ надлежащемъ мѣстѣ.

Прежде, чѣмъ соединить края фистулы, *Herff* и *Benckiser* дѣлали ихъ освѣженіе, тогда какъ *Follet*, *Wölfler* и *Schampteuys* освѣженіе не производили. Здѣсь наблюдается тоже разногласіе, какъ и при зашиваніи простыхъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ. Противники освѣженія указывали на возможное кровотеченіе въ пузырь при освѣженіи свища, какъ на мотивъ своего образа дѣйствія; но это едвали, по моему мнѣнію, осно-

вательно, такъ какъ кровотеченіе можетъ быть устранено именно плотнымъ соединеніемъ здоровыхъ *свѣжихъ* краевъ слизистой, а это послѣднее достигается удаленіемъ рубцовъ. *Simon*, несомнѣнный авторитетъ въ дѣлѣ леченія фистулы, положительно высказывается за необходимость освѣженія краевъ посредствомъ полного вырѣзыванія рубцовъ и плотнаго ихъ соединенія для полученія *prima intentio*. Опасенія пораненія пузыря или несовершеннаго удаленія рубцово-измѣненныхъ краевъ, по моему мнѣнію, имѣетъ мѣсто только тогда, когда вся операція фистулорафіи производится на ощупь, безъ низведенія оперируемыхъ частей, словомъ при такихъ неблагоприятныхъ условіяхъ, которыхъ при данныхъ обстоятельствахъ не имѣется. Изъ приводимыхъ нами немногочисленныхъ случаевъ, я думаю, также можно отчасти вывести заключеніе въ пользу освѣженія краевъ фистулы. Такъ, *Wölfler* зашилъ свищъ безъ освѣженія и, не смотря на то, что наложилъ швы непроникая чрезъ толщю слизистой оболочки пузыря, получилъ инкрустацію. Очевидно моча проникла между рубцовыми краями неплотно соединеннаго отверстія и получилось осажденіе солей. Точно также и *Schampneys* имѣлъ столь несовершенное соединеніе краевъ, что пробная жидкость вытекала чрезъ только-что сшитое отверстіе пузыря. Заживленіе свищей при подобныхъ условіяхъ нужно считать въ значительной степени дѣломъ случая. Само освѣженіе не представляетъ затрудненій, и *Benckiser* совѣтуетъ, натягивая рану, вырѣзать весь рубецъ сразу ввидѣ кольца; незначительное увеличеніе отверстія при этомъ не играетъ ни какой роли. Относительно фигуры освѣженія и ея расположенія нужно руководствоваться общими правилами при зашиваніи собственно пузырныхъ стѣнокъ, при чемъ отдается предпочтеніе фигурѣ, имѣющей видъ овала съ ровными краями и болѣе или менѣе заостренными концами и расположеннаго въ продольномъ размѣрѣ пузыря, такъ какъ (по *Benckiser'y*) соединеніе краевъ пузырянаго отверстія легче происходитъ именно въ сказанномъ направленіи. Такого расположенія овала легко достигнуть въ томъ случаѣ, если фигура дефекта сама по себѣ схожа съ оваломъ, расположеннымъ продольно, или же имѣетъ болѣе или менѣе круглую форму; въ противномъ случаѣ приходится поступать сообразно съ обсто-

ятельствами, что въ прочемъ не имѣетъ вліянія на конечные результаты, какъ это видно изъ одного случая того же *Benckiser'a*, гдѣ фистула была расположена и зашита въ поперечномъ размѣрѣ.

Итакъ, разбираемый нами способъ состоитъ изъ слѣдующихъ моментовъ.

- 1) Предварительнаго разрѣза на границѣ прикрѣпленія пузыря на шейкѣ;
- 2) Отдѣленія стѣнокъ пузыря отъ шейки матки;
- 3) Освѣженія краевъ фистулы какъ пузыря, такъ и шейки;
- 4) Соединенія краевъ фистулы или погружными швами, или съемными, общими какъ для стѣнки пузыря, такъ и влагалища.
- 5) Соединеніе краевъ предварительнаго разрѣза на шейкѣ; если онъ не зашитъ вмѣстѣ съ пузырной стѣнкой.

Этимъ я заканчиваю свой общій разборъ, въ которомъ стремился затронуть всѣ главные моменты разбираемой нами операций, и теперь, въ заключеніе моего доклада, перехожу къ краткому изложенію тѣхъ преимуществъ, которыя мы видимъ въ методѣ *Follet—Sampneys'a*.

1) Все поле операциі -- открыто для глазъ, что позволяетъ примѣнить всѣ приемы, выработанныя для производства пластическихъ операций при дефектахъ въ стѣнкахъ половыхъ органовъ.

2) Для достиженія этого не только не требуется нарушенія цѣлости органа (матки) или искусственнаго образованія выворота, но наоборотъ для успѣшнаго результата операциі предпочитается предварительное зашиваніе уже имѣющагося на лицо разрыва шейки.

3) Этотъ методъ даетъ возможность воспользоваться выгодами, которыя доставляются отдѣленіемъ пузыря отъ окружающихъ тканей и которыя легли въ основу особаго метода въ дѣлѣ лѣченія простыхъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ.

4) При этомъ методѣ величина и мѣсто расположенія свища не имѣетъ такого значенія, какъ и въ способѣ *Jobert—Kaltenbach'a*.

5) Посредствомъ этого метода можно оперировать также и пузырно-маточные свищи; равнымъ образомъ съ большею вѣроятностью можно предполагать, что этимъ путемъ можно лѣчить и маточно-мочеточниковыя фистулы.

6) Перенесеніе центра оперативнаго воздѣйствія непосредственно на стѣнки пузыря даетъ возможность излѣчить фистулу въ такихъ случаяхъ, гдѣ ткань шейки матки совершенно перерождена или отсутствуетъ.

7) При этомъ методѣ могутъ быть оперируемы случаи, осложненные простыми пузырно-влагалищными свищами, расположенными въ томъ же районѣ.

8) Простота, удобоисполнимость и консерватизмъ, достигаемый при *Schampneys'*евской модификаціи, составляютъ немаловажныя достоинства метода.

9) Всѣ случаи, оперированные по этому методу, окончились выздоровленіемъ и безъ всякихъ осложненийъ какъ во время производства самой операціи, такъ и въ послѣоперационномъ теченіи.
