

1000000

616.6
4-93

О ВНУТРЕННЕЙ

УРЕТРОТОМИИ

ПРИ ЧРЕЗМЕРНО УЗКИХ СТРИКТУРАХЪ.

7 - НОЯ 2012

33

ДИССЕРТАЦИЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. КУРИАРА.

БИБЛИОТЕКА
Харьківського Медичн. Інституту
№ 4824.

ПРОВЕРЕНО
1936

ХАРЬКОВСЬКА МЕДИЧНА БІБЛІОТЕКА

ПРОВЕРЕНО

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

1873.

Пероузе
1906 г.

Библиотека
Харьк. Гос. Мед. Ин-та
Мет. кн. 32
Шифр. дсс.
1524

616.6 | 64572

K93 | КУРИАР, А

О внутренней уретрото-
мии при чрезмерно узких
стриктурахъ. О.И.С.
1873

3177

64572

1950

Перучет 666-6 + 617.46

7-1012 2012

3065 8108

Докторскую диссертацию г-на А. КУРАРА под заглавием „О внутренней уретромитрии чрезърно уншихъ стриктурахъ“ съ разрѣшеніемъ Конференціи Императорской Медико-Хирургической Академіи печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ оную 300 экземпляровъ св. С. Петербургъ, мая 23-го дня 1873 года.

Ученый Секретарь П. Сорокин.

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

Типографія ТРЕВКЕ и ФЮСНО (Максимиліановскій пер., № 15).

1951

Во время моей десятилѣтней врачебной дѣятельности, направленной преимущественно на лечение болѣзней моче-половыхъ органовъ, мнѣ неоднократно приходилось имѣть дѣло со стриктурами мочеиспускательнаго канала, при лечении которыхъ нельзя было примѣнить ни одного извѣстнаго въ настоящее время способа лечения стриктуръ. Въ началѣ практической дѣятельности мнѣ приходилось дѣйствовать только палліативно и иногда я долженъ былъ ждать, пока состояніе больного и произвольное измѣненіе хода болѣзни позволяли мнѣ дѣйствовать болѣе рѣшительно. Впослѣдствіи, когда, путемъ опытовъ и наблюденій, я познакомился основательнѣе съ успѣхомъ, который можно было получить съ одной стороны при выжидательномъ способѣ, а съ другой стороны при дѣятельномъ способѣ лечения, я былъ въ состояніи вѣрнѣе поставить показаніе на тотъ и другой методъ.

Способы эти очень многочисленны и разнообразны, такъ что въ большинствѣ случаевъ представляется возможность пополнить одинъ способъ другимъ; только въ исключительныхъ случаяхъ бываетъ необходимо нѣсколько измѣнить существующіе способы, чтобы дѣйствовать съ успѣхомъ.

Въ новѣйшихъ сочиненіяхъ по патологіи и терапіи стриктуръ можно найти описаніе всѣхъ употребительныхъ методовъ лечения, описаніе всѣхъ необходимыхъ для оперативнаго дѣйствія инструментовъ, а также критическій обзоръ и библиографическія указанія. Укажу только на сочиненіе Штиллдинга (*). Поэтому не желая увеличивать объема моей работы, я ограничусь лишь краткимъ обзоромъ

(* Stilling: Die rationelle Behandlung der Harnrohr-Stricture etc. 1870—1872.

способовъ леченія стриктуръ и именно настолько, насколько они имѣютъ отношенія къ предмету моей диссертации.

Главные способы леченія стриктуръ слѣдующіе:

I. Прижиганіе.

II. Медленное растяженіе помощью систематическаго введенія бужей.

III. Насильственное введеніе зондовъ (Cathétérisme forcé).

IV. Быстрое растяженіе.

V. Наружная уретротомія.

VI. Внутренняя уретротомія.

I. Прижиганіе производится янписомъ, ѣдкими щелочами и электрохимическимъ путемъ.

Прижиганіе янписомъ даетъ твердый, впоследствии нерастяжимый рубецъ, такъ что янпись теперь почти оставленъ; только весьма немногіе авторы придаютъ ему значеніе вспомогательнаго средства при другихъ способахъ леченія (*). Да и въ такомъ ограниченномъ смыслѣ дѣйствіе янписа сомнительно, потому что какъ янпись, такъ и слѣдующія за нимъ ѣдкія щелочи вообще дѣйствуютъ слабо на рубцовую ткань и, напротивъ того, быстро и глубоко разрушаютъ здоровыя ткани (лежація рядомъ съ рубцовой), на которыя можетъ распространиться дѣйствіе прижигающаго средства.

Прижиганіе ѣдкими щелочами, кромѣ вышесказаннаго, имѣетъ еще то неудобство, что мы не въ состояніи контролировать ихъ дѣйствія; мы не въ состояніи произвести прижиганіе съ такою силою, распространить прижиганіе на такую глубину, какъ это намъ въ данномъ случаѣ необходимо. По той же причинѣ, я теперь почти оставилъ прижиганіе электрохимическимъ путемъ (Electrolysis нѣкоторыхъ авторовъ). Изъ многочисленныхъ наблюденій известно, что при дѣйствіи гальваническаго тока на органическую ткань кислоты этой ткани собираются у

(*) Langston Parker: British med. Journ. 1859. — Voillemier: Traité des mal. des voies urin. 1868.

положительнаго электрода, а щелочи у отрицательнаго. Если приложить электроды такъ, чтобы отрицательный полюсъ лежалъ возлѣ мѣста, гдѣ хотятъ произвести прижиганіе, а положительный на какомъ-либо другомъ мѣстѣ, то возлѣ отрицательнаго полюса соберутся щелочи ткани и произойдетъ такое же прижиганіе, какъ еслибы мы дѣйствовали прямо ѣдкою щелочью. Слѣдовательно электрохимическое прижиганіе имѣетъ тѣ же неудобства, что и прижиганіе ѣдкими щелочами. Неудобства эти, отчасти объясненныя выше, слѣдующія:

1. Мы не можемъ опредѣлить, какъ глубоко и сильно дѣйствуютъ ѣдкія щелочи, происшедшія подъ влияніемъ электрическаго тока.

2. Эти щелочи или совсемъ не разрушаютъ рубцовую ткань, или дѣйствуютъ только на свѣжую рубцовую ткань (когда она мягка); да и въ послѣднемъ случаѣ дѣйствіе ихъ—такое медленное, что дѣлаетъ употребленіе электрическаго тока невозможнымъ.

3. Если отрицательный электродъ будетъ случайно приложенъ къ здоровой ткани, то она разрушается очень быстро, тогда какъ рубцовая ткань остается неповрежденною.

Еслибъ ожиданія Маллееса и Триппе (*) оправдались, т. е. еслибъ отъ дѣйствія электрическаго тока рубцовая ткань дѣлалась мягкой и неспособною къ дальнѣйшему сокращенію, тогда конечно мы имѣли бы въ электрическомъ токѣ одно изъ вѣрныхъ средствъ для леченія стриктуръ.

Но мои наблюденія показали, что электрохимическое прижиганіе не имѣетъ такого дѣйствія (*): въ 12 случаяхъ стриктуръ, пользовавшихся мною электрическимъ токомъ, я по прошествіи около двухъ лѣтъ видѣлъ болѣзненное состояніе въ той же степени, какъ оно было до начала ле-

(*) Ami des sciences 1862. — Archives géner. de Médecine 1866. — De la guérison durable des rétrécissemens de l'urèthre 1867.

(*) Quelques cas de cauterisation électrochimique négative: à St-Petersburg. Medic. Zeitschrift. 1869.

чения: подъ влияніемъ электрическаго тока стриктуры нѣсколько расширились, но затѣмъ, какъ только прекращалось леченіе, стриктуры являлись въ прежней формѣ на томъ же мѣстѣ, гдѣ они были до леченія. Даже стриктура у большого Е (наблюденіе VІІ), полное излеченіе которой мнѣ казалось вѣроятнымъ, по прошествіи 2 1/2 лѣтъ имѣла 2,6^{мм} въ діаметрѣ. Отсюда я заключаю, что вылечить рубцовое суженіе мочеиспускательнаго канала посредствомъ электрическаго тока — невозможно; такъ же мало успѣха можно ожидать и отъ употребленія другихъ прижигающихъ веществъ, потому что дѣйствіе ихъ такъ же не вѣрно и неопредѣленно.

II. Медленное растяженіе представляетъ второй способъ леченія стриктуръ. Астриокъ первый установилъ основанія этого леченія и въ такомъ видѣ, что и до настоящаго времени они остались въ силѣ. Астриокъ уже совершенно вѣрно замѣчаетъ, что результатомъ неполнаго леченія является возвращеніе стриктуры. Для леченія употребляли вначалѣ свинцовые (*) и восковые (†) бужы. Металлическіе бужы оказывались часто неудобными вслѣдствіе ихъ твердости, а восковые часто не имѣли достаточной гладкости и гибкости. Въ настоящее время отгнались отъ прежняго мнѣнія о превосходствѣ восковыхъ бужей, обломки которыхъ легко могутъ быть задержаны позади стриктуры. Кромѣ того нѣкоторымъ восковымъ бужамъ придавали большое значеніе потому, что при изслѣдованіи ими получались отпечатки, отчего ихъ и назвали бужами для изслѣдованія (Bougies exploratrices). Но съ тѣхъ поръ, что убѣдились, какъ мало значенія имѣютъ отпечатки, получаемые на бужахъ при изслѣдованіи уретры, и это преимущество восковыхъ бужей потеряло силу. Старались приготовить бужы изъ всевозможныхъ матеріаловъ и самыхъ разнообразныхъ формъ, имѣя въ виду, чтобы

(*) Benevoli: Nuova proposizione intorno alla caruncula 1724.

(†) Col de Villars: Cours de Chirurgie 1741.

бужы съ одной стороны имѣли необходимую мягкость, гладкость и упругость, а съ другой стороны—чтобы они легче могли проходить черезъ стриктуры. Что касается до матеріала, то ихъ дѣлали изъ китоваго уха, изъ размяченной слоновой кости, изъ шелковой матеріи вмѣстѣ съ каучукомъ и льнянымъ масломъ и пр. (†) Бужамъ придавали и придаютъ самую разнообразную форму — цилиндрическую, коническую, съ шарикомъ на концѣ (B. bouffonnées), съ утолщеніемъ въ формѣ оливки (B. olivaires), съ винтомъ на концѣ (B. à spirale); нѣкоторые сдѣлали утолщеніе на срединѣ (B. à ventre). По длинѣ ихъ или сгибали дугообразно или сгибали подъ угломъ; бужы бываютъ также плотные и полные съ проволокою внутри; нѣкоторые (маленькіе) тонкіе бужы скручиваются по оси (B. tortillées). Нѣкоторые дѣлаютъ конецъ даже плоскимъ. Формы эти до крайности разнообразны, такъ что трудно было бы придумать какую нибудь новую форму для бужа. Все эти разнообразные формы имѣютъ значеніе въ частныхъ случаяхъ; авторы, которые придавали бужу тотъ или другой видъ, имѣли въ виду придать ему такую форму, чтобы достигнуть благоприятныхъ результатовъ въ извѣстныхъ случаяхъ. Однако можно бы значительно уменьшить арсеналъ бужей и это не представило бы большихъ неудобствъ. Гладкость инструмента представляетъ болѣе важное условіе, чѣмъ его гибкость; мнѣ приходилось расширять стриктуры у людей вполнѣ способныхъ отдать себѣ отчетъ въ своихъ ощущеніяхъ. У подобныхъ людей я расширялъ спонгиозную часть уретры при помощи стеклянныхъ палочекъ, закругленныхъ на концѣ. Водевыя ощущенія были при-этомъ не сравненно слабые, чѣмъ при введеніи самыхъ мягкихъ эластическихъ восковыхъ или металлическихъ бужей того же калибра; можно бы стеклянныя палочки предпочесть дру-

(†) Соболевъ: О бужахъ, служащихъ для изслѣдованія органическихъ стриктуръ. Въ Журналѣ для нормальной и патологической гистологии. Апрель 1872 г.

гим бужамъ, еслибъ этому не мѣшала хрупкость стекла. Теперь вообще ограничиваются бужами металлическими и эластическими; послѣдніе въ особенности съ утолщеніемъ въ формѣ оливки. Расширеніе должно выполнить одно изъ двухъ условий, смотря по состоянію стриктуры: или вызвать всасываніе новообразованныхъ мягкихъ элементовъ, или расширить рубцовую ткань. Даже въ наше время нѣкоторые авторы говорятъ о всасываніи рубцовой ткани и представляютъ въ подтвержденіе баснословные примѣры. Вслѣдствіе ошибки въ диагностикѣ они принимали, какъ мы увидимъ, первую степень суженія за вполне созрѣвшую рубцовую стриктуру. Пока существуетъ только отекъ и набуханіе подслизистой соединительной ткани и происходитъ пролиферация клѣтокъ, все-еще можно надѣяться вызвать всасываніе. Но наши знанія еще очень ограничены въ томъ смыслѣ, что мы не можемъ отличить по одному виду ткань, перешедшую въ рубцовое измѣненіе отъ слизистой оболочки, въ подслизистой соединительной ткани которой существуетъ отекъ и склерозъ. Случается, что слизистая оболочка представляется бѣлою, твердою, рубцовою на видъ, а между тѣмъ расширеніе возвращаетъ ей мало по малу нормальный цвѣтъ и мягкость. Сказалъ въ подобномъ случаѣ, что это рубцовая стриктура, будетъ ошибкою диагностикки, которую особенно легко сдѣлать при разившейся фолликулярной зернистости; фолликулярная зернистость, обуславливая отекъ соединительной ткани, который въ свою очередь производитъ анемію слизистой оболочки, придаетъ стѣнкамъ канала обманчивую плотность. Я видѣлъ замѣчательные случаи этого рода. Въ особенности въ предстательной части мочеиспускательнаго канала я часто замѣчалъ мѣстныя какъ-бы рубцовыя измѣненія; подобныя мѣста казались бѣлыми, плотными и твердыми; подъ вліяніемъ введенія бужей они однако измѣнялись довольно скоро и исчезали совершенно, тогда какъ рядомъ лежащія другіе островки ткани, повидимому совершенно сходныя съ первыми, почти совсѣмъ не измѣнялись. Эти, такъ сказать, псевдо-рубцовыя части уменьшаютъ

просвѣтъ канала тѣмъ, что препятствуютъ растягиванію стѣнокъ и соответствуютъ тому состоянію, которое Сивилья (*) называетъ нерасширяемостью стѣнокъ уретры (inextensibilité) и которое отъ весьма справедливо считалъ первою степенью стриктуры. Это патологическое измѣненіе канала вылечивается радикально при помощи систематическаго расширенія. Мало по малу слизистая оболочка принимаетъ нормальный цвѣтъ; изъ молочно-бѣлой, какою она бываетъ часто при этой степени суженія, она дѣлается розовою, но измѣненіе цвѣта происходитъ такъ медленно, что при изслѣдованіи эндоскопомъ кажется будто розовый оттѣнокъ находится въ глубинѣ ткани и только просвѣчиваетъ сквозь тонкій слой все-еще бѣлаго цвѣта. Потому розовый оттѣнокъ является болѣе интенсивно, ткань дѣлается мягкою, складки становятся болѣе тонкими и правильными, стѣнки канала спадаются въ видѣ линий (**), тогда какъ прежде они располагались неправильно, представляя форму треугольника или звѣзды. Если большой примиряется съ продолжительностію леченія, то онъ можетъ быть почти увѣренъ, что излечится не только отъ стриктуры, но и отъ folliculitis, противъ которой бужъ есть самое вѣрное средство.

Всасываніе происходитъ не въ самой рубцовой ткани, а на границѣ ея, гдѣ существуетъ одинъ отечный склерозъ.

Расширеніе не оказываетъ почти никакого дѣйствія на рубцовую ткань. Я напр. вводилъ бужи въ продолженіе цѣлой зимы одному изъ нашихъ товарищей, который имѣлъ 20 лѣтъ стриктуру, отстоящую на 0,04^m отъ наружнаго

(*) Traité pratique des maladies des org. genito-urinaires 1860.

(**) Спаденіе стѣнокъ канала представляется въ эндоскопѣ совсѣмъ другимъ, чѣмъ его описываютъ анатоми (Luschka: Anatomie des Beckens 1864 Seite 290). Это зависитъ отъ расширенія стѣнокъ эндоскопомъ и отъ медленнаго спаденія ихъ. Можно даже въ уретрѣ здороваго человѣка получить разные виды спаденія, смотря по тому, какъ мѣшаютъ эндоскопъ: впередъ, назадъ и пр.

отверстия канала. (Рубцовая стриктура произошла вследствие прижигания бленнорейного сужения сухим япичком). На задней стенке канала образовалась тонкая рубцовая заслонка на бѣловатой ткани менее стянутой. В продолжение шести месяцев, вводи бужь два и даже три раза въ недѣлю, я добился расширения только на 0,001^m (отъ 0,002¹/₂ — 0,003¹/₂). Стриктура не причиняла болѣшнему страданій и онъ не соглашался на то, чтобы употребить другой способъ леченія; мнѣ не удалось прослѣдить дальше измѣненій въ этой стриктурѣ подъ вліаніемъ расширенія, такъ какъ болѣшній вскорѣ умеръ отъ апоплексическаго удара. Въ иныхъ случаяхъ рубцовая стриктура, болѣе податливая, расширяется отъ систематическаго введенія бужей, но затѣмъ снова стягивается, какъ только введеніе бужей будетъ оставлено. Мое первое наблюденіе представляетъ подобный примѣръ. Случай, еще болѣе замѣчательный, описанъ въ отчетѣ клиники Дитля ⁽¹⁰⁾. При подобныхъ условіяхъ расширеніе имѣетъ только паліативное значеніе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно уменьшаетъ болѣзненные ощущенія, но не можетъ вылечить суженіе. Однако расширеніе не всегда помогаетъ даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ оно повидимому должно бы имѣть хорошей результатъ; оно также не всегда уменьшаетъ боли и притомъ имѣетъ много неудобствъ. Продолжительность леченія, составляющая главное условіе этого способа, представляется вмѣстѣ съ тѣмъ одно изъ важныхъ неудобствъ его. Ктому-же болѣшой, для котораго этотъ способъ крайне тягостенъ, бросаетъ леченіе, какъ только замѣтитъ маленькое облегченіе. Я имѣлъ случай наблюдать такого рода фактъ много разъ. Вырѣзываніе или разрывъ стриктуръ — представляють операціи, къ которымъ болѣшой относится не такъ легко, а поэтому онъ и смотритъ болѣе серьезно на послѣдовательное расширеніе, которое ему предписываютъ. Иногда болѣшой даже съ

¹⁰⁾ Rabitsch: Wiener Med. Wochenschr. 1872, № 10.

самаго начала не хочетъ или не можетъ согласиться на продолжительное леченіе (Наблюденіе II), тѣмъ болѣе, что ему кажется невѣроятнымъ, чтобы стриктура могла произвести столько опасныхъ послѣдствій, такъ что иногда нельзя терять времени ⁽¹¹⁾. Введеніе бужей составляетъ часто лучшее средство противъ раздраженія мочевого органа и даже противъ лихорадки, бывающей періодъ при суженіи; но въ иныхъ случаяхъ оно можетъ имѣть совершенно противоположное дѣйствіе, т. е. раздражаетъ или усиливаетъ существующее раздраженіе, иногда даже вызываетъ столь сильныя приступы лихорадки или другія осложненія ⁽¹²⁾, что приходится прекратить дальѣйшее введеніе бужей. Одинъ изъ моихъ болѣшнихъ въ продолженіе нѣсколькихъ дней имѣлъ сильныя приступы лихорадки послѣ каждаго введенія бужа, какъ бы осторожно оно ни было сдѣлано; пришлось наконецъ оставить расширеніе и сдѣлать внутреннюю уретротомию; операція удалась очень хорошо и болѣшой вскорѣ выздоровѣлъ. Встрѣчаются стриктуры, которыя возвращаются къ первоначальнымъ размѣрамъ нѣсколько часовъ послѣ того, какъ бужь былъ вынутъ. Это почти всегда бываетъ съ тѣми стриктурами, черезъ которыя не всякій разъ удастся провести бужь: въ первый сеансъ бужь проходитъ, въ слѣдующіе затѣмъ два, три сеанса нельзя провести тотъ же самый бужь. Иногда даже ни одинъ бужь не проходитъ, такъ какъ, хотя и рѣдко, но все-таки встрѣчаются стриктуры, непроходимыя для бужа. Изъ пяти случаевъ, въ которыхъ я не могъ проникнуть бужемъ до перепончатой части уретры, два представляли стриктуры. Одинъ разъ ⁽¹³⁾ у меня дѣйствительно не хватило терпѣнія; въ другомъ случаѣ была травматическая стриктура въ бульбозной части уретры; всѣ бужа различныхъ размѣровъ

⁽¹¹⁾ Fereol: Union medicale 1867. — Lafitte: Essai sur l'infiltration d'urine. Thèse. Strasbourg 1870.

⁽¹²⁾ Sourier: Rec. de mém. de médecine 1868.

⁽¹³⁾ Cauterisation électrochimique. Obs. I.

и форма упирались в твердую некровотокающую поверхность. На передней стѣнкѣ канала трубка эндоскопа переходила мало по малу отъ нормальной слизистой оболочки къ измѣненной въ рубцовую ткань; на задней поверхности напротивъ того переходъ отъ нормальной оболочки къ рубцовой былъ резко замѣтенъ; здѣсь эти двѣ ткани были отдѣлены другъ отъ друга неровными поперечными складками и бороздами; эндоскопъ легко доходилъ до углубленія въ рубцовой ткани, въ которомъ не видно было и слѣда отверстия. Во второй сеансъ (на слѣдующій день) результатъ введенія бука былъ тотъ же самый; я употребилъ тогда токъ изъ 36 слабыхъ элементовъ Волластона продолженіе $1\frac{1}{2}$ часа, но безъ всякаго успѣха. Во время электризаціи, также какъ и послѣ нея, никакой реакціи не было, моча вытекала тоненькой слабой струей. Два четыре послѣ этого пров. Геннеръ сдѣлалъ наружную уретротомію. Этотъ большой лечилъ собственно у пров. Геннера, по просьбѣ котораго я и пытался расширить стриктуру введеніемъ бужей; но такъ какъ всѣ мои попытки были вполнѣ неудачны, то пров. Геннеръ предпринялъ наружную уретротомію, причемъ просилъ меня ассистировать при операціи. Мы нашли тогда въ бульбозной части канала на передней его стѣнкѣ мѣшокъ $0,006$ — $0,006\frac{1}{2}$ ширины и около $0,015$ глубины, стѣнки котораго состояли изъ плотной соединительной ткани. Послѣ внимательнаго осмотра, мы могли объяснить происхожденіе этого мѣшковиднаго углубленія только тѣмъ, что неудачно введенный инструментъ отодвинуть мало по малу передней конецъ стриктуры, потому что еще за 6 недѣль до перехода большого въ наши руки ему каждый день вводил бужу или эндоскопическія трубки и всякій разъ безуспѣшно: ни разу не удалось провести эти инструменты черезъ стриктуру. Понятно, что всѣ наши бужы упирались въ это мѣшковидное углубленіе. Хотя эндоскопъ и показывалъ на верхней стѣнкѣ маленькое отверстіе, окруженное складками, тѣмъ не менѣе я не полагалъ, что это входъ въ стриктуру, такъ какъ можно было подвинуть эндоскопическую трубку на 2 сан-

тиметра дальше этой точки. Бужы продолжали упираться въ это углубленіе до тѣхъ поръ, пока мы не сдѣлали надрѣза. Нижняя стѣнка уретры была совершенно нормальна. Вскорѣ послѣ операціи наступило полное выздоровленіе безъ всякихъ несприятныхъ осложненій. Въ мѣшковидномъ углубленіи не было замѣтно и слѣдовъ дѣйствія электрическаго тока.

Самыя трудно проходимыя стриктуры состоятъ изъ довольно широкаго канала изъ плотной соединительной ткани съ твердыми стѣнками заслонками, которыя еще болѣе уменьшаютъ просвѣтъ канала и помѣщаются или на одной какой нибудь стѣнкѣ, или попеременно на противоположныхъ стѣнкахъ. Такія стриктуры имѣютъ то неудобство, что представляютъ послѣдовательныя препятствія, черезъ которыя очень трудно, иногда даже невозможно проникнуть, потому что, пройдя черезъ одно препятствіе, бужъ наталкивается на другое, потомъ на третье и т. д. Я полагаю, что одинаково трудно, — какъ проникнуть черезъ такія стриктуры, такъ и расширить ихъ введеніемъ бужей. Совѣтовали употребить эндоскопъ, чтобы отыскать отверстіе стриктуры, и совѣтъ этотъ имѣетъ основаніе; но не справедливо то мнѣніе, что эндоскопъ помогаетъ проникнуть бужемъ черезъ служенное мѣсто. Найти отверстіе не составляетъ еще самой трудной задачи: бужъ входитъ въ него почти всегда безъ большого затрудненія, хотя въкѣторые авторы считаютъ это очень труднымъ и съ этою дѣлью выдумали особенные инструменты и способы введенія (14). Но я почти всегда находилъ болѣе значительное препятствіе позади отверстія. Какъ только введетъ кончикъ бужа, онъ упирается и не можетъ проникнуть дальше, оттого, что или заслонки останавливаютъ его, или онъ не можетъ приспособиться къ искривленнымъ служеннаго ка-

(14) Ducamp: Retention d'urine 1822. Beniqué: Réflexions sur le traitement de retrécissements de l'urèthre 1845. Philippo: Retrécissements des infranchissables 1858. Mercier: Gazette des hôpitaux 1858. Mitscherlich: Archiv für klinische Chirurgie XI.

нада или наконец калиберъ его оказывается очень большимъ, хотя былъ взятъ самый тонкій бужъ. Чтобы проникнуть дальше, нужно изгибать или поворачивать бужъ, переходить отъ одной формы бужа къ другой, измѣнять калиберъ для того, чтобы расширить пройденныя части и дать бужу больше пространства. Я повторяю, что въ большинствѣ случаевъ самое большое препятствіе находится позади отверстія, т. е. въ томъ мѣстѣ, котораго не видно посредствомъ эндоскопа. Я могу кажется высказать это мнѣніе и меня не должны обвинять въ пристрастіи, потому что послѣ того, какъ я ввелъ употребленіе эндоскопа въ С.-Петербургѣ, послѣ того, какъ продолженіе болѣе 10 лѣтъ я не лечилъ больного, не сдѣлавши эндоскопическаго изслѣдованія, за весьма рѣдкими исключеніями, я могъ бы скорѣе приписать ему болѣе достоинствъ, чѣмъ отнять отъ него долю того значенія, которое онъ имѣетъ при изслѣдованіи уретры. Но я откровенно не признаю за нимъ тѣхъ достоинствъ, которыхъ, по моему, онъ не имѣетъ и имѣть не можетъ.

Я основываю свое заключеніе на собственныхъ изслѣдованіяхъ, сдѣланныхъ посредствомъ эндоскопа, измѣненнаго мною (*). Измѣненіе въ эндоскопѣ, сдѣланное мною,

(*) Я представилъ его 15-го сентября 1864 года Обществу С.-Петербургскихъ Врачей и приписалъ ему слѣдующія преимущества: отсутствіе сотрасеній при соединеніи трубки съ освѣщающимъ аппаратомъ; легкость инструмента, возможность изслѣдовать во всѣхъ направленіяхъ, не производя сотрасеній, зависящихъ отъ тренія цилиндра, который соединяетъ трубку съ лампою; съ нимъ можно эндоскопировать на простой кронштатъ или на обыкновенномъ столѣ; онъ уменьшаетъ неудобства отъ непроизвольнаго испусканія мочи во время изслѣдованія; наконецъ, можно изслѣдовать при разныхъ степеняхъ и направленіяхъ освѣщенія, что довольно важно. Но я долженъ быть отказать отъ возможности дѣлать всѣ операціи прямыми инструментами, потому что скоро убѣдился, что рука, вооруженная прямыми инструментами, попадающаяся передъ трубкою, сильно вѣшаетъ надѣлу, а поэтому я сталъ снова употреблять изогнутые инструменты. Дѣло другое при введеніи бужа, который можно держать двумя пальцами, такъ что видно еще, какъ онъ входитъ въ слухеніе. Я былъ очень доволенъ, что проф. Тарновскій (†) и докторъ Маллехъ (‡) одобрили мой эндоскопъ.

(†) Крѣзъ венерическаго болѣзней. 1874.

(‡) Du traitement topique de l'urétrite. 1872.

состоитъ въ томъ, что я употребляю цилиндрическую трубку, въ которую свѣтъ лампы, стоящей сбоку отъ больного, направляется посредствомъ ларингоскопическаго зеркала; онъ

скользъ, и если Фирстенгеймъ (†) не считаетъ этотъ инструментъ удобнымъ, то это зависитъ вероятно оттого, что ему душно сдѣланъ эндоскопъ. Я давно уже пересталъ чернить внутреннюю поверхность своихъ трубокъ; напротивъ того — я ихъ полирую; это значительно увеличиваетъ силу освѣщенія, такъ что я употребляю простую керосиновую лампу безъ всякаго вынужденнаго стекла. Часто даже могу довольствоваться стѣнной свѣчкой, какъ историческою свѣтѣ, конечно за неимѣніемъ лучшаго. Я получилъ нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ отъ Матвѣ изъ Париза трубки, внутренность которыхъ была полирована циркулярно, а наружное отверстие служено наложеніемъ наружнаго ободка, такъ что нельзя было ни освѣтить, ни видѣть слизистую оболочку. Внослѣдствіи трубки были снова отполированы въ продолженіи направленія, а наружное отверстие удалось расширить, и они очень хорошо служили мнѣ.

Нѣсколько времени послѣ того, какъ я представилъ описанный выше эндоскопъ, я сдѣлалъ въ немъ нѣкоторыя измѣненія для эндоскопии. Для этого я провожу уретральную трубку до пузыря; это дѣлается для того, чтобы выпускать мочу и вырывать воду. Когда введено достаточное количество воды, то вводится въ уретральную трубку, остающуюся на мѣстѣ, другая трубка, которая входитъ тѣсно въ нервую и внутренней конецъ которой закрытъ стекломъ, поставленнымъ косвенно; пузырь изслѣдуется помощью этой внутренней трубки. Введеніемъ второй трубки внутренней діаметръ эндоскопической трубки уменьшается на толщину стѣнокъ эндоскопической трубки; но кромѣ того, что стѣнки ея гораздо толще стѣнокъ эндоскопа Дезорю (такъ какъ ей не нужно переносить давленія и не надо преодолевать пренапѣтій), нужно еще замѣтить, что трубка Дезорю должна быть меньшаго размѣра, чѣмъ калиберъ канала, потому что трубка эта изогнута и представляетъ выдающуюся уголь. Поэтому внутренній діаметръ моей трубки и трубки Дезорю одинаковы. Преимущество моего инструмента слѣдующее: для ороженія или для наполненія пузыря, а равнымъ образомъ для того, чтобы вынуть или прибавить воды, употребляется уретральная трубка, которая не измѣняетъ своего положенія, и въ нее вводится эндоскопъ, который слѣдательно не прикасается къ слизистой оболочкѣ уретры. Однимъ слозомъ вмѣсто двухъ инструментовъ (катетеръ и эндоскопъ) я ввожу одинъ (уретроэндоскопъ). Введеніе прямой трубки въ пузырь не представляетъ особеннаго затрудненія и дѣлается по крайней мѣрѣ такъ же безболѣзненно, какъ введеніе изогнутой трубки Дезорю. Наконецъ, осмотрѣвши пузырь, можно изслѣдовать уретру, причемъ нужно только вынуть внутреннюю трубку, и вытаскать наружную настолько, чтобы внутренней конецъ ея былъ въ уретрѣ. Такъ что я ввожу, такъ сказать, одинъ инструментъ, между тѣмъ какъ при системѣ Дезорю нужно ввести по крайней мѣрѣ три инструмента для одного изслѣдованія пузыря и уретры (катетеръ, эндоскопъ и уретроскопъ).

(†) Berliner Klinische Wochenschrift 1870.

имѣть то преимущество, что черезъ него можно провести бужъ по оси канала, тогда какъ при эндоскопѣ Дезормо, Фирстенгейма, Данглебера и др. бужъ проводится всегда косвенно. И однако я повторяю, что употребленіе измѣненнаго мною эндоскопа съ цѣлью провести бужъ — безуспѣшно, потому что не видно препятствія позади входа въ стриктуру; при томъ бужъ не удерживается прямо стѣнками уретры, а изгибается и теряетъ силу напора. Самое главное условіе успѣха для того, чтобы проникнуть бужемъ черезъ узкую стриктуру, есть терпѣніе; чѣмъ дольше дѣйствовать настойчиво, тѣмъ замѣтнѣе уменьшается число непроходимыхъ стриктуръ. Можно бы задать вопросъ, какъ велико было бы число непроходимыхъ стриктуръ, еслибъ каждый дѣйствовалъ съ такою настойчивостью и терпѣніемъ, какъ Филлисъ, которому въ клиникѣ Нелатона только послѣ девятнадцатичасовой работы удалось провести бужъ черезъ стриктуру.

Все сказанное относится конечно къ непродолжительному (Dilatation temporaire) и продолжительному (D. permanente) расширенію, сдѣланному постепенно, медленно и осторожно, но не относится къ быстрому расширенію, какъ это дѣлается при такъ-называемой насильственной катеризаціи или при быстромъ растяженіи стриктуры. Можно сказать, что если во многихъ случаяхъ расширеніе и составляетъ самый легкій и часто даже самый вѣрный способъ леченія стриктуръ, то все-таки встрѣчаются и такія стриктуры, при которыхъ расширеніе было бы не только безуспѣшнымъ, но иногда даже прямо или косвенно опаснымъ. Въ такихъ случаяхъ необходимо прибѣгнуть къ другому способу.

III. Насильственное введеніе зондовъ производится посредствомъ цилиндрическихъ [Майоръ ^(1*)] или коническихъ бужей [Бойе и Викстонъ Шилтоу ^(2*)]. Этотъ

(1*) Sur le cathétérisme simple et forcé 1835.

(2*) Med. Times and gaz. 1860.

насильственный способъ можетъ обусловить разстройтва гораздо болѣе опасныя, чѣмъ сама стриктура, можетъ повести къ разрывамъ, къ образованію ложныхъ путей и т. д. Хотя опытная рука и узнаетъ по ощущенію, когда образуется ложный путь или разрывъ, но очень трудно получить подобное ощущеніе, если оно маскируется треньемъ бужа о твердую рубцовую ткань, не говоря уже о томъ, что когда получается ощущеніе разрыва, то разрывъ уже произошелъ. Можно достигнуть хорошаго результата, если точное знакомство съ каналомъ и большая опытность слушать въ некоторымъ образомъ точками опоры, но нельзя ругаться заранѣе за все то, что можетъ случиться. Кромѣ того уже одна опасность послѣдовательнаго воспаленія, неразрывно связаннаго съ подобнымъ насиліемъ, можетъ служить достаточнымъ основаніемъ для того, чтобы отказаться отъ этого способа.

IV. Быстрое растяженіе стриктуры (Divulsion).

Авторы, которые предложили этотъ способъ [Перрель ^(3*), Михелена ^(4*), Риго ^(5*), Гольцъ ^(6*), Вагль ^(7*)], считаютъ его однимъ изъ вѣрныхъ средствъ для леченія стриктуръ. Все, на что можно рассчитывать при быстромъ растяженіи стриктуры, это — растянуть рубцовый ободокъ настолько, чтобы сразу дойти до того калибра, который желательно получить. Прежде, да еще и въ настоящее время, приводили въ призывъ этой операціи растяженіе другихъ органовъ: быстрое расширеніе саниктера при трещинахъ задняго прохода или насильственное разгибаніе согнутыхъ членовъ при контрактурахъ; какъ будто можно сравнивать задній проходъ или бедро съ уретрою, спазмодически сокращенные мускулы съ рубцовой тканью и наконецъ разрывы мышцъ (если это происходитъ) подсли-

(3*) Traité des rétrécissements organiques 1847.

(4*) Thèse de Paris. 1847.

(5*) Gazette de Strasbourg 1849.

(6*) On the immediate treatment of the stricture of the urethra 1861.

(7*) Lancet 1856.

64572

Харк. Мед. Институт
НАУКОВА БІБЛЮТЕКА

ПЕРЕВІРЬНО
 1936

БІБЛЮТЕКА
 Харківського Медичн. Інституту
 № 4824.

зистой и подкожной соединительной ткани съ разрывами поверхности уретры, которые происходят очень часто. Если стриктура циркулярна и оказывает повсюду одинаковое сопротивление, то ее можно расширить инструментомъ, не производя разрыва; но если она не циркулярна, то слизистая оболочка на сторонѣ, противоположной стриктурѣ, терпитъ почти все насилие, потому что она мягка и тягуча, между тѣмъ какъ рубцовая ткань тверда и крѣпка; кому-же если эта слизистая оболочка немного воспалиена, то она не растягивается, а рвется. Если циркулярное сужение имѣетъ 4^{мм} въ диаметръ, а желаютъ расширить стриктуру до 7^{мм}, то часть (напримѣръ половина окружности канала), не состоящая изъ плотной соединительной ткани, должна растягиваться какъ-будто для калибра 9^{мм}; тогда произойдетъ одно изъ двухъ, — если слизистая оболочка здорова и можетъ растягиваться, то она черезъ два или три дня снова редуцируется къ нормальному диаметру (если только не подвергнется послѣдовательному воспаленію, вслѣдствіе насилія), — или же она поражена и разрывается. Тоже самое происходитъ въ томъ случаѣ, когда стриктура циркулярна, но не представляетъ повсюду одинаковой твердости: растяженіе не одинаково въ всѣхъ мѣстахъ и это составляетъ важное условіе для разрыва, тѣмъ болѣе, что всѣ даже усовершенствованные инструменты для быстрого растяженія не дѣйствуютъ равномерно по всей окружности канала. Хотя нѣкоторые авторы и представляютъ удивительные результаты (500 операций — 500 выздоровленій) (*), тѣмъ неменѣе теорія быстрого растягиванія общаея очень мало. Едва только стали примѣнять этотъ способъ на практикѣ, какъ Седильо (***) и Тибо (***) описали неудачные случаи, число которыхъ съ тѣхъ поръ значительно увеличилось. Въ настоящее время отзывы

(*) Hutchinson: New-York méd. recor. 1868.

(**) Gazette médicale. 1854.

(***) Gazette médico-chir. 1851.

крайне разнообразны (***) и вопросъ для многихъ еще не рѣшенъ. Конечно можно бы пренебречь опасностью разрыва, еслибы эта операція могла быть примѣнена къ очень узкимъ стриктурамъ, но напротивъ того ее можно примѣнять только къ такимъ стриктурамъ, которыя менѣе опасны, т. е. которыя представляютъ настолько большой калиберъ, что пропускаютъ инструментъ весьма не толкій. Благоуразумно ли при подобныхъ условіяхъ подвергать уретру разрыву (границы которыхъ нельзя опредѣлить заранее) со всѣми ихъ серьезными послѣдствіями (образованіе шарывовъ, затеки мочи, летальный исходъ). Я не буду говорить о слѣдующихъ операціяхъ, которыя, по моему мнѣнію, слѣдуетъ отнести къ разряду операцій, которыхъ производить не должно; а именно: растяженіе стриктуры, съ цѣлью произвести изъязвленіе ей; но вслѣдъ за этимъ происходитъ еще болѣе плотный рубецъ, образованіе обходнаго пути (route détournée) (****) и подкожный разрывъ суженія (**).

V. Наружная уретротомія (Urethrotomia externa).

Первая операція этого рода можно бы отнести ко времени Авиценны (**), если не отдѣлять ихъ отъ boutonnière. (Boutonnière для многихъ авторовъ: разрывъ здоровой части канала по одну или по другую сторону стриктуры). Операція эта имѣетъ въ свою пользу много блистательныхъ результатовъ, особенно съ тѣхъ поръ, какъ Саймъ (***) снова обратилъ на нее вниманіе и сдѣлалъ распространить ее въ медицинскомъ мірѣ, представивъ таблицу полученныхъ имъ результатовъ (70 операцій — 70 выздо-

(**) Cristophe Heath: Lancet 1862 Fried. Semeleder, Wiener med. Halle 1863.—Henry Smith: Lancet 18. 5. Dittl: Allg. Wiener med. Zig. 1865. Douwelepont: Archiv für klin. Chir. VII.

(*) Bitot: Bulletins de l'Acad. de Méd. de Paris XXXII.

(***) Henry Dick: Lancet 1861

(**) Canons ou préceptes de Médecine 1483.

(***) Ueber Harnröhrenverengerungen 1851.

ровлений). Хотя Томсонъ (24) и представилъ противъ него статистику другихъ хирурговъ (39 случаевъ; 4 случая смерти и много неполныхъ выздоровлений), тѣмъ неменѣе операція эта очень заманчива, такъ какъ ее можно примѣнять въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ нельзя и думать о другихъ способахъ леченія, напр. при непроходимыхъ стриктурахъ. Отсутствие проводника при операціи не составляетъ непреодолимаго затрудненія; разрывъ безъ проводника былъ уже сдѣланъ Коло (25), Толе (26), Шопортомъ (27) и др. и имѣть основанія дѣлать изъ наружной уретротоміи двѣ операціи, смотря по тому, производится ли она при помощи проводника или безъ него: это собственно говоря одна и та же операція, представляющая больше или меньше затрудненій и поэтому требующая, смотря по данному случаю, нѣкоторыхъ видоизмѣненій. Несмотря на всѣ преимущества этой операціи передъ другими, къ сожалѣнію ее нельзя примѣнять во всѣхъ случаяхъ, гдѣ она показана. Разныя условія заставляютъ отказываться отъ нея; иногда мѣсто, гдѣ помѣщается стриктура, служитъ препятствіемъ для производства операціи; нужно остерегаться дѣлать ее при стриктурѣ, помѣщающейся въ части уретры, окруженной мошонкою, а также при стриктурѣ, занимающей одну переднюю стѣнку уретры. Последній случай относится къ числу рѣдкихъ, но все-таки встрѣчается, и если мы сдѣлали эту операцію съ проф. Генперомъ въ подобномъ случаѣ, то не надо забывать, что діагностика была ошибочною и что мы не могли проходить бужемъ черезъ суженіе. Также точно надо избѣгать наружной уретротоміи при стриктурѣ, состоящей изъ одной или изъ многихъ рубцовыхъ заслонокъ. Дѣйствительно, стѣнитъ ли изъ-за одной

(24) Stricture of the urethra 1854.

(25) Traité de l'opération de la taille 1727.

(26) Traité de lithotomie.

(27) Traité des mat. des voies urinaires.

заслонки вскрывать уретру, или вскрывать каналъ на большемъ протяженіи при нѣсколькихъ заслонкахъ?

VI. Внутренняя уретротомія (Urethrotomia interna). При стриктурахъ, къ которымъ нельзя примѣнить ни одной изъ двухъ предыдущихъ операцій, т. е. постепеннаго растяженія стриктуры постояннымъ введеніемъ бужей и наружной уретротоміи, остается еще способъ леченія, который, въ соединеніи съ двумя другими позволяетъ дѣйствовать во всѣхъ случаяхъ, именно внутренняя уретротомія. Я примѣнилъ эту операцію также въ одномъ случаѣ стриктуры, помѣщавшейся около промежности, гдѣ, по моему мнѣнію, нельзя было произвести наружной уретротоміи. Вся толщина этой части канала, также какъ и покровы состояли изъ плотной соединительной ткани. Я опасался, что не произойдетъ заживленія и можетъ образоваться большая фистула. Я въ этомъ отношеніи иду въ-разрѣзъ съ мнѣніемъ Дитля, который при подобныхъ условіяхъ видитъ показаніе на наружный разрывъ. Поэтому я и рѣшился сдѣлать внутренний разрывъ, который оказался успѣшнымъ. Со времени первыхъ попытокъ внутренней уретротоміи эта операція сдѣлала большіе успѣхи. Каждый специалистъ придумалъ одинъ или нѣсколько инструментовъ (28), наиболѣе по его мнѣнію целесообразныхъ; но въ то время какъ изобрѣтатели уретротомовъ устранили самыя существенныя по ихъ понятію недостатки прежнихъ инструментовъ: усовершенствовали инструментъ въ одномъ отношеніи, они дѣлали его неудобнымъ въ другомъ. Уретротомы настоящаго времени обладаютъ почти всеми необходимыми для этого инструмента качествами: клинокъ вводится по проводнику, который не позволяетъ ему отклоняться; разрывается только стриктура, а сосѣднія части не подвергаются опасности; стриктура разсваиваетъ

(28) Лучшая таблица этихъ инструментовъ, хотя для настоящаго времени и не совсемъ нова, помѣщена въ Erkenntniss und Heilung der Harnröhrenverengerungen v. Heinrich Lippert, 1899.

спереди назад; это дѣлается безъ всякаго затрудненія, особенно при помощи уретротомы Мезоннёва, измененнаго проф. Киттеромъ. Единственный недостатокъ послѣдняго инструмента состоитъ въ томъ, что размѣръ его больше калибра многихъ стриктуръ, потому что конецъ стебля, составляющей самую тонкую часть, имѣетъ $2\frac{1}{5}$ мм толщины, такъ что нужно расширять узкія стриктуры до тѣхъ поръ, пока не войдетъ бужъ № 8 или 9, а иначе можетъ случиться то, что я видѣлъ въ 1867 году въ больницѣ Некеръ: мой учитель и другъ, покойный Сиваль, для того, чтобы ввести свой уретротомъ, растянулъ стриктуру такъ сильно, что разорвалъ ее. Къ сожалѣнію нельзя уменьшить размѣры инструмента Мезоннёва, потому что вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшилась бы его твердость, а это условіе очень важно, ибо необходимо нѣкоторое усиліе, чтобы выпрямить каналъ; кромѣ того если есть малѣйшій изгибъ стебля, то пластинка и влагалище не могутъ свободно скользить по нему.

Сканификаторъ Рикора, состоящій изъ тонкаго желобчатаго зонда и свободной пластинки, скользящей по желобку, въ которомъ она совершенно спрятана, былъ бы болѣе пригоденъ для очень узкихъ стриктуръ, еслибъ твердость этого зонда не служила большимъ препятствіемъ для введенія его въ искривленную стриктуру, черезъ которую онъ или не можетъ пройти, или же можетъ ихъ поранить, произвести разрывъ или ложный путь. Кромѣ того глубина желобчатаго зонда уменьшается по мѣрѣ приближенія къ его концу, такъ что пластинка тѣмъ болѣе выходитъ изъ желобка и тѣмъ глубже надрѣзываетъ ткань, чѣмъ болѣе она приближается къ концу зонда. Поэтому нужно быть вполнѣ увѣреннымъ, что конецъ зонда помѣщенъ въ самой стриктурѣ, а не вѣдъ ее, такъ какъ треніе пластинки объ зондъ не позволяетъ опредѣлить точно, когда пластинка рѣжетъ ткань и когда она свободна. Притомъ если стриктура очень длинна (встрѣчаются стриктуры, занимающія всю спонгиозную часть), то нужно производить надрѣзыва-

ніе нѣсколько разъ, чтобы разрѣзать стриктуру на всемъ ея протяженіи.

Совѣтовали также употреблять эндоскопъ при внутренней уретротоміи, но насколько легко при помощи эндоскопа разрѣзать плотную соединительно-тканную заслонку, настолько же трудно или даже совсѣмъ невозможно видѣть то, что дѣлается, когда приходится разрѣзывать узкую и твердую стриктуру. Для того, чтобы было удобнѣе пользоваться этимъ инструментомъ, нужно брать трубку съ внутреннимъ диаметромъ не менѣе 5 мм, а съ наружнымъ $5\frac{2}{3}$ мм; иначе ничего не удастся увидѣть, когда уретротомъ будетъ помѣщенъ внутри трубки. Легко представить себѣ, какъ глубоко нужно надрѣзать рубцовую ткань въ передней части стриктуры для того, чтобы провести трубку безъ мандрена черезъ твердый нерастяжимый каналъ и чтобы постоянно видѣть то мѣсто, которое приходится рѣзать. Еслибы даже приемъ былъ легокъ, то не надо забывать, что уретротомъ рѣжетъ пилообразными движеніями. При изогнутомъ эндоскопическомъ уретротомѣ операторъ располагаетъ такую малую силу, что нужно сдѣлать нѣсколько маятниководобныхъ движеній для того, чтобы разрѣзать ткань на протяженіи нѣсколькихъ милліметровъ; отсюда слѣдуетъ, что пластинка надрѣжетъ всегда часть ткани позади той точки, которая видна въ эндоскопъ. Кромѣ того иногда бываетъ нужно ввести въ стриктуру наконечникъ уретротомы и поэтому сюда относится все сказанное о введеніи бужа при помощи эндоскопа. Замѣчу, между прочимъ, что Фирсгенгеймъ, который считаетъ эндоскопъ необходимымъ при внутренней уретротоміи, былъ вынужденъ сдѣлать наружное сѣченіе мочевого канала два раза въ теченіе одной и той же недѣли у двухъ субъектовъ, потому что эндоскопъ совсѣмъ не могъ ему служить (21).

Эти случаи стоятъ въ противорѣчіи съ наблюденіями

(21) Loco citato.

внутренней эндоскопической уретротомии — Дезормо ⁽¹¹⁾, Рейно ⁽¹²⁾ и Портелла ⁽¹³⁾.

Впродолжение моей практики и почти всегда с успехом пользовался уретротомом Мезониёва, измененным проф. Киттером. Только при некоторых условиях выше-названный инструмент не удовлетворял своему назначению, т. е. при помощи этого инструмента нельзя было произвести внутреннего разреза известных стриктур. Поэтому я и придумал инструмент, который дополняет, так сказать, инструмент Мезониёва, т. е. предлагаемый мною инструмент можно применять в тех случаях внутреннего сечения стриктур, когда уретротом Мезониёва не может быть употреблен в дело. Чтобы выяснить значение моего уретротомы, я разберу кратко все достоинства инструмента Мезониёва, и укажу также на те условия, при которых он не может быть применен, а затем уже опишу предлагаемый мною инструмент.

Уретротом Мезониёва, измененный Киттером, имеет следующие достоинства: 1) Проводник его довольно длиннее, так что не уклоняется в сторону; 2) с помощью рвущей пластинки можно разрезать стриктуру спереди назад; 3) соседняя часть остается неповрежденными, благодаря влагалищу. Вместе с тем этот инструмент представляет два существенных неудобства, которые становятся очень важными, если приходится разрезать очень узкую стриктуру и сшивать с опирацией: 1) проводник и стембель слишком толсты, так что нельзя пройти стемблем стриктуру; 2) если бы даже можно было уменьшить калибр уретротомы, сделать инструмент тоньше, не уменьшивши в тоже время его твердости, то в некоторых случаях было бы все таки невозможным — оперировать с его помощью, потому что иная стриктуры про-

пускают только один бужь известного №, а следовательно остановили бы проводник. В таком случае нужно непременно расширить стриктуру, а если расширение по каким-либо причинам невозможно, то пришлось бы по необходимости сделать наружную уретротомию. Из моего первого наблюдения видно, что в то время, как я рвался действовать быстрее, не довольствуясь системой расширения, то я мог провести через стриктуру только бужь № 3 и то только один бужь этого №; конечно твердость и кривизна этого бужа были наиболее пригодны для данной стриктуры ⁽¹⁴⁾. Разумеется, что я не мог сделать уретротомию посредством инструмента, измененного Киттером, так как стембель его имеет от 2,5^{мм} до 3^{мм} в диаметре. Чтобы сделать уретротомию, пришлось бы расширить стриктуру до этого калибра. Не желая делать систематическое расширение стриктуры, я задался вопросом: нельзя ли придумать уретротом такого устройства, чтобы с его помощью можно было оперировать очень узкую стриктуру спереди назад, причем проводником мог бы служить первый бужь, который проходит через стриктуру (как в данном случае один бужь № 3). Просматривая свои инструменты с целью найти в них какое-либо указание, я обратил внимание на уретротом Дезормо, у которого я в свое время делал прямую ручку одновременно с изменением эндоскопа. После многих соображений мне пришло в голову сделать уретротомию следующим образом: снять с рвущего наконечника (уретротомы Дезормо) пуповку и придать рвущей пластинке форму удлиненного коня; потом, проведши бужь № 3 через стриктуру так, чтобы кончик его прошел через заднюю часть ее, сделать на наружной части бужа продольный разрез (близ отверстия мочеиспускательного канала), ввести в этот разрез

⁽¹¹⁾ De l'endoscope etc... 1865.

⁽¹²⁾ Etude sur les rétrécissements de l'urèthre 1868.

⁽¹³⁾ De l'urèthrotomie endoscopique 1864.

⁽¹⁴⁾ Все номера бужей считаются здесь по шкале Шарриера, т. е. по $\frac{1}{2}$ миллиметра.

острый конец измененного Дезормовского наконечника, натянуть наружную часть бужа на уретротомъ и удерживать их (уретротомъ и бужъ) вмѣстѣ, чтобы они составляли какъ-бы одно цѣлое; затѣмъ провести оба инструмента вмѣстѣ какъ можно медленнѣе и осторожно въ уретру, стараясь упирать бужъ и спинку уретротомъ въ верхнюю стѣнку канала (направивъ левѣе пластинки противъ нижней стѣнки). Несколько опытовъ, сдѣланныхъ на трупахъ, показали мнѣ пригодность этого способа и тогда я применилъ его къ больному. Результатъ оправдалъ мои ожидания, какъ мы увидимъ впоследствии. Операция впрочемъ была легка; служение востало особенно изъ рубцовыхъ заслонокъ, и разрывъ этихъ заслонокъ не представлялъ никакой опасности. Во второмъ наблюдении я имѣлъ дѣло со стриктурою, которая представлялась довольно твердою на всемъ протяженіи безъ рѣзкихъ выступовъ; рубцовое изменіе, казалось, не дошло еще до послѣдней степени и это заставило меня опасаться изъ которыхъ неприятныхъ случайностей. Больной хотѣлъ лечиться амбулаторно, не желая лежать въ постели, утверждая, что ему необходимо, по дѣламъ, продолжительная и ежедневная ходьба. По всемъ этимъ причинамъ мой первый разрывъ представлялъ скорѣе скарпикацію для изслѣдованія подлежащей ткани, чѣмъ уретротомію. Получивши въ первый разъ хорошей результатъ, я повторилъ операцию и такимъ образомъ сдѣлалъ двухстороннюю уретротомію и, не смотря на то, что разрывъ простирался не глубоко въ ткань, калибръ канала представлялся настолько широкимъ, что можно было не опасаться новаго служения подъ условіемъ, если продолжать введеніе бужей.

Эти два наблюденья разрывали нѣсколько вопросовъ, которые я поставилъ себѣ и заставляли меня бояться неудачи: 1) калибра въ 1^{мм} было достаточно, и бужъ № 3 такъ хорошо выполнилъ свою роль проводника, что представлялась возможность употребить № 2 всякій разъ, какъ только можно будетъ утвердить въ бужѣ конецъ уретротомъ; послѣднее не очень легко, потому что какъ только остріе вой-

детъ въ разрывъ и нужно натянуть бужъ вдоль уретротомъ, такъ остріе можетъ выйти изъ бужа. Притомъ остріе удерживается только частью бужа, толщиной въ $\frac{1}{4}$ миллиметра и потому оно легко можетъ разрываться это препятствіе и освободиться. 2) Нужно конечно выбрать по-возможности твердый бужъ, хотя при медленномъ движеніи инструмента достаточно уже самой незначительной направляющей силы, въ особенности если стриктура помѣщается въ спонгиозной части, направленіе которой почти прямое. Если оно находится въ луковичной части или на мѣстѣ соединенія луковичной части съ перепончатою, то нужно имѣть много навыка — вводить прямую трубку въ уретру, чтобы во время понизить ручку инструмента и удержать пластинку въ надлежащемъ направленіи. При-этомъ бужъ № 3 можетъ оказаться слишкомъ глубокимъ, потому что сопротивленіе, которое онъ оказываетъ при отклоненіяхъ въ стороны, становится мало замѣтнымъ. Мнѣ кажется даже, что благороднѣе будетъ не употреблять въ подобномъ случаѣ этого способа, а лучше сдѣлать наружную уретротомію при стриктурахъ въ луковичной части; наружная уретротомія не представляетъ такихъ опасностей, какія могли бы произойти отъ образования ложнаго пути. 3) Гораздо болѣе важенъ тотъ недостатокъ, который нашолъ также и въ уретротомѣ Мезоніева, именно, что свободная пластинка можетъ надрѣзать слизистую оболочку, еще не доходя до стриктуры, или послѣ прохожденія черезъ нее; это можетъ случиться тѣмъ легче, что слизистая оболочка часто бываетъ значительно измененною. Однако въ этомъ отношеніи существуетъ между названными двумя инструментами то различіе, что рѣзущая пластинка въ уретротомѣ Мезоніева требуетъ больше мѣста, чѣмъ пластинка въ уретротомѣ Дезормо, соединенномъ съ бужемъ № 3; притомъ первый инструментъ дѣйствуетъ на каналъ, выпрямленный съ насиліемъ, тогда какъ мои два инструмента, соединенные вмѣстѣ, слѣдуютъ за всѣми изгибами канала. Если вспомнить, что можно провести очень острую пластинку между тканями, не поранивши ихъ, если

только дѣлать это медленно, не надавливая на инструментъ, то станеть понятнымъ, что я не поранилъ слизистой оболочки уретры у моихъ больныхъ, упирая спинку инструмента въ стѣнку уретры и удаляя такимъ путемъ насколько было возможно лезвье отъ противоположной стѣнки. 4) можно еще справедливо опасаться, что остріе освободится изъ надрѣза, сдѣланнаго въ бужѣ. Такая неприятная случайность произошла у меня три раза подрядъ въ наблюдении II; я тотчасъ же вытащилъ пластинку, упирая спинку ея въ верхнюю стѣнку уретры. Когда это случилось въ третій разъ, то я, вынувши инструментъ, расширилъ и сдѣлалъ болѣе глубокимъ надрѣзъ на бужѣ, натянулъ послѣ этого бужъ сильнѣе на уретротомъ и тогда остріе не могло уже выскочить изъ надрѣза. Впрочемъ, чтобы избѣгнуть этого неудобства, нужно предвѣительно сдѣлать на бужѣ довольно длинный (отъ 2 до 3^{мм}), широкій и глубокий надрѣзъ, такъ чтобы остріе и часть спинки уретротомъ свободно помѣщались въ немъ. При-этомъ инструментъ приобретаетъ твердость и изгибъ бужа кромѣ того уменьшается тѣмъ болѣе, чѣмъ дальше спинка уретротомъ входитъ въ разрѣзъ, такъ что если взять тонкую и узкую пластинку, то весьма вѣроятно, что бужъ почти не изогнется.

Желая устранить случайное отдѣленіе инструментовъ (бужа и уретротомъ), также какъ и другія неудобства, я устроилъ особый инструментъ, который состоитъ изъ уретротомъ и изъ влагалища, которое покрываетъ рѣзущую пластинку. Рѣзущій уретротомъ состоитъ изъ желобчатого стебля, похожаго на стебель уретротомъ Мезоніева; длина его 22 сантиметра 7 миллиметровъ, толщина = 2 миллиграммъ; онъ оканчивается съ одной стороны рѣзущею пластинкою, а съ другою — рукояткою. Пластинка длину 2 сант. 3 милл. и толщиной въ 2 ½ милл., имѣетъ прямую спинку, которая составляетъ продолженіе стебля, и лезвье слегка вышуклое, служивающее отъ основанія къ концу, гдѣ оно закругляется подобно бронистому скальпелю. Спинка пластинки имѣетъ на своемъ концѣ какъ-бы

шило длиной въ 2 ½ милл. по-возможности тонкое и острое; оно выдается надъ спинкою пластинки, подобно острію иглки, которое на половинѣ своей длины было бы припаяно къ спинкѣ пластинки, такъ что другая половина (собственно остріе) была бы свободна и выдавалась бы за конецъ инструмента. Свободная половина имѣетъ отъ 1 до 1 ½ милл. длины. Рукоятка плоская, длиной въ 5 сант., шириною въ 5 миллиметр., припаяна къ спинкѣ стебля на всей своей длинѣ; задній ея конецъ изогнутъ вверхъ подъ прямымъ угломъ и имѣетъ 1 сант. высоты. На спинкѣ рукоятки находится подставка, черезъ которую проходитъ и по которой свободно скользятъ задній четырехугольный конецъ пинцета. На этомъ концѣ сдѣлана гайка, въ которую входитъ винтъ, поднимающій пинцетъ впередъ и назадъ въ то время, какъ вращаютъ головку винта, который проходитъ черезъ отверстіе, сдѣланное для него въ загнутой части рукоятки.

Пинцетъ открывается горизонтально и зажимается плотно помощью кольца. Очень легко понять значеніе всѣхъ этихъ частей, которыя кажутся столь сложными на первый взглядъ. Когда тонкій бужъ, напр. № 3, проходитъ черезъ стриктуру, я вытаскиваю его назадъ, пока часть его конца (отъ 1 до 2 сантиметровъ) не останется позади стриктуры; тогда я дѣлаю разрѣзъ длиной въ 2^{мм} на наружной части бужа, какъ можно ближе къ отверстию мочеиспускательнаго канала; въ этотъ разрѣзъ я помѣщаю иглу и надвигаю ее вдоль бужа такъ, что она входитъ въ бужъ дальше, чѣмъ сдѣланъ разрѣзъ; потомъ легкимъ давленіемъ ядвигаю въ разрѣзъ также и часть иглы, прилегающей къ спинкѣ рѣзущей пластинки, такъ что вся игла входитъ въ бужъ и кажется какъ будто бужъ только налезъ на концѣ пластинки. Послѣ этого я оттягиваю наружный конецъ бужа назадъ такъ, чтобы онъ помѣстился между зубцами пинцета, которые при-этомъ зажимаются; затѣмъ я повертываю головку винта для того, чтобы натянуть бужъ и чтобы игла не могла выйти изъ разрѣза. Въ такомъ видѣ легко провести весь инструментъ (уретротомъ и бужъ) до

самой стриктуры, подобно тому какъ и это сдѣлалъ въ наблюденияхъ I и II съ уретротомомъ Дезормо, лишенымъ пуговки. Но въ настоящемъ инструментѣ являются два улучшения: 1) не нужно держать пальцами ковшикъ бужа вмѣстѣ съ рукояткою уретротома, потому что для этого служить пинцетъ, и 2) нечего опасаться отдѣленія бужа отъ уретротома, какъ это случилось у меня въ наблюдении II.

Такъ какъ рѣзущая пластинка сдѣлана выпуклою, то она лучше разрѣзываетъ стриктуру, но вмѣстѣ съ этимъ можетъ разрѣзать и слизистую оболочку гораздо легче, чѣмъ пластинка моего первоначального уретротома (уретротомъ Дезормо безъ пуговки) и я думаю, что нельзя утверждать заранее, что не произойдетъ подобнаго случая. Имѣя въ виду это обстоятельство, я сдѣлалъ въ инструментѣ небольшое измѣненіе — прибавилъ къ нему особенное влагаллице для рѣзущей пластинки, и тѣмъ меньше стѣснялъ себя въ этомъ отношеніи, что инструментъ и безъ того довольно сложенъ, а прибавленіе особеннаго влагаллица для пластинки дѣлало уретротомъ несравненно болѣе удобнымъ. Особенное влагаллице, прикрывающее пластинку, состоитъ изъ полужелезка, который только обхватываетъ пластинку и продолжается въ стебель, помещающийся въ желобѣ уретротома, по которому онъ и скользитъ взадъ и впередъ. Стебель оканчивается сзади на срединѣ рукоятки пуговкою, посредствомъ которой ему, а следовательно и влагаллицу сообщается необходимое движеніе. Мѣстомъ, гдѣ помещается пуговка, опредѣляется положеніе влагаллица: если пуговка находится на срединѣ рукоятки, то пластинка совершенно покрыта влагаллицемъ; если же пуговка находится на одномъ уровнѣ съ концомъ рукоятки, то пластинка совершенно свободна отъ влагаллица. Я далъ рукояткѣ инструмента ширину въ 5^{мм}, почти такую же, какъ въ уретротомѣ Дезормо, который служилъ для меня моделью; болѣе широкая рукоятка была бы неудобна, потому что я, вводя инструментъ, обхватываю большимъ и указательнымъ пальцами обѣ стороны рукоятки,

винтъ и задній конецъ пинцета, тогда какъ мой срединъ палецъ, немного согнутый, упирается ногтемъ на пуговку стебля влагаллица и не допускаетъ движенія ея назадъ. Болѣе широкая рукоятка могла бы только помѣшать этому способу введенія, который кажется мнѣ самымъ вѣрнымъ и удобнымъ. Окончивши описаніе предлагаемаго мною уретротома для очень узкихъ стриктуръ, я позволю себѣ отвѣтить на два замѣчанія, которыя были мнѣ сдѣланы. Я помѣстилъ иглу на спинкѣ рѣзущей пластинки потому, что какъ только игла нарѣдко вставлена въ бужъ, то этотъ послѣдній хорошо натягивается на пластинку, не образуя при этомъ никакого изгиба; если же игла составляла бы продолженіе рѣзущей пластинки, то образовался бы изгибъ бужа, конечно не опасный, но тѣмъ болѣе бесполезный, что его легко устранить.

Можно бы возразить, что мой инструментъ дѣлаетъ скорѣе скарфикацію, чѣмъ настоящую внутреннюю уретротомію. Ничто не мѣшало мнѣ дать рѣзущей пластинкѣ другіе размѣры; но результаты, полученные мною, кажутся мнѣ весьма удовлетворительными. Цѣль моя состояла не въ томъ, чтобы разрѣзать стриктуру болѣе или меньше глубоко, но въ томъ, чтобы имѣть возможность разрѣзать ее, взиавши вмѣсто проводника какой-нибудь бужъ, который удастся провести черезъ стриктуру; изъ опыта извѣстно, что замѣтить одинъ бужъ другимъ болѣе толстымъ или даже другимъ бужемъ того же калибра стоитъ иногда большаго труда и требуетъ много времени. Мои три послѣднія наблюденія показываютъ, въ какой степени я достигъ своей цѣли: въ одномъ случаѣ (набл. III) не было недостатка ни во времени, ни въ согласіи больного, но общее состояніе его было неудовлетворительно; на уровнѣ стриктуры находился лозный путь, въ который бужъ входилъ почти всякій разъ (9 изъ 10); эндоскопъ переносился трудно вслѣдствіе сильнаго раздраженія канала; я рѣшился сдѣлать внутренній разрѣзъ стриктуры, надѣясь облегчить состояніе больного, доставивши мочѣ болѣе свободный стокъ. Я могъ бы въ этомъ случаѣ сдѣлать наружную уретрото-

мію, но предпочел внутреннюю поверхностную уретротомію, потому что считалъ послѣднюю операцію достигающею цѣли и менѣе опасною. Я не предполагалъ, что мѣшъ придется входить въ перепончатую часть канала, а сдѣловательно значительно опустить рукоятку уретротома. Инструментъ оказался удобнымъ при этомъ опытѣ. Я сдѣлалъ операцію не смотря на то, что было лихорадочное состояніе, которое повидимому происходило отъ ложнаго пути и раздраженія, вызваннаго постояннымъ введеніемъ бужей; я полагаю, что появленіе пѣмическихъ нарывовъ также можно приписать — какъ ложному пути, такъ и надрыву стриктуры. Въ наблюденіи IV, хотя больной и хотѣлъ оставаться въ госпиталѣ на возможно короткое время, но соглашался выписаться только тогда, когда будетъ расширена стриктура и пройдетъ лихорадка. Какъ только общее состояніе нѣсколько улучшилось, я сдѣлалъ операцію, такъ какъ больной становился все болѣе и болѣе нетерпѣливымъ по мѣрѣ того, какъ узаченіе болѣзни шло впередъ. Разрѣзъ доставилъ мнѣ ту выгоду, что я сразу получилъ такую стѣнень расширения, до которой не удалось бы дойти при одномъ расширеніи бужами, такъ какъ больной выписался бы вскорѣ изъ больницы. Кроме того операція посредствомъ рѣзающаго инструмента должна была произвести на больного болѣе сильное нравственное впечатлѣніе, сдѣлать его болѣе послушнымъ и осторожнымъ; я надѣюсь, что мое предположеніе справедливо, потому что и до настоящаго времени больной пользуется бужами, тогда какъ прежде не хотѣлъ дѣлать этого.

Наблюденіе I.

М. носильщикъ, 64 л., хорошаго тѣлосложенія, имѣлъ послѣдній разъ перелой тридцать лѣтъ тому назадъ. Повидимому хорошо выдѣлился отъ него. Женатъ уже болѣе двадцати лѣтъ; въ супружествѣ дѣтей не имѣлъ, хотя всегда былъ совершенно здоровъ и никогда не замѣчалъ ослабленія половыхъ отправленій. Годъ или полтора года тому назадъ (время онъ болѣе точно опредѣлить не могъ) больной замѣтилъ уменьшеніе струи мочи, но безъ всякой боли или затрудненія при мочеиспусканіи. Уменьшеніе струи мочи шло медленно, но постепенно впередъ и еще наканунѣ моча вытекала не по каплямъ, а тонкою струей. Въ эту ночь (3-го октября) онъ проснулся около часа и не могъ мочиться, несмотря на то, что испытывалъ сильное желаніе къ мочеиспусканію. Больной не зналъ, чему приписать это внезапное задержаніе. Меня позвали къ нему въ 3-мъ часу утра, послѣ того, какъ онъ употребилъ всѣ усилія, чтобы выпустить мочу. Бужъ упирались на 2 сантиметра позади передней поверхности мошонки о твердое и плоское препятствіе. Нитевидные бужы прямые, согнутые и скрученные долго отыскивали проходъ, иногда и входили немного, но подвигались тогда впередъ не болѣе какъ на 2^{мм}, а потомъ упирались въ новое препятствіе. Вводи попеременно бужы трехъ первыхъ номеровъ, я дошелъ мало по малу до того, что прошелъ и это второе препятствіе, но вслѣдъ за тѣмъ встрѣтилъ новое на разстояніи 1 сант. 5 миллим. позади втораго (дальше). Во время этихъ попытокъ провести бужъ желаніе мочиться становилось по-временамъ очень сильнымъ; три раза выходила при большой нагнѣ тонкая струя мочи. Послѣ многихъ попытокъ, продолжавшихся очень долго (4 час. 25 мин.) мѣшъ наконецъ удалось провести бужъ № 1 черезъ третье препятствіе, и ввести его въ пузырь и оставить тамъ.

4-е октября. Большой мочился несколько раз со вчерашнего утра; бужь не слишком беспокоит его. Я вытаскиваю бужь и вместо него довольно легко ввожу бужь № 2, который также оставляю в пузырь. При помощи этого второго бужа отлично распознаются три препятствия, которые были найдены в первый день; эти препятствия резко ограничены, но через них легко пройти, если удачно повернуть немного изогнутый бужь. Общее состояние больного удовлетворительно.

5-е октября. Большой не замечает, как отвязалась нитка, удерживавшая бужь, и как весь инструмент вошел в уретру; конец бужа, покрытый сургучем, остановился около стриктуры. Посредством длинного пинцета удается довольно легко захватить этот конец; стриктура не сжимает бужь и не затрудняет налегания его. Большой жалуется на небольшое раздражение в уретре и потому я не оставляю бужа в пузырь. Слизистая оболочка перед стриктурой красна и лишена блеска; несмотря на то, что стриктура сливается немного со здоровыми частями, она отличается от них довольно резко, благодаря случайно присоединившейся красноте. Рубцовая часть на протяжении от 2 до 3^{мм} помечается новидному на уровни слизистой оболочки и представляется как бы ее продолжением; потому она поднимается в вид диафрагмы, в которую и упирается трубка видоскопа. Прямые бужы входят немного в отверстие, но не могут пройти через него; края отверстия во много зияющие и не вполне спадаются, неправильной формы в вид треугольника.

6-е октября. Бужь № 2, вынутый вчера утром, не проходит снова; конец его проходит немного через первое препятствие, но настолько сдвигается егою преградой, что дальше проходить не может. Пройти сь трудом только один бужь № 1, который я и оставляю в канал.

7-е число. После продолжительных усилий и повторенных попыток ввести разные бужы, мне удается наконец провести бужь № 3 довольно твердый; онь проходит сь трением до самого пузыря. Оставив его на одинь час на мьсть, я цахожу его движения настолько свободными, что хочу замьнить его другимь бужемь № 4, который и входит немного, но дальше пройти не может. Также точно не удается провести и два других бужа № 3; я принужденъ

после многих тщетных попыток взять опять тот же бужь, который был вытасчен, и после некоторых новых затруднений удачно провожу его до пузыря. Движения этого бужа кажутся такими же свободными. После этого я вытаскиваю этот бужь настолько, чтобы внутренний конец его проходил через третье препятствие, дьлаю на немь близь отверстия мочеиспускательного канала разрьзь длиной во 3^{мм} и вставляю в этот разрьзь острие уретротомы Дезормо, сь которого снята пуговка (Закостренному концу этого уретротомы я даю предварительно форму удлиненного конья). Соединивь крьшко бужь и уретротомы, я ввожу оба инструмента вместе в канал, причеь упираю спинку рьзущей пластинки въ верхней стьбкь уретры. Такимь образомь я дохожу до стриктуры, которая представляеть значительное препятствие. Продолжая медленно идти вперед, я чувствую, что пластинка разрьзываеть твердое тьло, занимающее небольшое протяжение, потому что сопротивление становится вскорь незаметнымь. Я вынимаю тогда пластинку, освободивь ее оть бужа и прижимая ее спинку къ верхней стьбкь уретры; затьмь я вытаскиваю бужь и ввожу вместо него другой № 9; посльдний легко проходит через разрьзанную часть и останавливается возль третьего препятствия. Я ввожу опять бужь № 3, который входить легко, снова прикрьбляю къ нему рьзущую пластинку и дьлаю разрьзь на мьсть третьего препятствия также, какъ и прежде, сь тьми же предосторожностями и сь такимь же усилкомь. Головчатый бужь № 9 проходит безь затруднения до луковичи, несмотря на то, что бужь № 3, находится еще вь канале. После этого я вынимаю оба бужа и ввожу головчатый бужь № 15, который проходить свободно до самого пузыря. Кровь не показывалась. Пациенть не испытываль боли, но имьль ощущение расширения вь то время какъ пластинка разрьзываеть стриктуру.

8-го, 9-го, 10-го. Состояние уретры и общее состояние больного удовлетворительны. Каждый день вводился бужь № 15 до самого пузыря на несколько минуть. 10-го, я ввожу бужь № 18, который входить безь всякаго затруднения. Я отдаю этоть бужь больному, который обьщаеть вводить его самь три раза въ недьлю. Большой всталъ сь постели 9-го числа и вышелъ на воздухъ 11-го.

20 ноября. Большой занимается спомь дьломь продолжениемь

четырех недѣль; онъ постоянно вводилъ бужь; струя мочи нормальной толщины; моча прозрачна, вытекаетъ безъ боли. Изъ уретры выходитъ при сдавленіи ея немного слизи если большой не мочится впродолженіе четырехъ, пяти часовъ. Мѣсто, которое занимала стриктура, бѣлаго цвѣта, довольно мягкой консистенціи, имѣетъ три выступа, изъ которыхъ два переднихъ лежатъ довольно близко одинъ отъ другаго, а третій находится нѣсколько болѣе взади. Выступы оканчиваются съ каждой стороны чѣмъ-то вродѣ сдвоеннаго утолщенія. Промежуткомъ между этими выступами представляется бѣлымъ и гладкимъ. Оболочка, на которой сидятъ эти выступы, имѣетъ бѣлый цвѣтъ; она мягка, нѣсколько неровна, но хорошо закрываетъ уретру, тогда какъ эти выступы придаютъ отверстию треугольную форму.

Я пересталъ видѣться съ больнымъ; онъ обѣщалъ продолжать введеніе бужа одинъ разъ въ недѣлю до конца года, а послѣ этого одинъ разъ въ мѣсяць.

Наблюденіе II.

3. 55 л., сапожникъ, крѣпкаго тѣлосложенія, имѣлъ переломъ 12 л. тому назадъ, который не былъ хорошо пользованъ. Девять или десять лѣтъ тому назадъ онъ замѣтилъ, что струя мочи уменьшилась въ толщинѣ и скручивалась, но онъ не заботился объ этомъ до настоящаго времени. Когда моча стала вытекать по каплямъ, онъ обратился къ врачу, который отослалъ его ко мнѣ 15-го декабря.

Стриктура помѣщается въ спонгиозной части, нѣсколько впереди отъ задней поверхности мошонки; она пропускаетъ итевидный бужъ только послѣ долгихъ усилій и послѣ скручивания его конца. При изслѣдованіи эндоскопомъ видна окружность рубцоваго канала, который имѣетъ довольно мягкія стѣнки, способныя расширяться. Каналъ имѣетъ 5^{мм} въ діаметрѣ и 1 сантиметръ длины; за этимъ каналомъ лежитъ часть гораздо болѣе суженная. Проведя эндоскопъ насколько можно дальше, я нахожу, что отверстіе стриктуры помѣщается нѣсколько впереди отъ средины рубцовой ткани, отверстіе представляется бургорчатымъ и выдается въ трубку; оно открыто, неправильной формы

и имѣетъ $\frac{1}{2}$ миллиметра въ діаметрѣ. Если втаскивать трубку эндоскопа мало по малу, то рубцовая часть не представляется въ видѣ воронки, которая оканчивалась бы отверстіемъ стриктуры, но образуетъ усѣченный конусъ, дно котораго имѣетъ 2^{мм} въ діаметрѣ; оно выдается и имѣетъ въ срединѣ отверстіе. Часть способная расширяться совершенно смыкается, хотя при этомъ образуются толстая и неправильныя складки.

Оставивъ итевидный бужъ въ пузырь, я отпускаю больнаго *) и вижу его на другой день 16-го числа. Онъ могъ держать бужъ только впродолженіе трехъ часовъ и затѣмъ долженъ былъ вынуть его, что бы выпустить мочу. Однако 16-го я легче провѣлъ итевидный бужъ; мнѣ удалось ввести даже № 2.

18-го. Большой вынималъ бужъ каждый разъ, когда хотѣлъ мочиться, и потомъ легко вводилъ его снова, такъ что движенія бужа гораздо болѣе свободны. Несмотря на то, что я увѣрялъ его въ скоромъ выздоровленіи, если онъ станетъ продолжать правильно лечиться, онъ объявилъ мнѣ, что поѣдетъ черезъ нѣсколько дней домой въ деревню (Курляндія).

Убѣдившись, что бужъ № 3 входитъ въ пузырь, я ввожу его такъ, что внутренній конецъ его находится позади стриктуры, а на наружномъ концѣ дѣлаю надрѣзъ близъ отверстія мочеиспускательнаго канала; послѣ этого я ввожу заостренный конецъ уретрометра Дезормо въ этотъ надрѣзъ и провожу оба инструмента вмѣстѣ въ уретру, упирая уретрометръ вмѣстѣ съ бужемъ въ верхнюю стѣнку уретры, причѣмъ лезвее обращено къ нижней стѣнкѣ. На разстояніи 5 сантим. отъ отверстія канала, я чувствую, что уретрометръ освободился изъ надрѣза въ бужѣ, и вынимаю сначала рѣзющую пластинку, а потомъ и бужъ; соединивъ ихъ, я снова ввожу инструментъ въ каналъ. Дойдя почти до того же мѣста, и замѣчая опять отдѣленіе бужа отъ уретрометра. Тоже самое случилось и при третей введеніи инструментовъ. Тогда я вынулъ бужъ, увеличилъ надрѣзъ на цѣмъ и сдѣлалъ углубленіе, въ которомъ бы острие уретрометра могло удержаться; затѣмъ я опять ввелъ инструменты. Дойдя до стриктуры, инструментъ встрѣчаетъ сопротивленіе, которое

*) Я съ большимъ трудомъ уговорилъ его приходить ко мнѣ акуратно.

удается преодолеть при легком давлении на него; послѣ этого инструментъ идетъ впередъ уже легче, хотя я хорошо чувствую, что онъ разрѣзываетъ твердую ткань.

Остановивши движение инструмента какъ только чувствую, что онъ идетъ впередъ не разрѣзывая, я внимаю сперва уретротомъ, а потомъ бужъ. Большой уверяетъ, что не испытывалъ при-этомъ никакой боли; кровь не показывалась. Бужъ № 10 входитъ безъ всякаго затрудненія. Я отпустилъ его, не давши ему бужа.

20. Большой хорошо мочился впродолженіе этихъ двухъ дней. Не замѣтно ни инфилтраціи, ни воспаления, ни лихорадки. Бужъ № 12 проходитъ безъ затрудненій, но № 15 останавливается. Такъ какъ больной все-таки думаетъ о поѣздкѣ домой, то я повторяю съ нимъ ту же операцію, что и 18-го съ той разницей, что я беру вмѣсто № 3 бужъ № 8 и разрѣзъ дѣлаю нѣсколько влѣво отъ предыдущаго.

Бужъ № 18 входитъ безъ всякаго затрудненія до самаго пузыря. При изслѣдованіи эндоскопомъ разрѣзанная часть представляется бѣлою и безкровною. Второй разрѣзъ отстоялъ почти на 2^{мм} отъ перваго; вся стриктура имѣла въ длину отъ 1 сант. 2^{мм} до 1 сант. 5^{мм}; позади ея не видно никакого суженія; слизистая оболочка стриктуры представляеть рѣзкую красноту и катарральныя измѣненія. Стриктура пропускаетъ легко трубку эндоскопа № 16 вмѣстѣ съ мандреномъ и стѣпки не совсѣмъ спадаются совершенно позади трубки, когда ее внимають; разрѣзанная часть соприкасаются между собою, но первоначально открытое отверстіе остается такимъ же и теперь; оно кажется даже нѣсколько болѣе широкимъ, чѣмъ до операціи.

Большой явился ко мнѣ 22-го числа; моча вытекаетъ свободно и безъ боли; нѣтъ ни воспаления, ни отека, ни лихорадки. Бужъ № 18 (отверстіе канала не пропускаетъ болѣе толстый бужъ) проходитъ безъ затрудненій и безъ боли; больной отправляется на родину; ему данъ бужъ № 18 и онъ обѣщаетъ вводить его одинъ разъ въ недѣлю. По свидѣніямъ, полученнымъ мною 22-го февраля не прямо отъ больного, оказывается, что онъ совершенно здоровъ.

Наблюденіе III.

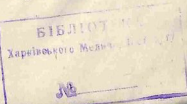
Д., мелочной торговель, 52 лѣтъ, крупнаго тѣлосложенія, поступилъ 2-го января 1873 г. въ Маріинскую больницу (№ 18). Онъ имѣлъ перелой нѣсколько лѣтъ тому назадъ и впродолженіе пяти или шести лѣтъ у него бывало по-временамъ задержаніе мочи, такъ что приходилось употреблять катетеръ; послѣ введенія катетера появлялось обыкновенно кровотеченіе. 31-го декабря 1872 года новое задержаніе мочи. Введеніе катетера было очень болѣзненно и сопровождалось сильнымъ кровотеченіемъ; катетеръ не выпустилъ мочи. Послѣ продолжительной ванны больной мочился по каплямъ впродолженіе ночи, также и 1-го января. Его послали ко мнѣ утромъ 2-го и я помѣщая его въ свое отдѣленіе.

Итвидный бужъ наталкивается въ луковичной части на дряблую зернистую поверхность, что и вызываетъ истеченіе значительнаго количества крови. Головчатый бужъ № 12 встрѣчаетъ передъ луковичною препятствіе, черезъ которое онъ при нѣкоторомъ давленіи проходитъ сразу почти на полтора сантиметра, а потомъ упирается въ ту же самую поверхность, какъ и итвидный бужъ; вытекаетъ много крови. Дойдя до перваго препятствія, эндоскопъ показываеть твердую стриктуру бѣлаго цвѣта, но не въ видѣ воронки; у передняго края ея находится разрывъ, представляющей отверстіе ложнаго пути. Края разрыва немногіе волокна, не кровоточатъ, также какъ и начало ложнаго пути; отверстіе ложнаго пути, а отчасти и самый путь я раздвинулъ посредствомъ зонда.

Отверстіе стриктуры находится на передней трети рубцовой части; я ввожу въ него итвидный бужъ, который не проходитъ и гнется въ эндоскопической трубкѣ. Я ввожу тотъ же самый бужъ безъ эндоскопа и онъ проходитъ послѣ довольно продолжительныхъ попытокъ; я оставляю этотъ бужъ въ пузырь.

3-го. Большой могъ держать бужъ только впродолженіе одного часа. Я снова ввожу бужъ, совѣтуя больному дѣлать все, чтобы мочиться не вынимая бужа.

4-го. Большой имѣлъ вчера послѣ полудня довольно сильный знобъ, за которымъ послѣдовалъ незначительный жаръ и впродолженіе ночи потъ. Онъ удержалъ бужъ и, несмотря на его



присутствие, мог выпускать мочу, хотя и с большим затруднением. Буж № 2 входит довольно трудно; после нескольких движений вперед и назад, я могу забить его бужем № 3, который и оставлю на мѣстѣ. Черезъ часть я вынимаю этотъ бужъ, оставивъ кончикъ его въ перепончатой части, потомъ ввожу иголку моего новаго уретротома въ разрѣзъ на бужѣ, а наружный конецъ захватываю пинцетомъ. Послеъ этого я провожу инструментъ въ каналъ и какъ только онъ остановился около стриктуры, открываю пластинку и разрываю сужение на протяжении 5—8^{мм}, потомъ снова ввожу пластинку во влагалище и вынимаю уретротомъ. Эластическій головчатый бужъ № 9 не входитъ въ перепончатую часть; я ввожу снова № 3 и провожу по нему металлическій катетеръ № 12, открытый на внутреннемъ концѣ; катетеръ тоже упирается въ стриктуру. Тогда вынулши катетеръ, я вкалываю опять иголку въ разрѣзъ на бужѣ № 3, укрѣпила бужъ и ввожу уретротомъ въ каналъ; какъ только онъ остановился въ луковичной части, я оттягиваю влагалище и, продолжая двигать уретротомъ, опускаю руку, чтобы войти въ перепончатую часть; какъ только инструментъ идетъ свободно, я надвигаю влагалище на пластинку и вывожу инструментъ наружи. При-этомъ не показалось ни капли крови; тотчасъ послеъ этого я легко ввелъ эластическій катетеръ № 12 въ пузырь и оставилъ его на мѣстѣ.

5-го. Больной не обнаруживаетъ ни мѣстной, ни общей реакціи. Моча свободно вытекала черезъ катетеръ; но утромъ около 8 часовъ она остановилась и собралась въ пузырь; не обезвоживая впрочемъ больного. Выданный катетеръ оказался закупореннымъ гноемъ. Я ввелъ тотчасъ же для пробы катетеръ № 21, который прошелъ, какъ у здороваго человѣка, и выпустилъ 6 унцій мочи. Ни крови, ни боли при-этомъ не было. Я не оставляю катетеръ въ пузырь и позволяю больному встать.

6-го. Больной хорошо мочился, только сегодня утромъ струя сдѣлалась немного тоньше. Катетеръ останавливается на нѣкоторое время въ ложномъ пути, но затѣмъ свободно проходитъ въ пузырь, гдѣ я его и оставляю. Крови не было. Кожа нѣсколько горяча. Температура 39.4 *).

*) Къ сожалѣнію я потерялъ таблицу повышения температуры отъ 7-го

8—10-го. Катетеръ былъ вынутъ 7-го и не былъ замѣненъ другимъ; я ограничился тѣмъ, что вводилъ его черезъ день, и дѣлалъ каждый день по два впрыскиванія въ каналъ (растворъ сѣроукислаго цинка $\frac{1}{4}$ гр. на унцію); несмотря на то, что впрыскиваніе дѣлалось осторожно, жидкость попадала почти вскаій разъ въ пузырь. Всякій вечеръ появляется небольшая лихорадка.

12-го. Металлическій катетеръ № 21 проходитъ свободно, но эластическій бужъ № 15 упирается въ ложный путь. Опухоль, боль и краснота на верхнемъ концѣ передней поверхности праваго преддѣля.

14-го. Относительно катетера тоже. Я разрывалъ опухоль на преддѣльи, причемъ вывелъ доброкачественный гной. Каждый вечеръ попрежнему появляется небольшое лихорадочное состояніе.

16-го. Катетеръ проходитъ свободно. Лихорадочное состояніе уменьшилось. Изъ раны на преддѣльи выходитъ мало гноя. На передней поверхности лѣваго бедра на мѣстѣ соединенія верхней трети съ средею появилась незначительная опухоль, болѣзненная при давленіи.

18-го. Сегодня утромъ струя мочи была гораздо тоньше. Металлическій катетеръ № 18, который всегда проходилъ свободно, упирается сегодня въ ложный путь и проходитъ черезъ луковичную часть канала, когда скользитъ по тонкому бужу, который служитъ для него проводникомъ (какъ и 4-го числа). Преддѣлье въ хорошемъ состояніи. Опухоль на бедрѣ даетъ глубокую флюктуацію и черезъ сдѣланный въ тотъ же день разрѣзъ выходитъ значительное количество кровянистаго гноя (8 унцій); глубина раны 5 $\frac{1}{2}$ сантиметровъ. Лихорадочное состояніе увеличилось и появляется каждый вечеръ. Кожа приняла желтоватый землистый оттѣнокъ. Печень нормальная, также и селезенка.

20-го. Металлическій катетеръ № 18 входитъ безъ проводника. Моча краснаго цвѣта и даетъ значительный осадокъ гноя. Преддѣлье въ хорошемъ состояніи. Гной пзъ бедра все-еще сугубовичный и волючий. Правая височная область немного болѣзненна, красна и опухла.

до 25-го числа. Температура за 6-е число извѣстна, такъ какъ случайно она была вписана еще въ другую тетрадь, въ которой я потомъ и нашелъ ее.

22 — 24-го. Катетеръ входитъ свободно, только прямой. Моча красна, гной въ ней меньше. Изъ предлечья не выходитъ больше гноя. Гной изъ бедра все-еще идетъ въ изобилии; онъ сукровичный, бурого цвѣта и воючий. Правая височная область даетъ небольшую флюктуацию.

25-го. Катетеръ № 21 почти прямой входитъ свободно. Предлечье и бедро находятся въ прежнемъ положеніи. Проколъ въ правой височной области доставляетъ немного гноя (драхма). Есть небольшой аппетитъ. Температура 38,2.

26-го. Температура 38,4.

27-го. Металлическій катетеръ № 21 проходитъ свободно. Моча все-еще содержитъ немного гноя, но она меньше красна. Гной изъ бедра такого же вида, какъ и прежде. Температура 39,1.

28-го. Температура 39,1.

29-го. Больной имѣлъ вчера вечеромъ продолженіе одного часа довольно сильнаго бреда, который прекратился послѣ приложеній холодныхъ компрессовъ на голову. Относительно катетера и мочи тоже. Гной изъ правой височной области все-еще хорошаго свойства; отдѣляется въ небольшомъ количествѣ (нѣсколько капель). Изъ бедра идетъ сукровичный гной. Температура 39,2.

30-го. Вреда не было. Температура 39,1.

31-го. Гной изъ бедра болѣе чистый и густой. Височная область немного болѣе опухла; болѣзненность ея тоже увеличилась. Зондируя нарывъ, я нахожу накопленіе гноя въ глубинѣ разрыва, края котораго склеились на поверхности. Температура 39.

1 февраля. Относительно катетера тоже. Темп. 39.

2-го. Изъ височной области и изъ бедра гной идетъ хорошій. Темп. 38,4.

3-го. Катетеръ № 21 проходитъ свободно. Изъ виски отдѣляется доброкачественный гной; изъ бедра снова бурый и воючий. Бедренная кость не повреждена и покрыта надкостницей, несмотря на то, что нарывъ окружаетъ ее совершенно. Темп. 37,2.

4-го. Изъ бедра отдѣляется болѣе густой гной, содержащій желеватяныя жилки. Темп. 39.

5-го. Тоже самое. Темп. 38,1.

6-го. Съ третьяго дня начался запоръ; вчера вечеромъ было нѣсколько запоровъ безъ жару и пота. Изъ бедра отдѣляется добро-

качественный гной, но не въ такомъ изобилии, какъ прежде. Опухоль височной области меньше, гной отдѣляется только изъ поверхностной раны, которая появилась на мѣстѣ разрыва. Темп. 39,1. — Дано слабительное.

7-го. Височная область и бедро въ такомъ же положеніи. На лбу возлѣ волосъ появилась краснота на ширину пальца; кожа волосистой части головы болѣзненна и опухла на такомъ же протяженіи. Темп. 39,1.

8-го. Лобъ и волосистая часть головы въ хорошемъ положеніи. Появилась рожа на лѣвой височной области и на затылкѣ. Изъ бедра отдѣляется хорошій гной. Катетеръ проходитъ свободно; моча блѣдная и содержитъ меньше осадка. Темп. 38,2.

9-го. Затылокъ и височная область блѣдна; рожа занимаетъ лѣвую скуловую область и ухо. Правая височная область почти покрыта рубцомъ; гной изъ бедра отдѣляется хорошій. Общее состояніе удовлетворительное. Темп. 36,4.

10-го. Рожа исчезла со скуловой области; ея почти нѣтъ и на ухѣ. Катетеръ № 21 проходитъ свободно. Моча лучшаго вида и вытекаетъ свободно, но 48 часовъ спустя послѣ введенія катетера струя стала снова нѣсколько тонкою. Темп. 36,4.

11. Рожа исчезла. Темп. 36,1.

13—15. Правая височная область здорова; гной изъ бедра хорошаго свойства и его очень мало. Катетеръ № 21 входитъ такъ же свободно, и большой хорошо мочится. Темп. 36,3.

17. Все идетъ удовлетворительно. Больной встаетъ сегодня, но не ходитъ, хотя онъ можетъ стоять. Темп. 37,1.

Съ этихъ поръ улучшеніе шло каждый день впередъ. Гной изъ бедра уменьшался въ количествѣ, и имѣлъ хорошія свойства; больной началъ понемногу ходить по залѣ; аппетитъ появился снова; испраженія сдѣлались правильными. Моча вытекала свободно, не смотря на то, что я вводилъ катетеръ черезъ каждыя три дня, а потомъ черезъ четыре. 26-го февраля эластическій головчатый бузъ № 20 съ немного изогнутымъ концомъ вошелъ свободно. Стриктура былаго цвѣта, гладкая, на ней не замѣтно и слѣдовъ разрыва; она спадается почти совершенно, хотя при-этомъ образуются толстия и неправильныя складки. Ложный путь все-еще замѣтенъ; онъ кажется открытымъ, но я не пробовалъ вводить въ него зондъ.

12 марта, больной выписывается из больницы. Он чувствует себя хорошо, прогуливается каждый день и заметно поправляется. Моча вытекает очень свободно; эластические и металлические бужы № 21 проходят легко, не останавливаясь у ложного пути. Больной общается продолжать введение бужа.

Наблюдение IV.

А., лакей, 57 лет, среднего телосложения, поступил 9 февраля 1873 г. в Маринскую больницу (№ 749). Уже несколько лет моча выходит с трудом; четыре года тому назад он был в моем отделении, так как имел стриктуру после перелома, которую я лечил помощью медленного расширения. С тех пор он не заботился больше о стриктуре и не продолжал употреблять бужа, как общался это прежде. Он испытывает иногда довольно сильные боли в области почек, которые оказываются чувствительными при перкуссии. Моча вытекает в виде очень тонкой и извитой струи. Стриктура длиною в 3 сантиметра; судя по ощущению промешности, расположена впереди и позади задней поверхности мочевого пузыря. Она была цвета, циркулярна, не очень тверда и видается резко на слизистой оболочке, которая не представляет изменений в окружающей слизистой. Стриктура начинается довольно резко, и почти в центре своем представляет неправильное, поперечное отверстие. Буж № 2, немного изогнутый, проходит через сужение без большого затруднения, несмотря на то, что проходит узко. Буж № 3 входит немного, но не может пройти дальше 5^{мм}. С некоторого времени появилось сильное лихорадочное состояние, в особенности по вечерам. Больной слаб; язык сух, покрыт слизью. Темп. 37.4 — вечером 40*).

10-го. Вчера вечером был сильный приступ лихорадки; больной провел ночь безмятежно, бредил; успокоился только к

*) Вечерняя температура изменялась всегда между 7 и 8 часами; утренная, как и в III наблюдении, около 9 часов.

утру. Лицо землистого цвета; кожа горяча, немного влажна. Моча темного цвета, мутная, с довольно обильным гнойным осадком; профильтровавши мочу, я не нашел в ней бугла. Струя мочи выходит не лучше, чем до введения бужа. Больной страдает постоянно от боли в области почек, но особенно по вечерам во время приступа лихорадки. Темп. 37.4 — вечером 40.

11-го. Вчера вечером в 11 часов был сильный озноб, потом жар и в продолжение всей ночи больной сильно потел. С сегодняшнего утра, он чувствует себя лучше и не чувствует того постоянного безпокойства, которое он испытывал в последние дни. Кожа в хорошем состоянии; большая слабость. Темп. 37 — вечером 37.4.

12-го. Утром был новый озноб. Больной не испражнялся в продолжение 48 часов, и чувствует раздутость живота. Темп. 40.4. — Слабительное. — Темп. вечером 40.

13-го. В продолжение вчерашнего дня два приступа озноба, но без жара. Ночью потел немного, спать хорошо. Два обильных испражнения. Темп. 37 — вечером 37.2.

14-го. Ни озноба, ни жара. Буж № 2 проходит хорошо; буж № 3 не проходит. Темп. 37.2 — вечером 37.

15-го. Все идет хорошо. Темп. 37.2. Буж немного тоньше № 2, довольно плотный, входит свободно до самого пузыря; он тотчас же сжимается стриктурою, но становится более свободным при движениях вперед и назад. Я вытаскиваю его настолько, что конец проходит позади стриктуры, надрызывая его продольно возле наружного отверстия уретры, ввожу в разрыв иглу моего уретротомы, натягиваю на него буж помощью пинцета*), потом двигаю инструмент в канал. Дойдя до стриктуры, открываю пластинку, разрываю стриктуру, которая представляет умренное сопротивление; потом, как только пластинка делается свободною, надавливая влагалице и покрываю им пластинку. Сделав это, продолжаю проводить уретротом до луковицы, перед кото-

*) Так как буж был несколько короток и не доходил до пинцета, то я призывал к нему иглу, которую вкладывал в пинцет; операция от этого не менее удалась.

рой онъ останавливается, несмотря на то, что я не дошелъ до искривленія канала. Открывши снова пластинку, я разрывала другую мягкую стриктуру, которая, по видимому, имѣетъ 6 или 8 миллиметровъ длины; послѣ этого инструментъ, покрытый влагалищемъ, свободно проходитъ въ перепончатую часть. Крови не показывается, но больной увѣряетъ, что онъ испытывалъ очень сильную боль при каждомъ разрывѣ и что онъ очень хорошо чувствовалъ, какъ пластинка разрывала ткани. Эластическій катетеръ № 15 проходитъ какъ по нормальному каналу, до самаго пузыря, изъ котораго онъ выпускаетъ два фунта мочи. Я укрѣпляю его въ пузырь. — Вечеромъ тепер. 38.

16-го. Большой хорошо свалъ, моча вытекала въ изобиліи черезъ катетеръ. Общее состояніе превосходно. Изъ уретры выходитъ немного гноя; я внимаю катетеръ и ввожу металлическій бузъ № 18 (отверстіе канала не пропускаетъ болѣе толстый); посредствомъ этого буза можно хорошо ощущать первую стриктуру, но онъ не останавливается въ ней; вторая стриктура не даетъ никакого ощущенія. Катетеръ не оставленъ въ пузырь. — Темп. 37.3 — вечеромъ 37.1.

17-го. Все идетъ хорошо. Моча идетъ толстою струей. Темп. 37 — вечеромъ 37.2.

18-го. Все удовлетворительно. Больной встаетъ и прогуливается; изъ уретры не отдѣляется ни крови, ни гноя. При мочеиспусканіи нѣтъ никакой боли. Катетеръ № 18 проходитъ хорошо; большой легко вводитъ эластическій бузъ того же калибра. Моча чиста. Темп. 37.2 — вечеромъ 37.3.

19-го. Все идетъ хорошо. Въ уретрѣ нѣтъ никакой боли, не замѣтно и истеченія гноя. Моча вытекаетъ свободно, толстою струей и безъ боли. Бузъ № 18 проходитъ очень хорошо. Моча немного темна, въ ней почти незамѣчается слизи. Общее состояніе превосходно. Темп. 37.

Больной выписанъ изъ больницы 20-го числа. При изслѣдованіи эндоскопомъ (я не сдѣлалъ эндоскопическаго изслѣдованія до операціи, боясь вызвать приступъ лихорадки) стриктуры оказались бѣлаго цвѣта и мягки. Разрывъ въ каждой изъ нихъ представлялся въ видѣ борозды, края которой не сходились совершенно, вследствие чего закрытый каналъ представлялъ неправильную форму.

Я снова видѣлъ больного 12-го марта. Онъ увѣряетъ, что вводитъ регулярно бузъ № 18 три раза въ недѣлю. Стриктуры сдѣлались повидимому значительно болѣе мягкими; стѣнки ихъ сдались лучше. Большой мочился свободно и съ каждымъ днемъ у него прибавилъ силы; онъ началъ попрежнему исполнять свою должность.

Большой снова пришелъ ко мнѣ 2-го апрѣля. Онъ совершенно здоровъ; общаеъ однако продолжать введеніе буза одинъ разъ въ недѣлю.

Наблюденіе V.

М. прикащикъ, 29 лѣтъ, 7 лѣтъ тому назадъ имѣлъ переломъ, который, какъ казалось, былъ совсѣмъ вылеченъ. Замѣтилъ 2 или 2½ года тому назадъ, что струя мочи сдѣлалась тоньше и вытекала винтообразно; позывы чаще и непреодолимы; нѣсколько капель мочи остались въ каналѣ, и вытекли еще спустя нѣсколько минутъ.

22 апрѣля, М. является ко мнѣ въ 11 часовъ вечера, жалуясь, что послѣ употребленія въ тотъ день пуншу и шампанскаго вина онъ не можетъ мочиться, несмотря на всѣ свои усилія. Лицо немного бѣдное, покрыто потомъ; позывы такъ сильны, что онъ едва можетъ спокойно лежать на кровати. Бузъ эластическій № 3 встрѣчаетъ въ разстояніи 0,05 отъ наружнаго отверстія плоскую преграду, на которой онъ нигдѣ не находитъ отверстія. Бузъ № 2 съ согнутымъ концемъ, входитъ послѣ нѣсколькихъ попытокъ въ стриктуру, какъ кажется короткую, пройдя которую онъ входитъ свободно. Потомъ бузъ № 3 входитъ тоже, но не проходитъ болѣе какъ въ 3 см.; послѣ того онъ задерживается и сжимается стриктурою. Во время всѣхъ этихъ введеній больному удается выпустить три раза мочу, всего на всего около осьми унцій; за послѣднимъ буземъ (№ 3), оставленнымъ на четверть часа на мѣстѣ, больной выпускаетъ еще отъ трехъ до четырехъ унцій мочи.

25-го. Большой мочится довольно свободно. Эндоскопъ показываетъ, что стриктура бѣлая, не очень жесткая, и что она рѣзко отличается отъ нормальной слизистой оболочки. Отверстіе почти на срединѣ рубцовой ткани, немного впрочемъ ближе къ передней

стѣнкѣ уретры. Отверстіе неправильно треугольное, открытое; бука № 2 легко входитъ, какъ и бука № 3, который останавливается въ томъ же мѣстѣ, какъ и въ первый разъ. Больной не чувствуетъ боли и не имѣетъ лихорадки. Онъ увѣряетъ, что, по своимъ обязанностямъ, онъ не можетъ поддѣржаться правильно и продолжительному леченію; онъ долженъ часто, по дѣламъ, объѣзжать въ обществѣ, пить разныя вина и даже не спать всю ночь.

Бука № 2½ входитъ хорошо. Когда его конецъ дошелъ до переночатой части, я его разрываво вдоль, около отверстія мочевого канала, ввожу въ разрывъ иглу моего уретротома, натягиваю помощью пинцета и вдвигаю инструментъ въ каналъ. Довдя до стриктуры, я открываю пластинку и разрываю рубцовую ткань, не очень твердую, на протяженіи 4 или 6^{мм}. Вдвигая потомъ влагаллице впередъ, чтобы покрыть пластинку, и ввожу уретротомъ до переночатой части, въ которую онъ легко входитъ. Послѣ того, головчатый бука № 18 входитъ свободно до бульбозной части, гдѣ онъ встрѣчается новое, но мягкое препятствіе, которое онъ преодолеваетъ довольно легко. Ни одной капли крови.

Эндоскопомъ видно, что первое препятствіе разрывано хорошо и правильно; разрывъ бѣлый. За стриктурою слизистая оболочка бѣлая, рубцова, выпуклая, но мягкая; стѣнки спадаются довольно хорошо, но складки очень толстыя. На мѣстѣ второго препятствія бѣлая ткань сжужена незначительно, такъ что эндоскопическая трубка № 15, съ мацеровомъ, входитъ свободно. Переночатая и предстательная части катаральныя.

Больной увѣряетъ, что онъ ощущалъ чувство разрыванія, но безъ особенной боли.

27-го. Больной чувствуетъ себя хорошо. Онъ мочится безъ боли; никакой реакціи въ каналѣ. Бука № 18 входитъ свободно и большой обѣщаетъ проводить его самъ два раза — или по крайней мѣрѣ одинъ разъ — въ неделю, а потомъ переходитъ къ букамъ № 19, 20 и даже 21.

Итакъ я представляю здѣсь нѣтъ случаевъ стриктуръ, которыя были разрываны спереди назадъ, внутри канала, несмотря на то, что у всѣхъ этихъ больныхъ калиберъ суженія былъ на-

столько малъ, что нельзя было провести обыкновенныхъ уретротомовъ. Первоначальный инструментъ былъ нѣсколько неудобенъ для операціи, и притомъ можно было опасаться раненія здоровой слизистой оболочки; я прибавилъ къ инструменту иглу и пинцетъ для удерживанія бука, и влагаллице покрывающее пластинку; все это дѣлаетъ инструментъ болѣе удобнымъ и безвреднымъ. Для стриктуръ спонгиозной части, достаточно ввести инструментъ по направленію почти прямому, какъ прямоу катетеръ; нужно только слѣдить за областю ligament suspensoris, гдѣ уретра такъ часто дѣлаетъ изгибъ. При-этомъ не нужно дѣлать никакого усилія. Относительно стриктуръ, расположенныхъ на мѣстѣ соединенія луковичи съ переночатою частью, мое III наблюденіе показываетъ, что игла достаточно крѣпка, чтобы вынести нужное усиліе; бука № 3 и № 2 настолько тверды, что могутъ служить проводниками. Опыты, сдѣланные мною на другихъ больныхъ, не имѣвшихъ стриктуръ, показали мнѣ, что достаточно даже бука № 2, чтобы доходить до пузыря, а это очень важно. Я совѣтую притомъ, чтобы послѣ разрыва стриктуры не вводить пластинку обратно во влагаллице, но лучше надвинуть влагаллице на пластинку, какъ я сдѣлалъ въ наблюденіяхъ IV и V, а потомъ провести инструментъ до переночатой части. Такимъ путемъ можно опредѣлить, въ какомъ состояніи находится каналъ, и если притомъ встрѣчается стриктура, которая не была замѣнена прежде, то ее можно разрывать, не вводя уретротомъ во второй разъ. Можно считать рѣшеннымъ вопросъ о томъ, достаточно ли разрывать, потому что отъ калибра стриктуръ 0,002^з я дошелъ до 0,006. — Этотъ результатъ понятенъ, потому что стриктура всегда мягче и болѣе растяжима въ глубинѣ, чѣмъ на поверхности. Часто достаточно бываетъ сдѣлать простой надрывъ на поверхности, представляющей сопротивленіе, для того, чтобы потомъ провести свободно толстые инструменты. Если тотчасъ послѣ операціи я проводилъ буку меньшаго калибра, чѣмъ 6^{мм}, то это было сдѣлано для того, чтобы не раздражать или не повреждать разрыванной поверхности; лучше быть излишне осторожнымъ, чѣмъ слишкомъ рѣшительнымъ.

Что касается до послѣдовательнаго расширенія, то я принимаю его не смотря на то, какая операція была сдѣлана при

рубцовой стриктурѣ. Я думаю, какъ и другіе авторы *) , что гдѣ есть рубцовое измѣненіе, тамъ есть и всегда будетъ стягиваніе соответственныхъ частей, и каково бы ни было леченіе, одно только послѣдовательное расширеніе можетъ предохранить отъ рецидива.

Итакъ всякая стриктура, проходима для бука, можетъ быть разрѣзана спереди назадъ, каковъ бы ни былъ ея калибръ, потому что всякая стриктура, пропускающая буку № 1, пропуститъ черезъ два или три часа буку № 2. Задача кажется мнѣ тѣмъ болѣе разрѣшенной, что при-этомъ не нужно вводить особаго проводника, такъ какъ его роль можетъ выполнить тотъ бужъ, который удалось провести, а это представляеть большое удобство. Придется вѣроятно сдѣлать много измѣненій и улучшеній для того, чтобы достигнуть высшей степени совершенства, но первый шагъ сдѣланъ. Я представляю здѣсь добытые мною результаты въ такомъ видѣ, въ какомъ я получилъ ихъ, и буду считать себя счастливымъ, если они окажутся достойными того, чтобы на нихъ обратили вниманіе. Если же мой способъ самъ по себѣ окажется непригоднымъ, то быть можетъ онъ послужитъ основаніемъ для того, чтобы достигнуть болѣе важныхъ результатовъ. Принимая съ восторгомъ всякое усовершенствованіе, которое будетъ сдѣлано послѣ меня, я надѣюсь, что посильно содѣйствовала успѣхамъ той отрасли хирургіи, для которой я посвятилъ себя.

*) Leçons de Phillips, par Kuborn 1859. — On stricture of the urethra, by Samuel Wilmot 1858.

Положенія.

1. При леченіи рубцовыхъ стриктуръ всѣ способы должны быть приняты въ соображеніе; нельзя предпочитать одинъ изъ нихъ исключительно.
2. Одно медленное и постепенное расширеніе можетъ вылечить стриктуры.
3. Отрицательное электрохимическое прижиганіе стриктуръ полезно только въ весьма исключительныхъ случаяхъ.
4. Рубцовыя стриктуры невзлечимы.
5. Заразительный перелой можетъ произойти безъ зараженія.
6. Колайскій бальзамъ прямо дѣйствуетъ на уретру и прямо вылечиваетъ перелой.
7. Тошнота и рвота очень часто не бываютъ при почечныхъ коликахъ.
8. Недержаніе мочи, послѣ литотоміи и литотриіи, происходитъ или отъ вытягиванія рубца въ просвѣтъ уретры, или, чаще, отъ фолликулярной зернистости и отъ ея послѣдствій.
9. Задержаніе мочи, при отравленіи опиумъ, происходитъ отъ спазмодическаго сокращенія сфинктера.
10. При камнѣ въ мочеиспускательномъ каналѣ (calculus in urethra) выжидательный способъ можетъ быть пагубенъ, особенно если требуется вводить катетеръ для испусканія мочи.

Изъясненіе фигуръ.

Фиг. I Мой уретротомъ — закрытый.

А. Стебель уретротома, содержащій въ себѣ стебель влагалница.

В. Верхняя часть (спинка) пластинки.

С. Иголка.

Ж. Влагалнице, покрывающее пластинку.

З. Рукоятка, видна съ боку.

Д. Открытый пинцетъ.

Т. Кольце пинцета.

О. Пуговка стебля влагалница.

Г. Подставка, черезъ которую скользить пинцетъ.

В. Винтъ, двигающій пинцетъ.

К. Головка винта.

З'. Согнутая часть рукоятки, черезъ которую проходить винтъ.

И. Четвероугольная часть (рукоятка) пинцета.

Фиг. II Открытый уретротомъ, соединенный съ пинцетомъ.

А. З. Т. Г. Б. К. З'. И. какъ въ фиг. I.

В. Лезвѣ пластинки свободной отъ влагалница.

Ж. Влагалнице отгнутае назадъ.

Д. Закрытый пинцетъ, захватывающій бужъ въ Р.

У. Мѣсто помѣщенія иголки въ бужѣ.

О. Пуговка стебля влагалница, на уровнѣ съ концомъ рукоятки.