

III.

Изъ Гинекологическаго Отдѣленія проф. Отта
въ Клиническомъ Институтѣ Великой Кня-
гини Елены Павловны.

Иъ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при
гидронефрозѣ.

А. Драницына.

I.

Не смотря на то, что клиническая исторія и оперативное лѣченіе гидронефроза принадлежатъ такъ называемому блестящему періоду брюшной хирургіи, который наступилъ со времени введенія антисептики и асептики, тѣмъ не менѣе, одна-кожъ, ни показанія, ни дифференціальная діагностика, ни методы оперативнаго вмѣшательства далеко не достигли того совершенства, какое мы видимъ, напр., при лѣченіи кистъ и другихъ опухолей половой сфѣры. Причина такого явленія, отчасти, лежитъ въ самой сущности того и другаго заболѣванія. Опухоли половой сфѣры представляютъ собою новообразованія, и самое ихъ присутствіе есть уже показаніе для удаленія, при чемъ исходъ операціи тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ ранѣе опухоль удалена, гидронефрозъ же не есть новообразованіе, а только результатъ отсутствія правильнаго выведенія продукта функціонированія органа, имѣющаго важное значеніе для жизни, и удаленіе котораго можетъ гибельно отозваться на всемъ организмѣ. Только тогда, когда ткань почки при

дальнѣйшемъ теченіи гидронефроза настолько измѣнится, что почка представляется бесполезнымъ органомъ, а самъ гидронефрозъ достигнетъ наибольшихъ размѣровъ, разбрасное заболѣваніе, въ отношеніи показаній, можно сравнить съ новообразованиемъ, требующимъ удаленія всего органа.

Однакожъ полное измѣненіе и слѣдовательно бесполезность для организма всей почечной ткани опредѣлить весьма трудно: присутствіе гидронефроза за это еще не говоритъ; мы знаемъ такъ называемые интермиттирующіе гидронефрозы, при которыхъ, въ періодѣ исчезанія опухоли, почка повидимому функционируетъ болѣе или менѣе правильно. Экспериментальныя изслѣдованія подтверждаютъ, что приблизительно $\frac{1}{4}$ часть почечной ткани способна взять на себя функцію всей почки ¹⁾. вмѣстѣ съ этимъ важность почки для жизни организма, часто одновременное заболѣваніе обѣихъ почекъ, трудность самой операціи и неблагоприятныя статистическія данныя относительно исхода операціи, обязываютъ насъ къ весьма осторожному образу дѣйствія, т. е. приступать къ удаленію только въ крайнемъ случаѣ. И дѣйствительно въ началѣ *Simon*, а въ послѣднее время *Küster*, какъ увидимъ ниже, считаютъ возможнымъ путемъ нефротоміи возстановить дѣятельность почки и правильное выведеніе мочи, если есть возможность устранить причину заболѣванія, напр., камни, клапанообразныя заслонки и пр.

Этіологическій моментъ, какъ и во всякой другой болѣзни, долженъ бы играть важную роль въ установленіи показаній къ тому или другому оперативному вмѣшательству; къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ только по вскрытіи мѣшка, или даже по его удаленіи выясняется причина гидронефроза. *Küster* предпочитаетъ нефротомію уже и потому, что она составляетъ діагностическое средство ради опредѣленія, не представляетъ-ли причину заболѣванія такое патологическое явленіе, которое можетъ быть устранено, какъ на это нами было указано. Однакожъ вопросъ о возможности радикальнаго излѣченія этимъ путемъ гидронефроза въ настоящее время долженъ считаться открытымъ. Наиболѣе частый результатъ нефротоміи

¹⁾ *Tuffier*. Etudes expérimentales sur la Chirurgie du rein. p. 18—23.

съ образованіемъ фистулы не можетъ являться радикальнымъ излѣченіемъ, почему нефректомія предпочтительнѣе предъ нефротоміей.

Если прибавить ко всему вышесказанному, что весьма часто больные не испытываютъ никакихъ болѣзненныхъ и другихъ симптомовъ, то становится очевиднымъ, что въ большинствѣ случаевъ не находятся на лицо ни клиническія, ни патолого-анатомическія, ни этиологическія основы для установленія ранняго показанія къ экстирпации водяночной почки, и только жизнеопасные симптомы, какъ-то: достиженіе наибольшихъ размѣровъ, разрывъ, болѣзненность, вредное вліяніе на сосѣдніе органы, истощеніе и т. п., составляютъ въ настоящее время показаніе для удаленія водяночной почки, при условіи здороваго состоянія другой почки.

Нельзя не обратить вниманія на то обстоятельство, что вышеуказанныя явленія, составляющія жизненное показаніе для экстирпации, наступаютъ въ позднѣйшемъ періодѣ развитія гидронефроза. Такое позднее показаніе существеннымъ образомъ вліяетъ на технику и результатъ операціи. Клиническій опытъ учитъ, что тѣ опухоли половой сферы, которыя приходится вылущать изъ ложа и которыя, достигши большихъ размѣровъ, имѣютъ сращенія, даютъ худшій ⁰/_о выздоровленія. Въ этомъ отношеніи можно провести полную параллель между гидронефрозами и только что указанными опухолями: чѣмъ меньше гидронефрозъ, чѣмъ меньше занимаетъ пространство и имѣетъ меньше сращеній, тѣмъ меньше травмы, легче техника, а слѣдовательно и больше шансовъ на благопріятный прогнозъ. Примѣненіе этого взгляда на практикѣ, уже а priori можно предполагать, дастъ лучшія статистическія цифры исходовъ при экстирпации водяночной почки. Нѣкоторые авторы, напр., *Thornton, Stark* ¹⁾ и др. считали перерѣзку или поврежденіе мочеточника показаніемъ къ экстирпации соответственной почки до развитія заболѣванія или въ самомъ началѣ, при чемъ результатъ получался вполнѣ благопріятный. Если ко всему сказанному присовокупить то обстоятельство, что доброкачественный гидронефрозъ при долговременномъ существованіи

¹⁾ *Brodeur*. De l'intervention chir. dans les affect. du rein, 1886, obs. 168.

можетъ перейти въ нагноеніе, то становится очевиднымъ необходимость выработать основы для болѣе ранняго показанія къ вылученію водяночной почки, пока еще организмъ не истощенъ и другая почка не подверглась болѣзненнымъ измѣненіямъ. Этого можно достигнуть только тогда, когда мы будемъ обладать методами болѣе точнаго распознаванія болѣзни и опредѣленія этиологическаго момента, а также болѣе совершенной техникой.

Кромѣ жизненныхъ показаній для нефректомии при водянкѣ почки существуютъ еще относительныя, какъ напр., беременность (*Martin, Lossen* и др.). За небольшимъ количествомъ произведенныхъ нефректомий при такомъ показаніи невозможно судить о результатахъ: въ случаѣ *Martin'a*—выздоровленіе и сохраненіе беременности, въ случаѣ же *Lossen'a*—выздоровленіе и выкидышъ.

Говоря о методахъ оперативнаго лѣченія и дифференціальной діагностики, для наилучшаго освѣщенія этихъ вопросовъ мы будемъ придерживаться историческаго способа изложенія.

Blancard въ концѣ прошлаго столѣтія первый предложилъ экстирпировать почку; честь же введенія въ практику этой операціи главнымъ образомъ принадлежитъ *Simon'u*, который сдѣлалъ свою первую нефректомію въ 1869 г., а въ 1876 г. выпустилъ въ свѣтъ свою монографію: «*Chirurgie der Nieren*». Считаю необходимымъ сдѣлать изъ его книги тѣ извлеченія, которыя относятся къ діагностикѣ и лѣченію опухолей почки, такъ какъ имъ положена основа ученію о радикальномъ лѣченіи опухолей почки.

При распознаваніи опухолей почки, *Simon* совѣтуетъ опредѣлить исходный пунктъ опухоли посредствомъ *ручнаго ректального изслѣдованія*, посредствомъ введенія всей руки подъ наркозомъ, если же это окажется безуспѣшнымъ, то опредѣлить *отношеніе опухоли къ ободочной кишкѣ*. Опухоль почки всегда находится позади кишки, что совершенно обратно кистамъ яичника. Положеніе кишки опредѣляется *перкуссіей, накачиваніемъ воздуха, вливаніемъ въ ободочную кишку воды*, которая доходитъ до Баухиніевой заслонки, *введеніемъ каучуковой палочки* (въ *colon descen.*), иногда же кишку можно легко прощупать въ видѣ ленты, лежащей на опухоли. Если эти изслѣ-

дованія не дадутъ яснаго результата, *Simon* совѣтуетъ *пробный проколъ*. Ислѣдованіе жидкости на мочевины и плоскій эпителий говоритъ за гидронефрозъ, на бѣлокъ и фибринъ — за кисту. Но ввиду того, что бываютъ опухоли почки съ коллоиднымъ содержимымъ, при полномъ отсутствіи мочевины, и, наоборотъ, кисты яичника, содержащія мочевины, онъ совѣтуетъ зондировать чрезъ канюлю троакара. При гидронефрозѣ зондъ идетъ далеко вверхъ подъ печень, или селезенку, при кистѣ яичника — внизъ.

Зондированіе можно соединить съ извлеченіемъ части жидкости аппаратомъ *Dieu la Foi*, при чемъ наблюдаютъ въ какомъ направленіи уменьшается объемъ опухоли.

Бываютъ впрочемъ и такіе случаи, гдѣ получается обратное явленіе, а именно при сращеніи почки съ придатками матки, а кисты — на примѣръ, съ діафрагмой.

Оперативное лѣченіе, примѣняемое *Simon*'омъ, состоитъ въ слѣдующемъ:

1) *Экстирпация почки чрезъ переднюю стѣнку живота*. На основаніи случаевъ (*Эмарха* и *Медамса*), кончившихся неблагопріятно и оперированныхъ чрезъ лапаротомію, вслѣдствіе діагностическаго смѣшенія, *Simon* считаетъ внутрибрюшинный методъ совсѣмъ непригоднымъ.

2) *Экстирпация водяночной почки съ экстраперитонеальной стороны*. *Simon* предпринималъ ее только одинъ разъ. Сдѣлавъ большой разрѣзъ, онъ убѣдился, что все таки чрезъ него нельзя вылушить всю почку. Выздоровленіе съ фистулой.

3) *Облитерация*: а) *по способу закрытаго лѣченія*. Производится проколъ троакаромъ, при чемъ или только выпускается содержимое, или еще впрыскивается въ мѣшокъ іодъ. Въ 1-мъ случаѣ всегда рецидивъ, во 2-мъ, кромѣ рецидива, существуетъ опасность отъ нагноенія, особенно вслѣдствіе того, что гной не имѣетъ достаточнаго стока. Неудовлетворительность такого способа доказали 11 случаевъ изъ его клиники. б) *По способу открытаго лѣченія*. Мѣшокъ открывается или проколомъ троакара съ оставленіемъ канюли *à demeure*, или разрушеніемъ посредствомъ прижиганія брюшной стѣнки и стѣнки мѣшка, или же прямо разрѣзомъ той и другой.

Первый и второй способ (проколъ и прижиганіе) *Simon* признаетъ прямо ведущимъ къ смерти отъ нагноенія и перитонита. Изъ 4-хъ случаевъ, которые онъ наблюдалъ, 3 кончилисъ перитонитомъ прежде чѣмъ было сдѣлано такимъ способомъ отверстіе; въ 1-мъ случаѣ операція была кончена разрѣзомъ. Во всѣхъ случаяхъ исходъ летальный.

Лучшій способъ, по его мнѣнію, — разрѣзъ, который слѣдуетъ производить послѣ сращенія гидронефроза со стѣнками живота, чтобы въ послѣдствіе получить полную изоляцію полостей гидронефроза и брюшины, что имѣетъ особенную важность при послѣдовательномъ теченіи, сопровождающемся обыкновенно нагноеніемъ открытаго гидронефроза. Для полученія изоляціи *Simon* поступаетъ слѣдующимъ образомъ: до вскрытія брюшной полости онъ вкалываетъ 4 троакара по обѣимъ сторонамъ предполагаемаго разрѣза и выпускаетъ ежедневно 80—100 к. сант. содержимаго; на третій день получаютъ сращенія. Затѣмъ производится разрѣзъ, который безопаснѣе дѣлать на 9—10 день. 11 случаевъ изъ его клиники убѣдили *Simon*'а въ безопасности этого метода. Но такъ какъ этотъ способъ сложенъ и все-таки не гарантируетъ отъ возможности воспаленія всей брюшины, то онъ замѣнилъ его разрѣзомъ со стороны экстраперитонеальной (*incisio renalis lumbalis et lateralis*). Этотъ способъ (*нефротомія*) получилъ широкое распространеніе и въ настоящее время примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда экстирпація почки (*нефректомія*) является почему либо невозможной.

Итакъ *Simon* при лѣченіи водяночной почки не признаетъ нефректоміи путемъ чревосѣченія, вслѣдствіе крайней опасности для жизни больного, путемъ лумбального разрѣза—вслѣдствіе невозможности извлечь ее, и рекомендуетъ только нефротомію, какъ менѣе опасную операцію, при чемъ иногда удается возстановить нормальный путь для оттока мочи, путемъ устраненія камней и клапанообразныхъ заслонокъ, катетеризаціей мочеточниковъ и т. п.

Нефротомія по *Simon*'у производится слѣдующимъ образомъ: разрѣзъ ведется на $6\frac{1}{2}$ —7 см. отъ остистыхъ отростковъ брюшныхъ позвонковъ, по наружной границѣ, видимой на глазъ у худощавыхъ субъектовъ, *musculi sacro—lumbalis* въ поясничной области, отъ нижняго края 11-го ребра почти до середины

между 12-мъ ребромъ и *crista ilei*. Затѣмъ дѣлается разрѣзъ самой почки, при чемъ иногда пришиваютъ края ея къ краямъ раны. Мѣшокъ тампонируютъ асептической или антисептической марлей. Положеніе больного лицомъ внизъ представляетъ неудобства для хлороформированія и кромѣ того почка отходить вглубь.

Проф. *Simon* далъ могущественный толчокъ развитію ученія хирургическаго лѣченія почекъ; и не только нефротомія, но и нефректомія при такихъ болѣзняхъ, какъ *lithiasis*, *degeneratio maligna*, травма и др., получила широкое примѣненіе. Нефректомія при этомъ почти исключительно производилась экстраперитонеально посредствомъ люмбальнаго разрѣза, имѣющаго весьма важное преимущество изоляціи отъ полости брюшины. Нѣсколько иначе дѣло стояло съ нефректоміей при водянкѣ почки. Тотъ методъ, которымъ дѣлались экстирпаціи при вышеуказанныхъ болѣзняхъ, оказался непримѣнимымъ при гидронефрозѣ: много попытокъ было сдѣлано въ этомъ направленіи хирургами, которые однакожь пришли къ тому заключенію, что полное удаленіе опухоли возможно только тогда, когда она не достигла большихъ размѣровъ, въ противномъ случаѣ оно невозможно или сопряжено съ такими опасными раненіями сосѣднихъ органовъ, которыя могутъ привести къ неблагоприятному исходу. Главная причина такого обстоятельства заключается не только въ величинѣ опухоли, но и въ тѣснотѣ операціоннаго поля. Поэтому въ дальнѣйшемъ мы видимъ стремленіе увеличить поле операціи для опухолей большихъ размѣровъ измѣненіемъ первоначальнаго разрѣза, даннаго *Simon*'омъ.

Я считаю необходимымъ коротко привести эти видоизмѣненія разрѣза при экстирпаціи почки, какъ это изложено въ «*Affections Chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. Prof. A. Le-Dentu*», 1889, p. 657 ect.

Разрѣзы можно раздѣлить по формѣ и направленію на слѣдующія группы и подгруппы:

А) П Р О С Т Ы Е.

І. Прямолинейные вертикальные.

- а) *Simon*'а—такой-же какъ и при нефротоміи.
- б) *Brunns*'а—*Linser*'а—отойдя на 8 сtm. отъ остистыхъ отростковъ брюшныхъ позвонковъ, вести разрѣзъ отъ верхняго

края 12-го ребра до *crista ilei*; иногда комбинируется съ частичной субперіостальной резекціей 12-го ребра.

с) *Czerny*—разрѣзь ведется кнаружи отъ 12-го ребра по переднему краю *m. quadrat. lumbor.*, вверхъ чрезъ послѣднее межреберное пространство, при чемъ резецируется 11 ребро на 9 *ctm.*, затѣмъ внизъ. Преимущество его заключается въ томъ, что минуетъ полость плевры.

d) *Bardenheuer'a—Simon'a*—разрѣзается по *lin. axillaris* боковая брюшная стѣнка, *peritoneum* отдѣляется и отодвигается въ сторону.

e) *Trélat*—разрѣзь ведется по наружной сторонѣ прямой мышцы.

II. КОСЫЕ И ПОПЕРЕЧНЫЕ.

a) *Melchor Torrès'a*—разрѣзь по линіи, соотвѣтствующей наружному краю *m. quadrat. lumbor.* и продолжаемой до *crista ilei*, т. е. косо.

b) *Küster'a*—начинается по срединѣ между 12 ребромъ и *cr. ilei*, по наружному краю *m. sacro-lumbalis*, и затѣмъ въ горизонтальномъ направленіи параллельно краю таза на 10—12 *ctm.*

с) *Kowper'a*—разрѣзь поперечный.

d) *Czerny*—косой разрѣзь въ продолженіи направленія 12-го ребра книзу и кнаружи на протяженіи соотвѣтствующемъ размѣру удаляемой опухоли.

III. К Р И В Ы Е.

a) *Klinsenberger'a*—отъ верхушки 12-го ребра до нижней части *m. sacro-iliaci*, при чемъ выпуклостью обращенъ кверху и кнутри. При раздвиганіи получается очень удлинненный овалъ.

b) *Thornton'a*—разрѣзь брюшной стѣнки, параллельный и немного кнаружи отъ *lin. semicircularis*. Этотъ способъ называется боковая ретроперитонеальная нефректомія *Thornton'a*.

с) *Morris*—рекомендуетъ разрѣзь какъ для перевязки *art. iliaca communis* или *aortae*.

В) КОМБИНИРОВАННЫЕ.

а) *Czerny*—(2-й способ)—главный разръзъ направляется отъ 11-го ребра до середины ст. ііаса, второй—вдоль по ребру кверху и кнутри. Если нужно, резецируется 11 ребро.

б) *Clement Lucas*'а—вертикальный разръзъ ведется параллельно наружному краю *m. quadrat. lumbor.*, отъ верхняго края 12-го ребра до ст. ііаса. Къ верхней части этого разръза присоединяется другой, какъ при *colotomi*'и *lumbalis*, но нѣсколько ниже, на разстояніи около $\frac{1}{2}$ дюйма отъ нижняго края 12-го ребра. При этомъ способѣ избѣгается поврежденіе плеуральнаго мѣшка.

в) *Morris*'а—поперечный разръзъ параллельно 12-му ребру, на $\frac{1}{2}$ дюйма ниже его, слегка слѣдовательно косвенный; по достиженіи почки проводится второй разръзъ отъ задняго конца 1-го на 1 дюймъ впереди и вертикально внизъ къ ст. *ilei*, при помощи пуговчататаго бистури изнутри кнаружи.

г) *Polailon*'а, *Verneuil*'я—вертикальная вѣтвь по краю бока, а поперечная параллельно ст. *ilei*.

е) *König*'а—первый разръзъ, вертикальный, отъ 12-го ребра, по краю *m. sacro-lumbal.*, внизъ, не доходя на нѣсколько см. до ст. *ilei*. Второй разръзъ (боковой стѣнки) проводится отъ нижняго конца перваго разръза къ наружному краю *m. recti abdomin.*, по направленію къ пупку. Затѣмъ отдѣляется *peritoneum*, начиная сзади вперёдъ, между тѣмъ какъ въ способѣ *Trélat* и *Thornton*'а отдѣляютъ спереди назадъ. Свой способъ *König* называетъ—*incisio lumbo-abdominalis retroperitonealis*. Извѣстныя обстоятельства заставляютъ превратить этотъ способъ въ трансперитонеальный: достаточно вскрыть *peritoneum* въ глубинѣ этой громадной поперечной раны и тогда онъ превращается въ *lumbo-abdominalis retro-intraperitonealis* ¹⁾.

Я привелъ эти способы не съ цѣлью ихъ критической оцѣнки, ибо это не входитъ въ мою задачу, а лишь имѣлъ въ виду указать, въ 1-хъ, на то, что самое обиліе ихъ говоритъ за несостоятельность *extraperitoneal*'наго метода при выдущеніи почечныхъ опухолей большихъ размѣровъ; во 2-хъ,—на то, съ какою постепенностью разръзы, начиная отъ *Simon*'а и

¹⁾ *Le Dentu*, p. 664.

кончая *König*'омъ, приближались къ передней стѣнкѣ живота. Выгода внѣбрюшиннаго способа при нефректоніи вообще заключается главнымъ образомъ въ томъ, что брюшная полость не вскрывается. Невыгоды заключаются въ тѣснотѣ поля операци и отсутствія контроля зрѣнія, кромѣ того въ тѣхъ случаяхъ, которыя могутъ быть роковыми для больного, именно:

- 1) разрывъ плеурального мѣшка, что особенно возможно при резекціи ребра;
- 2) поврежденіе peritonei, что особенно невыгодно при гнойномъ содержимомъ;
- 3) разрывъ colon, что угрожаетъ выпаденіемъ каловыхъ массъ;
- 4) геморрагія изъ разорванной во время манипуляцій почечной ткани, которую *Czerny* сравниваетъ въ этомъ отношеніи съ плацентой; кровотеченіе изъ, разорванныхъ вслѣдствіе натяженія, art. и v. renales, и разорванной v. cavae, сращенной съ почкой и т. п.

Съ технической стороны слѣдуетъ указать на слѣдующіе моменты при нефректоніи:

1) *Извлеченіе* почки производится до или послѣ перевязки сосудовъ. *Simon* и др. сначала экстирпировали почку, а затѣмъ перевязывали ножку. *Brunns* совѣтуетъ предварительно накладывать лигатуры въ тѣхъ случаяхъ, когда угрожаетъ кровотеченіе, что особенно легко сдѣлать при энуклеаціи по боковому разрѣзу.

2) *Перевязка ножки* производится en masse, отдѣльно сосуда и мочеточникъ, или даже каждый сосудъ отдѣльно.

3) Соотвѣтственный *мочеточникъ* долженъ былъ дезинфицированъ при гнойномъ содержимомъ и перевязанъ во избѣжаніе обратнаго тока. Было замѣчено, что даже послѣ перевязки очень долго мочеточникъ незапустаиваетъ. При опасеніи септического процесса мочеточникъ прикрѣпляютъ къ краямъ раны.

4) Послѣ удаленія почки *ложе* тщательно дезинфицируется (*Zinc. chlorat.* 20%, *acid carbol* 5% и др.), и вводится дренажъ изъ марли или окончатая трубка. Если остается часть почечной ткани, или ножка объемиста, или ложе большое и сильно травмировано, то лучше вовсе не шить, а ограни-

читься однимъ дренажемъ, при чемъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе асептической марлѣ.

Съ одной стороны высокій 0/0 смертности вообще при нефректомии, невозможность экстирпировать болѣе или менѣе объемистый гидронефрозъ экстраперитонеально. сильныя раненія сосѣднихъ органовъ, дававшія летальныя исходы, съ другой—боязнь нефректомии путемъ чревосѣченія, при которомъ получался еще болѣе большой процентъ смертности, заставили многихъ хирурговъ отказаться отъ экстирпаціи водяночной почки, замѣнивъ ее нефротоміей. Къ такому образу дѣйствія еще болѣе имѣлось оснований при гідронефрозахъ, которые въ силу своей недоброкачественности значительно ухудшаютъ предсказаніе для вылуценія.

То обстоятельство, что часто существуетъ единовременное заболѣваніе обѣихъ почекъ, а также не рѣдко сочувственное заболѣваніе повидимому здоровой почки послѣ удаленія больной, и стремленія къ сохраненію органа вообще представляютъ еще доводъ въ пользу консервативнаго метода. *H. Morris* ¹⁾, указывая на то, что nephrotomia, nephrolithotomia и nephrectomia не требуютъ уже защиты ихъ права на существованіе и даже совѣтуя дѣлать пробный разрѣзъ (на камень), все таки убѣждаетъ (при гидронефрозѣ) щадить такой важный органъ, какъ почка, говоря, что лучше имѣть 1¹/₂, чѣмъ одну почку, почему слѣдуетъ приступать къ удаленію доброкачественнаго гидронефроза или кисты только тогда, когда паллиативное средство (nephrotomia) не принесло облегченія или когда является жизненное показаніе.

Küster ²⁾, одинъ изъ представителей консервативнаго направленія, приводитъ свои наблюденія, которыя дѣйствительно говорятъ въ пользу нефротоміи. Изъ 13 случаевъ hydronephros'овъ только 2 окончились смертельно и 1 случай съ образованьемъ фистулы. Нефротомія, по его мнѣнію, во всякомъ случаѣ сохраняетъ почку для организма, давая въ тоже время относительно высокій 0/0 полного выздоровленія при сравнительно небольшой смертности. Почти такія же результаты даетъ *Израель* и др.

¹⁾ Deutsch. Med. Wochenschr. 1883, p. 369, 398, 417, 437.

²⁾ The Brit. Med. journal, 1885, 14 n, p. 311—4.

Важнымъ представляется вопросъ, при какихъ этиологическихъ моментахъ можетъ быть излѣчимъ гидронефрозъ нефротоміей? Есть много оснований предполагать, что излѣчение этимъ путемъ возможно, напримѣръ, при камняхъ, закупоривающихъ мочеточникъ, и наоборотъ невозможно при загибахъ, перекрещиваніи и другихъ патолого-анатомическихъ явленіяхъ на его протяженіи.

Статистика, говорящая о полномъ излѣченіи гидронефроза путемъ нефротоміи, относится въ большинствѣ случаевъ только къ времени, болѣе или менѣе близкому отъ операціи. Очень нерѣдко наступаютъ рецидивы. Въ этомъ отношеніи интересенъ случай *Zweifel*'я ¹⁾, въ которомъ неожиданно для него самого быстро наступилъ рецидивъ послѣ того, какъ онъ, сдѣлавъ нефротомію и наблюдая отдѣленіе мочи *per vias naturales*, спустя нѣкоторое время, зашилъ разрѣзъ. Впослѣдствіи онъ принужденъ былъ сдѣлать вторичную нефротомію. Наиболѣе частый при вскрытіи гидронефроза исходъ въ фистулу представляетъ тягостное состояніе для больныхъ и если присоединить ко всему вышеизложенному то, что въ водяночной почкѣ, достигшей наибольшихъ размѣровъ, остается мало здоровой ткани, и слѣдовательно падить органъ нѣтъ основанія, то становится яснымъ, что полное удаленіе гидронефроза имѣетъ *raison d'être*. Какимъ путемъ?

Съ одной стороны трудность или даже невозможность удаленія объемистаго мѣшка путемъ люмбального разрѣза, какъ мы видѣли выше, съ другой—успѣшность экстирпаціи путемъ чревосѣченія, правда предпринимавшагося, особенно на первыхъ порахъ, только при діагностическомъ смѣшеніи съ кистой яичника, заставили смотрѣть на срединное чревосѣченіе, какъ на методъ вполне рациональный при объемистыхъ гидронефрозахъ.

Интересна та постепенность, съ которой признавалась экстирпація гидронефроза или почечной кисты путемъ чревосѣченія. *Carl Loebker* ²⁾, въ своемъ отчетѣ о лапаротоміяхъ въ Грейсвальдской клиникѣ, описываетъ чревосѣченіе при распознаваніи кисты праваго яичника на длинной ножкѣ. По разрѣзѣ

¹⁾ Vorles über klinisch. Gynäkol., 1892 p., 118—119.

²⁾ Arch. f. Gynaekol., B. XIV, N. 3, 1879.

брюшныхъ стѣнокъ оказался гидронефрозъ. По поводу этого случая *Loebker* высказываетъ мнѣніе, что при сомнительномъ діагнозѣ необходимо дѣлать разрѣзъ по *linea alba*. Такимъ образомъ онъ не только не отрицаетъ брюшиннаго способа, но даже рекомендуетъ его въ извѣстныхъ случаяхъ.

Lossen въ 1879 г. извлекъ гидронефрозъ чрезъ срединный разрѣзъ при діагнозѣ: киста яичника и беременность. Опухоль была такой величины и при такихъ условіяхъ, что вылученіе ее возможно было только указаннымъ методомъ. Выздоровленіе. Abortus.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ мнѣніе проф. *Czermy*, который уже въ 1879—80 г.г. произвелъ 10 экстирпацій почки ¹⁾, изъ которыхъ приведу нѣсколько, наиболѣе заслуживающихъ быть отмѣченными:

1) Правосторонній гидронефрозъ. Разрѣзъ по *linea alba*. Рана *peritonei* не зашита. Брюшная рана зашита 20-ю швами. Чрезъ 30 дней выздоровленіе.

2) Удаленіе злокачественнаго гидронефроза. Разрѣзъ параллельно Пупартовой связкѣ. Смерть. Этотъ случай замѣчательнъ тѣмъ, что брюшина была подрѣзана 2 раза и 1 разъ былъ продыраненъ *colon descendens*. Это обстоятельство говоритъ между прочимъ за то, что работать въ тѣсныхъ пространствахъ надъ значительными опухолями невозможно.

3) Вырѣзаніе почечной кисты. Діагнозъ киста яичника. Лапаротомія. Разрѣзъ *mesocolon'a* кнаружи и влѣво отъ *colon desc.* Образована ножка, которая перевязана и отрѣзана. Черезъ 30 дней выздоровленіе.

Основываясь на опытѣ онъ высказываетъ, что нужно стремиться къ нефректоміи, при чемъ и *внѣ* и *внутри* брюшинный способы имѣютъ одинаковое право на существованіе. Для большихъ и подвижныхъ опухолей болѣе пригоденъ послѣдній, для малыхъ и совершенно неподвижныхъ первый. Разрѣзъ задняго листа брюшины нужно дѣлать тамъ, гдѣ окажется меньше сосудовъ. Такого же мнѣнія онъ оставался и при послѣдующихъ случаяхъ.

¹⁾ Archiv. f klin. Chirurg, 1880, Bd. XXV, 858—872.

Кромѣ вышеприведенныхъ авторовъ экстирпировали водяночныя почки *Spencer-Wells*, *Hüser*, *Billroth*, *Spiegelberg* и др., но чаще при діагностическомъ смѣшеніи.

И такъ какъ въ ихъ случаяхъ операція не была преднамѣренной, то они и не могли при этомъ высказать опредѣленнаго мнѣнія о пригодности брюшиннаго способа.

За этотъ послѣдній безусловно высказываются *Martin*, *Langenbuch*, *Thornton*, *Lawson-Tait* и др. Упомянутые авторы не только расширяютъ показанія для брюшиннаго способа при гидронефрозѣ, но примѣняютъ его и при другихъ заболѣваніяхъ почки. Такъ *Martin* этимъ способомъ удалялъ съ успѣхомъ блуждающія почки; *Thornton* дѣлалъ сред. чревосѣченіе отчасти и для діагностическихъ цѣлей въ такихъ случаяхъ, гдѣ состояніе другой почки было неясно; опредѣленіе этого состоянія представляетъ громадную важность, какъ увидимъ ниже. *Dentu* ¹⁾ признаетъ, что чревосѣченіе должно быть примѣняемо при блуждающей почкѣ на длинной ножкѣ, окруженной сплошь брюшиной, при сильно выпячивающихся въ брюшную полость кистахъ и при опухоляхъ, доходящихъ до средней линіи и располагающихся между листками mesocol. и mesenter. Если же опухоль не перешла медианную линію, то предпочтительнѣе идти путемъ боковаго сѣченія *Langenbuch*'а, которое заключается въ томъ, что разрѣзъ брюшной стѣнки дѣлается кнаружи отъ прямой мышцы, и имѣетъ ту выгоду, что при немъ можно избѣгнуть разрѣза внутренней пластинки mesocolon; это послѣднее имѣетъ особенное значеніе при сильно развитой сѣти кровеносныхъ сосудовъ, залегающихъ въ ней. Если при операціи оказывается, что нефректомія можетъ быть произведена только трансперитонеально, то спрашивается, почему не оставить экстраперитонеальнаго способа и не вскрыть брюшной полости спереди по бѣлой линіи или кнаружи отъ recti abdominis. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ менѣе опасаться эвентераціи; а разрѣзомъ, сдѣланнымъ уже заднебоковымъ способомъ можно воспользоваться для дренажа (*Dentu*).

Мнѣніе *Dentu* (и ранѣе *Czerny*) намъ представляется заслуживающимъ вниманія потому, что оно занимаетъ среднее положеніе между двумя крайностями: производство нефректоміи

¹⁾ I. с., p. 690 и 666.

съ одной стороны только путемъ экстраперитонеального способа, съ другой—только трансперитонеального. Примѣняя его взгляды къ специально интересующему насъ вопросу объ оперативномъ лѣченіи гидронефрозозъ большихъ размѣровъ, мы можемъ установить, что *они должны быть удаляемы путемъ чревоспеченія и притомъ по linea alba, если заходятъ за срединную линію.*

Главное преимущество чревоспеченія заключается въ расширеніи поля операціи, а самая операція производится подъ контролемъ зрѣнія, что облегчаетъ манипуляціи, и получается менѣе шансовъ на случайности, могущія повліять неблагоприятно на жизнь больного. Невыгоды этого метода такія же, какія соединены со вскрытіемъ брюшной полости вообще. Это послѣднее при настоящемъ состояніи антисептики и асептики не должно служить препятствіемъ, доказательствомъ чего можетъ служить успѣхъ большихъ гинекологическихъ операцій. Указываемая нѣкоторыми авторами опасность пораненія ободочной кишки есть болѣе теоретическое соображеніе, чѣмъ практической выводъ; тоже самое можно сказать и на счетъ сосудовъ, расположенныхъ въ mesocolon.

При выполненіи самой операціи прежде всего нужно обратить вниманіе на расположеніе ободочной кишки, послѣ отодвиганія которой внутрь, къ срединной линіи, обнажается задній листокъ брюшины, покрывающій опухоль. Если водяночная почка сидитъ на тонкой ножкѣ, то эта послѣдняя перевязывается en masse, или еще лучше по частямъ, при чемъ и брюшина захватывается тѣми же лигатурами, или же надрѣзается нѣсколько выше и отсепаровывается; если же ножка толстая, ложе опухоли большое и отслоеніе брюшины опухолью значительное, то представляется необходимымъ вылущить гидронефротическій мѣшокъ, изъ покрывающей его брюшины и ложа, образовавъ изъ мочеточника и сосудовъ ножку, которая перевязывается по частямъ. Разрѣзаютъ брюшину по срединѣ или сбоку, если невозможно отодвинуть colon, или если mesocolon заключаетъ сильно развитые сосуды. Далѣе, преимущественно тупымъ способомъ, отдѣляютъ собственно почку отъ брюшины. Отдѣленіе большею частью происходитъ легко, по той причинѣ, что между ними находится слѣй рыхлой соединительной ткани;

встрѣчающіеся на пути сосуды, по мѣрѣ возможности, перевязываются отдѣльно, во избѣжаніе кровотеченія. Когда такъ называемая ножка будетъ перевязана, опухоль удаляютъ. Весьма часто случается, что образовать ножку невозможно, ибо мочеточникъ и сосуды находятся на значительномъ разстояніи другъ отъ друга. Послѣ вылущенія опухоли остается покрывавшая ее брюшина, съ которой различные авторы поступаютъ различно; напр., *Czerny* не зашиваетъ ее, имѣя въ виду, что края ея сближаются сами собой; кромѣ этого зашиваніе затягиваетъ самую операцію и травмируетъ брюшину. Въ случаѣ, если получается избытокъ ея, то совѣтуетъ лучше вырѣзать его. *Spencer-Wells* наоборотъ совѣтуетъ зашивать, соединяя ее вмѣстѣ съ тѣмъ съ подлежащимъ ложемъ. Если этимъ операція не особенно затягивается, то разсуждая теоретически, этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что имъ избѣгается образованіе, такъ называемаго, мертвого пространства. Наружная рана тщательно зашивается. Нѣкоторые авторы предпочитаютъ вшивать въ рану ножку, если это возможно.

Такъ какъ въ послѣопераціонномъ періодѣ на мѣстѣ бывшаго расположенія опухоли и оставшейся послѣ нея ножки не рѣдко происходило нагноеніе и вскрытіе абсцесса въ брюшную полость, то явилась необходимость предупредить подобное нежелательное явленіе путемъ дренированія. Дренажъ проводится чрезъ контръ-апертуру, образованную сзади, кнаружи отъ m. sacro-lumbalis. Этотъ способъ особенно рекомендуютъ *Barwell, Rushton, Parker, Weelhouse, Palmer*. Изслѣдованія *Bardenheuer*'а и др. вполне доказали цѣлесообразность этого приема. *Dentu* (l. c., p. 771) говоритъ, что такъ какъ никакихъ затрудненій для проведенія дренажа съ люмбальной стороны не представляется, то примѣненіе его должно быть общимъ правиломъ. Къ этому мы можемъ прибавить, что примѣненіе дренажа изъ марли можетъ сдѣлать не нужнымъ зашиваніе задняго листка брюшины.

Здѣсь, какъ и при тампонаціи всякаго другаго пространства, должны быть соблюдены два главныхъ условія: во 1-хъ асептичное состояніе раны, во 2-хъ, тщательное выполненіе марлей всего дренируемаго пространства, дабы жидкость, сецернируемая съ поверхностей, лишенныхъ брюшины, совер-

шенно отводилась по дренажу кнаружи. При такихъ условіяхъ отверстіе, сообщающее полость брюшины съ внѣшней средой, совершенно безопасно и скоро закрывается подобно тому, какъ это мы видимъ при влагалищномъ удаленіи матки.

Полнаго вниманія заслуживаетъ способъ *Terrier* ¹⁾, который предлагаетъ тампонацію ложа со стороны передней стѣнки живота. Для этого послѣ вылуценія опухоли края задняго листка брюшина вшиваются въ брюшную рану на подобіе того, какъ поступаютъ при парціальной овариотоміи, затѣмъ тампонируютъ ложе бывшаго расположенія почки и выводятъ дренажъ наружу. Къ этому присоединяютъ еще контръ-апертуру сзади, куда также выводятъ дренажъ. Этотъ способъ имѣетъ слѣдующія преимущества: во 1-хъ, получается полная изоляція бывшаго ложа почки отъ полости брюшины; во 2-хъ, обезпечивается болѣе совершенное промываніе полости и болѣе тщательное дренированіе ея при послѣдующемъ лѣченіи. Примѣненіе этого способа особенно рачіонально въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ большимъ гидронефрозомъ, располагающимся на значительномъ пространствѣ между брюшиной и задней стѣнкой брюшной полости, и для удаленія котораго требуется большой разрѣзъ задней брюшины, покрывающей опухоль. Тампонировать при послѣдующемъ лѣченіи такое большое пространство чрезъ проложенное сзади отверстіе весьма затруднительно; кромѣ того нельзя вовсе отрицать возможности перфораціи брюшины инструментомъ, вводящимъ тампонъ. Способъ *Terrier* устраняетъ всѣ эти неудобства.

Противъ вшиванія задней брюшины въ края брюшной раны можно сдѣлать одно возраженіе, а именно то, что образующійся впослѣдствіи тяжъ, при разрѣзѣ опухоли съ внутренней стороны colon, можетъ придавливать его къ брюшной стѣнкѣ, чего на самомъ дѣлѣ однакожъ еще не наблюдалось.

Мы должны еще упомянуть о томъ, какъ поступать въ случаѣ плотныхъ сращеній съ сосѣдними органами, особенно съ печенью, кишками, селезенкой, полой веной и др. При такихъ приращеніяхъ лучше оставить капсулу *in situ* и вылуцать почку подкапсулярно, какъ совѣтуютъ дѣлать *Ollier* и

¹⁾ *Terrier*—Sur nouveau procédé de nephrectomie. Bull. de la Soc. de Chir. Июль, стр. 175.

Bardeheuer, и что сдѣлалъ *Thiriar* въ одномъ случаѣ срощенія съ селезенкой ¹⁾).

Лѣчение мочеточника производится на тѣхъ же основаніяхъ, какъ и при экстра-періотонеальной нефректомиі.

Говоря объ исходѣ операціи мы должны указать, что статистика, правда далеко несовершенная, а составленная, такъ сказать, огуломъ, безъ надлежащей оцѣнки случаевъ, даетъ громадный % смертности, которая при люмбарной нефректомиі = 43,5⁰%, абдоминальной = 50⁰% (*Harris*); 36,93⁰% и 50,83⁰% (*Gross*); (*Brodcur*)—37,6⁰% и 50⁰%; (*Newman*)—30,5⁰% и 48⁰%. Съ теченіемъ времени % смертности однакожь падаетъ: *L. Tait* имѣетъ только 18⁰% и *Thornton* 20⁰%. Фактъ отрадный, дающій надежду, что нефректомиа увидитъ новый лучшій свѣтъ, которымъ такъ ярко озарились уже успѣхи овариотоміи.... (*В. Бобровъ*, дисс., стр. 48). При гидронефрозѣ и кистахъ почки экстирпація даетъ 40⁰% и 36⁰% (*Newman*); 41⁰% и 66,3⁰% (*Bradcur*), причемъ абдоминальный методъ даетъ большій %, чѣмъ люмбалъный. Высокій % смертности и былъ причиною того, что нефректомию при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ замѣнила нефротоміа, недающая смертныхъ исходовъ. *Бобровъ* объясняетъ большой % смертности нефректомиі при гидронефрозахъ и кистахъ почки главнымъ образомъ двухстороннимъ пораженіемъ ихъ (стр. 74).

Частота единовременнаго страданія почекъ гидронефрозомъ дѣйствительно поразительная. По *Roberts*'у—38,5⁰%, *Dickinson*'у—27⁰%, *Morris*'у—75⁰%, *Newman*'у—67⁰%.

Рѣдки только тѣ формы, гдѣ оба гидронефроза образуютъ двѣ ясно замѣтныя опухоли; но важна не величина опухоли почки, а утрата функціи ея: сплошь и рядомъ можно встрѣтить большія гидронефрозы съ сохраненіемъ почечной субстанціи и малые, въ которыхъ дѣятельной ткани почти вовсе нѣтъ ²⁾).

Что единовременное заболѣваніе обѣихъ почекъ составляетъ главную причину неудачныхъ исходовъ, *Бобровъ* видитъ въ томъ, между прочимъ, что результатъ экстирпаціи при траумахъ и свищахъ «поразительно хорошъ» (стр. 67); кромѣ того вскрытіе показало въ большинствѣ случаевъ различныя стра-

¹⁾ *В. Бобровъ*. Дисс., стр. 73.

²⁾ *В. Бобровъ*. Дисс., стр. 109 и 110.

данія другой почки, чему нужно приписать такіа ближайшіа причины смерти, какъ уреміа и анурія. Второй причиной должно считать истощеніе больныхъ вслѣдствіе долговременнаго страданія. Шокъ и коляпсъ встрѣчаются рѣже у больныхъ, которымъ было сдѣлано вылуценіе почки при блужданіи или травмѣ. Вообще нефректоміа произведенная при благоприятныхъ условіяхъ здоровья, даетъ всего 9,33⁰/₀ смертности ¹⁾).

Такія осложненія послѣоперационнаго теченія, какъ напр., піэміа, септицемія, перитонитъ, травмы и др., дающія въ результатѣ значительную смертность, суть случайности, которыя можно поставить въ зависимость отчасти отъ обстановки и опытности оператора съ одной стороны и несовершенства техники съ другой, какъ напр., лѣченіе мочеточника, пораженнаго гнойнымъ процессомъ. Вліянія меньшей опытности хирурговъ въ нефректоміи, чѣмъ напр., въ оваріотоміи, нельзя вовсе отрицать, что видно уже изъ того, что 324 нефректоміи, собранныя *Newman*'омъ, произведены 170 хирургами.

При объясненіи причинъ наибольшей смертности при удаленіи большихъ гидронефрозозъ чрезъ лапаратомію, мы должны прибавить къ вышеизложенному во 1-хъ, то, что наибольшіи ⁰/₀ смертности дали тѣ нефректоміи, которыя были произведены вслѣдствіе діагностической ошибки, (что конечно не могло не произвести нѣкотораго замѣшательства), являясь операціей не преднамѣренной и строго не обдуманной; во 2-хъ, наиболѣе плотныя и многочисленныя сращенія съ сосѣдними органами, дающія наиболѣе шансовъ на поврежденіе этихъ послѣднихъ; въ 3-хъ, примѣненіе операціи въ позднемъ періодѣ болѣзни, иногда по достиженіи колоссальныхъ размѣровъ, истощеніи организма и т. п.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что предъ операціей представляется весьма важнымъ опредѣлить состояніе другой почки и, если она существуетъ, опредѣлить степень ея способности компенсировать отсутствіе другой почки, такъ какъ часто бываетъ, что, не смотря на значительный объемъ гидронефроза, почечная ткань еще продолжаетъ свою функцію ²⁾). Для благоприятнаго

¹⁾ В. Бобровъ. I. с., стр. 58.

²⁾ Нѣкоторые думаютъ, что образованіе объемистаго гидронефроза возможно не только при условіи дѣятельности ткани, но и хотя-бы незначительнаго выдѣленія мочи.

исхода важность компенсаціи видна между прочимъ изъ опытовъ *A. Faure* ¹⁾, который удалялъ на животныхъ одну почку и получалъ смертельный исходъ. Когда же сталъ предварительно перевязывать мочеточникъ и удалять почку спустя нѣкоторое время, то ни одной смерти не получилъ. На этомъ основаніи онъ предлагаетъ экстирпировать почку въ два сеанса.

Клинически установленъ тотъ фактъ, что гидронефротическая моча весьма часто бываетъ нейтральной или даже щелочной реакціи и отличается крайне низкимъ удѣльнымъ весомъ и водянистымъ видомъ при ничтожномъ содержаніи въ ней солей, красящихъ веществъ и особенно мочевины. Слѣдовательно, если мы по временамъ получаемъ обильное количество такой мочи, а въ промежуткахъ нормальную, то вправѣ заключить, что имѣемъ дѣло съ интермиттирующимъ гидронефрозомъ и нормальной почкой. Если-же получается только гидронефротическая моча, то можемъ придти къ заключенію о пораженіи одной или обѣихъ почекъ гидронефрозомъ.

Въ томъ случаѣ, когда діагностируется гидронефрозъ и выдѣляется совершенно нормальная, безъ какихъ-либо патологическихъ примѣсей, моча, мы имѣемъ полное основаніе разсматривать другую почку какъ совершенно здоровую, при чемъ главное вниманіе должны обращать на содержаніе мочевины. Уменьшонное количество мочевины характеризуетъ не только водяночную мочу, но и диффузный интерстиціальнй нефритъ. Нормальная моча здороваго человѣка должна содержать 2⁰/₀—3⁰/₀ мочевины, при суточномъ количествѣ мочи 1500 к. с. въ среднемъ, *Clement Lucas* полагаетъ опаснымъ вылушеніе почки при количествѣ мочевины ниже половины нормы. *Thiriar*—при количествѣ меньшемъ 12.0 ²⁾. Послѣ только что указаннаго распознавательнаго признака имѣютъ важное діагностическое значеніе поліурія и анурія; особенно, если первая протекаетъ съ уменьшеніемъ суточного количества мочевины, а вторая не проходитъ послѣ прекращенія явленій шока и коллапса, вызванныхъ почечной коликой при почечныхъ камняхъ или послѣ припадковъ, свойственныхъ блуждающей или вообще больной почкѣ. Такимъ образомъ отчасти можно составить

¹⁾ Virch. Archiv, 91, 125.

²⁾ Цитир. по *В. Боброву*, стр. 180.

представленіе о состояніи обѣихъ почекъ и, если—окажется, что обѣ почки поражены гидронефрозомъ, то нефректомія противопоказуется. Противопоказаніемъ для экстирпации гидронефроза служитъ также блуждающая вторая почка, такъ какъ она рѣдко бываетъ здоровой и при благоприятныхъ обстоятельствахъ можетъ вызвать уремію. При уродливомъ развитіи почекъ, напр., подковообразной почкѣ, экстирпация конечно невозможна.

Ручное и инструментальное опредѣленіе почки я изложу вмѣстѣ съ методами дифференціального распознаванія гидронефрозомъ и мѣшеччатыхъ образованій половой сферы, къ чему теперь и перехожу.

Анамнезъ и симптомы. Анамнезъ часто не даетъ никакого указанія на характеръ опухоли. Доброкачественный гидронефрозъ протекаетъ обыкновенно съ самаго начала безболѣзненно; иногда только больная, слѣдящая за своимъ здоровьемъ, можетъ обратить вниманіе на признаки песку и коликъ. Наичаще же не можетъ даже указать, въ какой части брюшной полости начала роста опухоль. Моча часто не представляетъ никакихъ признаковъ страданія почки, какъ напр., гноя, тканевыхъ элементовъ, бѣлку и др. продуктовъ болѣзненнаго процесса. Мочеотдѣленіе правильно и безболѣзненно. Напр. *Odebrecht* ¹⁾ приводитъ случай, гдѣ за 5 лѣтъ существованія гидронефрозомъ, распространявшійся отъ діафрагмы въ полость малаго таза, не давалъ никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Диагнозъ колебался между гидронефрозомъ и кистой. Всѣ указанія больныхъ на какое либо разстройство въ мочевомъ аппаратѣ должны быть строго взвѣшены.

Осмотръ, ошупываніе и перкуссия. Гидронефрозъ располагается большею частью въ той половинѣ живота, которой принадлежитъ заболѣвшая почка; часто находится выпячиваніе въ люмбальной сторонѣ. Дыхательныя движенія грудной клѣтки иногда соотвѣтственнымъ образомъ измѣняются на той же сторонѣ. Эти признаки во всякомъ случаѣ нельзя называть постоянными. Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится дифференцировать распознаваніе, опухоли достигаютъ такихъ размѣровъ, что *ошупываніе* какъ методъ не можетъ быть приложимъ вслѣдствіе величины ихъ. Когда стѣнка живота не очень растянута опухолью есть нѣкоторая возможность

¹⁾ Zeitschr. f. Geburth. u. Gyn. 1891, Bd. XXI, p. 198.

прощупать почку известными приемами, *Smith, Guyon* и др., и приблизительно только определить увеличена она или нет; чаще же для этого не представляется никакой возможности. При ощупывании необходимо посредством известных приемов выяснить связь опухоли с маткой или ее придатками.

При совершенной неподвижности или только весьма малой, этой цели достигнуть весьма трудно. Если и существует значительная подвижность, то и в таком случае не всегда можно определить откуда исходит опухоль. Напр. *Rehn*, основываясь на подвижности, диагностировал кисту яичника, по разрыве же брюшных стенок оказался гидронефроз. Следовательно неподвижность не есть характерный для гидронефроза признак. С другой стороны и кисты яичников не всегда бывают подвижны.

Известно, что *перкуссия* часто, при ограниченных перитонеальных выпотах, дает тупой тон в различных местах, и только при отсутствии сращений в брюшной полости можно наблюдать правильное распределение жидкости по законам физики. Асцит, часто сопровождающий опухоли половой сферы, иногда дает притупление на одной или обеих люмбальных сторонах, неизменяющееся при различных положениях тела. Перкуторные методы исследования, рекомендованные *Simon*'ом и *Spencer-Wells*'ом тоже не дают положительных результатов при объемистых гидронефрозах. Кардинальный признак, прохождение ободочной кишки по передней поверхности опухоли, далеко не всегда имется налицо. Кишка часто отодвигается не только внутрь по боковой линии, но и кнаружи ¹⁾. Что касается ручного ректального исследования, то оно, по заявлению самого *Simon*'а, не всегда возможно; *Morris* к этому прибавляет, что оно всегда затруднительно, а иногда и опасно, так как сопровождалось разрывом кишки. Лица, испытавшие этот метод, отказались от него.

Относительно всех вышеуказанных диагностических признаков нужно заметить, что они могут быть применимы скорее в случаях необъемистых опухолей. К этой же категории должно отнести и признак *В. В. Сутугина*, а именно —

¹⁾ *Франц Кениг*. Гук. к частн. хир., Т. II, ч. I, стр. 92.

при опухоли почки получается просвѣтлѣніе звука, когда больная лежитъ на спинѣ, и опухоль нѣсколько отходитъ къ діафрагмѣ.

Ощупываніе мочеточниковъ, дающее указаніе на заболѣваніе ихъ: уплотнѣніе, расширение, атрофія, загибъ, камни и т. п., и могущее служить въ тоже время нѣкоторымъ указаніемъ на состояніе соотвѣтствующей почки, къ сожалѣнію, также непримѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль распространяется въ малый тазъ.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію тѣхъ методовъ, которые направлены къ тому, чтобы собрать мочу отдѣльно изъ обѣихъ почекъ, считаю необходимымъ указать на то, что при опухоляхъ, находящихся въ маломъ тазу, сплошь и рядомъ видимъ отклоненіе въ положеніи мочевого пузыря и мочеточниковъ: по этому примѣненіе какъ методовъ зажатія, такъ и методовъ катетеризаціи мочеточниковъ можетъ встрѣтить непредвидѣнныя затрудненія ¹⁾.

Первая попытка собрать мочу изъ одной почки посредствомъ зажатія мочеточника другой принадлежитъ *Tischmann*'у, который изобрѣлъ инструментъ, похожій на литотрипторъ, для зажиманія мочеточника при пузырномъ его отверстіи. Этотъ способъ, весьма трудный по технику и производящій иногда травмы въ пузырь, не оправдалъ надеждъ, и поэтому совершенно оставленъ. *Polk* предложилъ зажимать мочеточникъ съ одной стороны двойнымъ катетеромъ, введеннымъ въ пузырь, съ другой — двумя пальцами введенными въ прямую кишку или влагалище. Если нужно зажать правый мочеточникъ, то обращаютъ катетеръ кривизной въ правую сторону и прикладываютъ его къ правой стѣнкѣ таза, пальцы же чрезъ прямую кишку или влагалище прижимаютъ къ катетеру; причемъ мочеточникъ непременно пересѣчется съ катетеромъ и зажметъ. Затѣмъ пузырь чисто опорожняется и вымывается. Можно фиксировать основаніе мочевого пузыря, захвативъ пулевыми щипцами переднюю стѣнку влагалища справа маточной шейки и оттягивая внизъ и влѣво. Простота и легкость говорятъ въ пользу этого метода. *Ebermann* предложилъ инструментъ съ двумя branшами, изъ коихъ одна вводится въ пузырь (катетеръ), другая

¹⁾ Все методы прекрасно описаны въ дисс. *В. Боброва*.

въ прямую кишку или влагалище. *Weir* предложилъ зажимать мочеточникъ прижатіемъ его къ *lin. innomin. pelvis* посредствомъ пессарія *Davy*, изобрѣтеннаго для сжатія *vasa iliaca* при ампутаціи бедра. *Müller* пессарій замѣнилъ баллономъ, наполненнымъ ртутью, *Sands* рукой, введенной въ *rectum*, *Hallé* — пальцемъ.

Главный недостатокъ всѣхъ этихъ методовъ тотъ, что никогда нельзя быть вполне увѣреннымъ, что мочеточникъ дѣйствительно сжатъ. Принято думать, что, если получается, сравнительно съ предъидущимъ въ единицу времени, половина мочи, то, значитъ, цѣль достигнута. Но при этомъ не могутъ быть исключены такія вліянія какъ спазмъ, раздраженіе слизистой мочевого пузыря и болѣзненность.

Методы *Silbermann'a* и *Fenwick'a* представляютъ тѣже недостатки, и кромѣ того самыя инструменты ихъ очень сложны.

Ввиду недостатковъ вышеизложенныхъ *методовъ*, *Sänger* и *Warkalla* предложили перевязывать мочеточникъ чрезъ влагалище. Не говоря уже о томъ, что перевязка можетъ нанести вредъ мочеточнику, методъ этотъ имѣетъ другіе существенныя недостатки: въ 25% мочеточникъ не попадалъ въ лигатуру, и почти также часто лигатура проникала въ пузырь.

Перейдемъ теперь къ методамъ катетеризаціи мочеточниковъ. *Методъ Simon'a* требуетъ полнаго наркоза и расширенія уретры (зеркалами *Simon'a*) до ширины указательнаго пальца, послѣ предварительнаго расщепленія сверху на $\frac{1}{4}$ см. и снизу на $\frac{1}{2}$ въ глубину.

Затѣмъ вводится указательный палецъ въ мочевой пузырь а средній во влагалище. Проведя палецъ до дна пузыря и нащупавъ *lig. interuretheric* (наружныя части ея) введеннымъ зондомъ, подъ контролемъ пальца, идутъ по вышеуказанной связкѣ отъ ея середины кнаружи и попадаютъ въ отверстіе мочеточника. Иногда случается, что *lig. interurether.* не прощупывается, тогда опознавательнымъ пунктомъ является хорошо опредѣляемое чрезъ пузырь маточное рыльце, отъ котораго (собственно отъ спайки маточныхъ губъ) отверстіе мочеточника находится на $\frac{3}{4}$ см. кнаружи и $\frac{1}{4}$ см. впереди. Что дѣйствительно катетеръ попалъ въ мочеточникъ, убѣждаются тѣмъ, что ощупывается на зондѣ край отверстія мочеточника

и получается чрезъ отверстіе моча, иногда вытекающая толчками. Противъ метода говорятъ: трудность, недержаніе мочи, иногда разрывъ шейки пузыря, раздраженіе почекъ и 12⁰/₀ совершенно неудачной катетеризаціи. Съ другой стороны *Simon* овскій методъ болѣе удовлетворяетъ требованіямъ, предъявляемымъ къ рациональному діагностическому приему. Устраненіе тягостнаго осложненія при вышеизложенномъ методѣ — расширенія уретры мы видимъ въ методѣ *Pawlick*'а, который состоитъ въ слѣдующемъ: при колѣнно - локтевомъ положеніи женщины воздухъ входитъ во влагалище и передняя стѣнка его растягивается. При подниманіи задней стѣнки влагалища зеркаломъ на передней обозначается треугольникъ, образуемый бороздками или валиками. Идя отъ валика, обозначающаго конецъ мочеиспускательнаго канала, въ стороны подъ тупымъ угломъ, и не много выше они пересѣкаются съ третьей бороздой и составляютъ такимъ образомъ треугольникъ, соответствующій *Trigonum Licutaudii*. Зондъ, обращенный загнутымъ концомъ къ задней стѣнкѣ пузыря или передней влагалища, ведется по означеннымъ бороздкамъ и болѣе или менѣе скоро попадаетъ въ отверстіе мочеточника. Кромѣ непосредственнаго осязанія находженія зонда въ мочеточникѣ, присутствіе его тамъ обозначается періодическимъ истеченіемъ чистой мочи при впрыскиваніи въ пузырь цвѣтной жидкости. Какъ *Simon*, такъ и *Pawlick* имѣютъ свои особые катетры и зонды. Впослѣдствіе *Pawlick* сталъ класть больныхъ на спину съ сильно пригнутыми къ животу бедрами. Чрезмѣрное наполненіе пузыря или совершенная его пустота вредятъ успѣшному введенію инструмента, поэтому сначала выводится моча, а затѣмъ впрыскивается въ пузырь воды около 150,0. Движенія зондомъ должны быть параллельны впередъ и назадъ и справа на лѣво, при чемъ не употребляется давленія. Хотя *Pawlick* и говоритъ, что его методъ можетъ не имѣть успѣха только тамъ, гдѣ находятся врожденныя или приобретенныя неправильности мочеточниковыхъ отверстій и при выпаденіи матки, однако всѣ испытывшіе его единогласно призываютъ автора единственнымъ счастливымъ исполнителемъ своего метода. Если-бы не было этого недостатка, то методъ *Pawlick*'а вполне отвѣчалъ-бы своему назначенію.

Послѣ многочисленныхъ напрасныхъ усилій задача катетеризаціи мочеточниковъ, кажется, наконецъ, блистательно разрѣшена изобрѣтеніемъ электрическаго цистоскопа *Nitze-Leiter*, при помощи котораго каждую стѣнку пузыря можно такъ освѣщать и обследовать, какъ при дневномъ свѣтѣ, а катетеромъ вставленнымъ въ каналъ, проходящій по нижнему краю цистоскопа, легко подъ контролемъ зрѣнія проникать въ отверстія мочеточниковъ. Не описывая самаго инструмента, мы скажемъ только нѣсколько словъ о томъ, что нужно соблюдать при пользованіи имъ. Больная лежитъ на спинѣ, и, если пузырь или уретра чувствительны, употребляется хлороформный наркозъ или кокаинъ. Пузырь опоражнивается и промывается, затѣмъ вводятъ въ него чистой воды не менѣе 200,0. Инструментъ должно вводить не замыкая тока, а выводить спустя не менѣе $\frac{1}{2}$ минуты послѣ размыканія. Всѣ манипуляціи должно производить не касаясь клювомъ инструмента стѣнокъ пузыря.

Предоставляя читателю самому судить о степени пригодности каждаго изъ приведенныхъ нами методовъ собиранія мочи изъ каждой почки отдѣльно, мы должны коснуться общихъ соображеній, которыя необходимо имѣть въ виду при сужденіи о состояніи каждой почки на основаніи изслѣдованія мочи, добытой изъ соответственнаго мочеточника.

Во первыхъ, какое количество мочи, выдѣляемое въ извѣстную единицу времени должно признать нормальнымъ для даннаго субъекта?

Если принять среднее суточное количество мочи въ 1500,0, то значить въ 1 минуту обѣ почки должны дать приблизительно 1,0, а каждая почка по 0,5. Катетеризируя почку и получая мочу въ большемъ количествѣ, мы не имѣемъ права заключать о полиуріи на основаніи того, что раздраженіе пузыря и мочеточника можетъ вызвать гиперемію почки и увеличеніе количества выдѣляемой мочи; кромѣ того, количество выдѣляемой мочи въ разные часы бываетъ различно, въ зависимости отъ пищи и питья, сна и бодрствованія, работы и покоя. Соответственно этому содержаніе мочевины и удѣльный вѣсъ можетъ быть также различенъ (по *Edlfsen*'у отъ 1018,5 до 1001,5).

Слѣдовательно, необходимо катетеризовать мочеточникъ повторно нѣсколько дней подъ рядъ и въ разное время дня; при чемъ нужно стремиться къ тому, чтобы добываніе мочи изъ каждой почки было приблизительно одновременное. Если анализъ каждой порціи совпадетъ съ анализомъ всего суточного количеству мочи, то мы будемъ имѣть вѣрныя данныя для сужденія о состояніи каждой почки.

Выше мы говорили, что гидронефротическая моча характеризуется полиуріей, низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ и уменьшеннымъ содержаніемъ мочевины. Установить наличие этихъ качествъ мочи представляется затруднительнымъ вслѣдствіе индивидуализаціи, колеблющейся въ широкихъ предѣлахъ и стоящей въ зависимости отъ условій общаго питанія, возраста, мускульной работы, жира, качества и количества пищи и питья, функций кишечника, печени, кожи, легкихъ, сердца и, наконецъ психическаго состоянія. По *Robert's* у здоровый организмъ долженъ выдѣлять въ сутки около $3\frac{1}{2}$ гранъ мочевины на каждый фунтъ вѣса тѣла, или 2% — 3% мочевины при 1500,0 среднего суточного количества мочи. Понятно, что только болѣе или менѣе замѣтныя отклоненія отъ нормы могутъ служить несомнѣнно надежными данными, какъ для діагностики, такъ и для показанія и противопоказанія къ удаленію гидронефротической почки.

Пользуясь вышеизложенными методами, мы можемъ считать дифференціальное распознаваніе гидронефрозозъ и кистъ яичниковъ обеспеченнымъ. Однакожъ неисключены и такіе случаи, когда эти методы могутъ ввести въ заблужденіе. Можетъ быть такое сочетаніе, что при атрофированной почкѣ имѣется киста, связь которой съ придатками матки не можетъ быть констатирована. Катетеризація покажетъ, что при атрофированной почкѣ мочи не выдѣляется, и дастъ поводъ предположить закрытый гидронефрозъ.

Другой возможный случай. Двусторонній открытый гидронефрозъ, одна почка увеличена до большихъ размѣровъ, а другая въ начальномъ періодѣ процесса. Моча, съ нерѣзкимъ отклоненіемъ отъ нормы, выдѣляется изъ обоихъ мочеточниковъ. Катетеризація въ данномъ случаѣ можетъ привести къ ошибочному заключенію о присутствіи кисты. Тоже самое

может случиться и при одностороннемъ открытомъ гидронефрозѣ въ періодѣ наибольшаго выдѣленія мочи. Катетеризація можетъ открыть нѣкоторую разницу въ свойствахъ мочи; но на томъ основаніи, что объ почки не всегда выдѣляютъ одинаковую мочу, можно поставить въ концѣ концовъ ошибочное распознаваніе. Существованіе большихъ гидронефрозовъ, выдѣляющихъ мочу, вполне установлено.

Нѣкоторые авторы, какъ напр., *Dickonson, Clarke* ¹⁾ и многіе другіе полагаютъ даже, что только при частичномъ суженіи мочеточника образуется объемистый гидронефрозъ, въ противномъ случаѣ наступаетъ прямо атрофія почки. Образование полной непроходимости мочеточника происходитъ, по ихъ мнѣнію, уже впоследствии. Можно представить себѣ и другія разнообразныя комбинаціи, при которыхъ примѣненіе катетеризаціи можетъ привести къ ложному заключенію. Подобные случаи однакожь могутъ быть только какъ рѣдкость, подтверждающіе лишь, что нѣтъ правила безъ исключенія.

Слѣдуетъ указать еще на одинъ источникъ ошибки, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда мочеточникъ будучи окруженъ многочисленными сращениями и тяжами въ маломъ тазу, при самомъ незначительномъ насиліи во время катетеризаціи, можетъ оказаться отчасти или совершенно не проходимымъ для мочи.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что дифференціальная діагностика, основанная только на изслѣдованіи дѣятельности каждой почки, не можетъ быть всегда безошибочной. Подобное изслѣдованіе является рѣшающимъ діагностическимъ средствомъ только тогда, когда результатъ его вполне соотвѣтствуетъ даннымъ, полученнымъ иными методами дифференціального распознаванія. Тоже самое можно сказать и относительно пробнаго прокола, о которомъ мы упомянули ранѣе, когда приводили предложенные *Simon*'омъ методы изслѣдованія.

Мы должны здѣсь еще замѣтить, что катетеризація, зондированіе и проколъ не могутъ быть названы вполне безопасными операціями, ибо неоднократно была наблюдаема инфекція гидронефрозовъ или мочеточниковъ вслѣдствіе введенія въ нихъ инструментовъ.

¹⁾ Дисс. *В. Боброва*, 154.

Я долженъ былъ-бы сказать и о пробаторныхъ разрѣзахъ, но это слишкомъ расширило-бы рамки нашей статьи; по этому лишь укажу на то, что въ настоящее время въ литературѣ болѣе и болѣе заявляется фактовъ относительно ошибочности діагноза при люмбальномъ разрѣзѣ; вмѣстѣ съ этимъ боковое или срединное чревосѣченіе признается болѣе совершеннымъ методомъ распознаванія состоянія не только почекъ, но и мочеточниковъ. Примѣняя этотъ взглядъ къ большимъ гидро-нефрозамъ, слѣдуетъ предпочесть чревосѣченіе уже и потому, что большую водяночную почку можно удалить только этимъ путемъ; такъ что пробный разрѣзъ и вылушеніе могутъ слѣдовать одинъ за другимъ.

Заканчивая этимъ общій обзоръ нефректоміи при водянкѣ почки, перехожу къ изложенію случая, бывшаго подѣ моимъ наблюденіемъ въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

II.

Больная А. И. П—ская 36 л., 21 года—замужество. Два раза была беременна; оба раза абортъ, 1-й—во время брюшнаго тифа, 2-й отъ неизвѣстной причины. Въ томъ и другомъ случаѣ сильное кровотеченіе. Одно время страдала воспаленіемъ яичниковъ. Приблизительно съ 30 лѣтнаго возраста мѣсячныя крови начали приходиться раньше срока, съ болями, въ небольшомъ количествѣ, тогда какъ прежде были всегда нормальны и безболѣзненны. Появилась рвота и головная боль, которыя при появленіи мѣсячныхъ усиливались. Около этого же времени больная стала замѣчать опухоль въ животѣ, которая, непрічиняя никакого безпокойства выросла почти до размѣровъ срочной беременности. По прошествіи 5—6 лѣтъ отъ начала образованія опухоли, при сильныхъ кашлевыхъ движеніяхъ, во время инфлюэнцы, почувствовала въ животѣ какъ бы трескъ и дрожаніе и невыносимую боль въ правой сторонѣ живота и поясницѣ. Послѣ этого животъ нѣсколько уменьшился и сталъ мягкимъ. Часа черезъ два, по словамъ больной, изъ влагалища вышло большое количество свѣтлой жидкости. Навопросъ—не былъ-ли это актъ испражненія мочи?—даетъ отрицательный отвѣтъ. Въ слѣдующіе 9 дней, которые больная провела въ постели, мочеотдѣленіе не было усиленнымъ, точно также и изъ влагалища не было никакихъ отдѣлений. Когда же встала, то въ продолженіе двухъ дней изъ влагалища вытекала густоватая, темнокрасная жидкость. Немного времени спустя стало замѣчаться прогрессирующее увеличеніе живота, достигшее потомъ прежнихъ размѣровъ. Въ настоящее время на мѣстѣ опухоли болѣе не чувствуютъ; регулы безболѣзненны, нѣсколько раньше срока; тошноты и головной боли нѣтъ. При наружномъ изслѣдованіи животъ пред-

ставляетъ видъ почти срочной беременности, несимметриченъ, выдается болѣе съ правой стороны. Мѣсто наибольшаго возвышенія почти на уровнѣ пупка и вправо. При ощупываніи опредѣляется опухоль, распространяющаяся изъ малаго таза до печени и заходящая влѣво за срединную линію живота; на опухли съ лѣвой стороны, въ верхней половинѣ ея, прощупывается сферическій выступъ, величиной съ апельсинъ, напоминающій собой выступъ при обыкновенной многополостной кистѣ. Вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ и значительныхъ размѣровъ опухоли, существуетъ лишь малая подвижность ея, благодаря чему представляется невозможнымъ выяснитъ отношеніе ея къ окружающимъ частямъ. По значительному напряженію стѣнокъ опухоли и отчетливой передачѣ волны при постукиваніи ея, можно было однако установить мѣшеччатый характеръ новообразования съ жидкимъ содержимымъ. При постукиваніи кишечный тонъ опредѣлялся только съ лѣвой стороны; спереди же опухоли, по аксиллярной линіи и сзади—тупой. До и послѣ очищенія кишечника границы тупаго тона безъ перемѣны. Наружныя части полового аппарата, а равно и влагалищная часть матки нормальны. При изслѣдованіи вышележащаго отдѣла шейки опредѣляется уголь, открытый сзади и позволяющій заключить о ретрофлексіи матки. Дна матки не удается прощупать, ввиду тѣсно прилегающаго къ передней поверхности ея нижняго сегмента опухоли. При зондированіи матка оказывается увеличенной (10 см.), смѣщенной назадъ и влѣво. При смѣщеніи опухоли замѣчается самая незначительная передача движенія маткѣ. Отдѣльно придатки не прощупываются. При изслѣдованіи больной на косої плоскости установленное отношеніе частей остается безъ перемѣны. Болѣе точнаго отношенія опухоли къ окружающимъ частямъ установить невозможно. Въ другихъ органахъ рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не констатировано. Моча мутноватая, кислой реакціи, бѣлку и сахару нѣтъ. Общее состояніе организма удовлетворительно. Диагнозъ колебался между опухолью половой сфѣры и почки.

Данныя, полученныя изъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія, давали мало основанія склониться въ пользу того или другаго. Больная никогда не страдала болѣзнью почекъ; ни болей въ области почекъ, ни песку, ни гноя въ мочѣ не было; t^0 нормальна. Мочеотдѣленіе всегда правильно. Наоборотъ къ этому времени относятся нѣкоторыя расстройства въ половой сферѣ: неправильныя регулы, боли и рвота во время ихъ; раньше врачи опредѣляли воспаленіе яичниковъ. Изъ объективныхъ данныхъ главнымъ образомъ должно отмѣтить нахожденіе части опухоли въ маломъ тазу, тупой тонъ и отсутствіе какихъ либо частей кишечника спереди ея, обстоятельство считаемое за діагностическій признакъ кисты по сравненію съ гидронефрозомъ. Кромѣ того, констатированъ выступъ опухоли, который говорилъ въ пользу многополостнаго характера опухоли, напр., могъ быть принятъ за сегментъ многополостной оваріальной кисты. Насильственное отодвиганіе опухоли заставляло и матку двигаться по тому же направленію, хотя и крайне мало. Всѣ эти обстоятельства подрывали предположеніе о возможности существованія гидронефроза. Положительныхъ же данныхъ въ пользу этого послѣдняго, можно сказать, не имѣлось, если не считать тупость боковой и задней поверхности тѣла, возможную впрочемъ и при ослож-

ненія кисты яичника аспитомъ. Указанное больной выдѣленіе жидкости изъ „передняго прохода“, послѣ чего произошло уменьшеніе опухоли, можетъ быть объяснено также страданіемъ половой сѣры, напр., *hydrops tubae profluens*, или излитіемъ черезъ родовые пути соджимаго *tubo-ovarial'*ной кисты.

Такимъ образомъ естественно, что, при отсутствіи прямыхъ указаній на болѣзнь мочевого аппарата, діагнозъ логически долженъ былъ остановиться на одномъ изъ страданій половой сѣры, за каковое предположеніе имѣлись не только отрицательныя, но и рядъ вышеуказанныхъ положительныхъ данныхъ. Въ числѣ этихъ послѣднихъ особенно важнымъ представлялась передача движеній смѣщаемой опухоли матки, хотя и небольшая, при различномъ положеніи больной и подтягиваніи матки пулевыми щипцами. Кромѣ того имѣлось значительное увеличеніе матки и ея ненормальное положеніе. Какой же именно части полового аппарата принадлежитъ имѣющееся кистовидное перерожденіе? За маточный характеръ опухоли, а именно за цистофибромъ, говорило увеличеніе матки, тѣсная связь съ опухолью, затрудненіе нащупать дно матки, преждевременно появившіяся крови. Тонкостѣнность же опухоли, экстрамедианное положеніе ея, наконецъ опороженіе чрезъ влагалище основательно могли считаться данными въ пользу кисты правыхъ придатковъ. Въ этомъ случаѣ при малой подвижности опухоли, сливавшейся съ правымъ бокомъ матки, выступало ея межсвязочное развитіе.

Всѣ вышеизложенныя соображенія, какъ основанныя на недостаточно вѣскихъ данныхъ, не представляли возможности окончательно склониться въ пользу того или иного предположенія. Остававшееся въ запасъ діагностическое средство—проколъ могъ бы пролить нѣкоторый свѣтъ для выясненія природы опухоли, но, принимая во вниманіе быстрое наростаніе опухоли, уже разъ случившееся рѣзкое измѣненіе ея (разрывъ)? и ухудшающееся положеніе больной, рѣшено было произвести чрезосѣченіе безъ предварительнаго пробнаго прокола, такъ какъ очевидно мы имѣли дѣло съ явленіями, угрожающими жизни, въ болѣе или менѣе близкомъ будущемъ, и оперативное вмѣшательство являлось неизбѣжнымъ. Къ тому же пробный проколъ, какъ мы раньше упомянули, не есть рѣшающее средство для діагноза и не можетъ считаться за совершенно невинный пріемъ. Но если бы сдѣланъ былъ пробный проколъ и получилось бы убѣжденіе въ гидронефротической натурѣ опухоли, то и въ такомъ случаѣ показаніе къ операциіи ставилось не менѣе настоятельнымъ. Чревосѣченіе представлялось наиболее цѣлесообразнымъ оперативнымъ пріемомъ, даже если бы опухоль оказалась принадлежащей почкѣ.

24/III 92 г. проф. Д. О. Оттъ произвелъ лапаратомію подъ хлороформомъ. Послѣ разрѣза стѣнокъ живота представился сегментъ опухоли, покрытый брюшиной, которая, благодаря рыхлому прикрѣпленію къ опухоли представлялась съ значительной степени подвижной. Черезъ брюшину просвѣчивала сѣтъ сосудовъ разныхъ калибровъ, преимущественно мелкихъ, расположеніе которыхъ отличалось извѣстною правильностью, а именно: большинство сосудовъ располагалось параллельно другъ другу; другая часть сосудовъ пересѣкала эти послѣдніе болѣе

или менѣе подѣ прямиымъ угломъ, такъ что все поле зрѣнія было раздѣлено на рядъ четырехугольниковъ. Во время операци на эту особенность профессоромъ было обращено вниманіе, какъ на признакъ, отмѣченный имъ въ ранѣе наблюдаемыхъ имъ случаяхъ. Предположивъ на основаніи указаннаго признака, что имѣющаяся опухоль состоитъ изъ водяночной почки, сдѣлана была попытка провести руку между сильно напряженной опухолью и стѣнками живота для опредѣленія отношенія опухоли къ органамъ брюшной полости; но это оказалось невозможнымъ въ виду чрезмѣрно тѣснаго прилеганія опухоли къ стѣнкамъ. Поэтому предварительно была уменьшена опухоль пункцией посредствомъ ножа, при чемъ свѣтлая жидкость стала вытекать фонтаномъ, часть которой и была собрана для химическаго изслѣдованія. Судя по объему опухоли количество жидкости было до 15 литровъ. Когда объемъ опухоли былъ уменьшенъ въ значительной степени, удалось безъ затрудненія опредѣлить, что матка и правые и лѣвые придатки не находились въ непосредственной связи съ опухолью. Дальнѣйшее изслѣдованіе показало, что опухоль всей своею массою располагалась за брюшиною. Смѣстивъ ободочную и слѣпую кишку къ срединной линіи живота и кверху, опухоль нижнимъ своимъ сегментомъ какъ бы вдавалась нѣсколько между листками верхняго отдѣла правой широкой связки, верхнимъ же достигала печени. Столь характерное расположеніе опухоли уже само по себѣ не оставляло сомнѣнія въ натурѣ ея; характерный же видъ внутренней поверхности вскрытаго мѣшка, отличавшейся перстообразными выпячиваніями (почечныя чашки), при отсутствіи правой почки не оставлялъ никакого сомнѣнія, что мѣшокъ былъ образованъ растянутой водяночной почкой. Убѣдившись оццупываніемъ въ нормальномъ состояніи лѣвой почки, рѣшили приступить къ полному вылученію измѣненной почки. На такого рода рискованный путь рѣшились потому, что другой единственный оперативный методъ сводился на прикрѣпленіе стѣнокъ почки къ краямъ брюшной раны съ образованіемъ почечно-брюшной фистулы, со всеми осложненіями въ дальнѣйшемъ тягостнаго состоянія для больной. Благодаря рыхлому слою клѣтчатки, соединявшей брюшину съ подлежащимъ мѣшкомъ, удавалось безъ особаго затрудненія отдѣлять ихъ другъ отъ друга тупымъ способомъ. Захвативъ края мѣшка Нелатоновскими щипцами и введя для контроля одну руку въ полость мѣшка, другой рукой производилось вылучиваніе по пальцу, находящемуся внутри, строго придерживаясь собственныхъ стѣнокъ измѣненной почки. Во многихъ мѣстахъ встрѣчались утолченія ввидѣ различнаго размѣра тяжелъ, которыя были перевязаны толстыми лигатурами отдѣльно и перерѣзаны. Въ числѣ такихъ тяжелъ были захвачены и перевязаны отдѣльно мочеточникъ и сосуды. Кровотокація мѣста были обколоты. По вылученіи мѣшка изъ капсулы, края послѣдней были вшиты матрацнымъ швомъ въ брюшную рану выше пупка такимъ образомъ, что брюшинная поверхность капсулы соприкасалась съ таковою же брюшной стѣнки. Слѣдовательно, все доже опухоли послѣ вылученія ея было изолировано отъ сообщенія съ брюшной полостью, а затѣмъ затампонировано двумя стерилизованными марлевыми бинтами и конецъ выведенъ наружу. Остальная часть брюшной раны была защита обычнымъ спосо-

бомъ (мышечно-апоневротическій шовъ), и наложена повязка съ большимъ и рыхлымъ слоємъ марли. Какъ велика была полость можно судить потому, что употреблено было 10 аршинъ марлеваго бинта шириной болѣе $\frac{1}{4}$ аршина. Нужно отмѣтить, что въ одну лигатуру было захватываемо намѣренно возможно меньшее количество ткани, а также мочеточникъ и сосуды перевязывались отдѣльно, дабы избѣжать возможнаго соскальзыванія лигатуры и послѣдовательнаго кровотеченія. Такимъ образомъ не была образована такъ называемая ножка. Операция продолжалась $2\frac{1}{2}$ часа, больная пришла въ сознаніе черезъ часъ.

Первые дни послѣ операціи выдѣлялось много сукровичной жидкости, такъ что наружная повязка вслѣдствіе промоканія должна была мѣняться ежедневно. Тампонація пространства проводилась стерилизованой марлей, при чемъ было обращено вниманіе на тщательное выполненіе мѣшка во избѣжаніе малѣйшаго застоя выдѣленій. Одинъ разъ, 29 числа, была сдѣлана тампонація іодоформенной марлей; ночью бречь веселаго характера съ склонностью къ смѣху; галлюцинаціи зрѣнія и слуха, что продолжалось дня четыре. Моча дала реакцію іода въ значительной степени. Черезъ 8 дней его уже не было. Бредъ былъ объясненъ отравленіемъ іодоформомъ. Полость промывалась растворомъ борной кислоты.

Повышенная t° наблюдалась въ продолженіе 24 дней; и 1 разъ (30 марта) достигла $39,6^{\circ}$, болѣею же частію колебалась около $38,0^{\circ}$.

Моча въ первые дни выдѣлялась въ количествѣ около 400,0, а потомъ достигала до 1500,0.

Бѣлокъ появился на 4-й день послѣ операціи.

Такъ какъ бѣлокъ появился ранѣ тампонаціи іодоформенной марлей, то и нельзя объяснить это обстоятельство іодоформеннымъ отравленіемъ, отчего предостерегаеть между прочимъ *Израель*, приписывая появленіе бѣлка въ мочѣ отравленію іодоформомъ, вслѣдствіе чего страдаетъ почка.

30/III констатирована заушница съ лѣвой стороны, піемического или эндемического характера—рѣшить трудно, такъ какъ одновременно въ клиникѣ наблюдались еще 2 случая паротита. 6/IV паротитъ былъ вскрытъ и, по выдѣленіи небольшого количества гноя, положенъ согревающій компрессъ.

Вслѣдъ за некротизаціей краевъ вшитой въ наружную рану капсулы получилось нагноеніе брюшной раны ниже пупка, края которой разошлись на значительномъ протяженіи; въ глубинѣ были видны соединенные швами апоневрозы и чучки прямыхъ мышцъ. Можетъ быть не произошло затека гноя въ брюшную полость отчасти благодаря примѣненію мышечно-апоневротическихъ швовъ. Некротизированныя мѣста были обильно присыпаемы стерилизованнымъ висмутомъ.

Какъ осложненіе послѣ операціоннаго періода нужно отмѣтить появленіе у больной полнаго пареза лѣвой руки на 7 день, незначительное проявленіе котораго наблюдалось еще нѣсколько дней раньше. Парезъ могъ быть поставленъ, за отсутствіемъ иной причины, въ зависимость отъ того, что больная лежала во время операціи съ отведенной вверхъ рукой. Вскорѣ появилась припухлость вокругъ плечеваго сочлененія. Массажъ и электризація (индуктивный токъ) вполне

устранили указанное явление. Через 2 мѣсяца и 3 недѣли—полное выздоровленіе. Въ половинѣ августа я видѣлъ большую въ послѣдній разъ; общее состояніе и самочувствіе вполне хорошо.

Экстирпированная почка представляет мѣшокъ почти круглой формы; діаметръ, соответствующій линіи тѣла, нѣсколько больше. На поверхности мѣшка находятся выпячиванія разной величины, изъ которыхъ наибольшее имѣетъ видъ кисты, полость его имѣетъ сообщеніе съ главной полостью. Это большое кистовидное выпячиваніе было обращено влево и вверхъ и дало между прочимъ одинъ изъ поводовъ принять гидронефрозъ за кисту, а самое выпячиваніе за сегментъ многополостной кисты. Каждому выпячиванію соответствуетъ съ внутренней стороны растянутая чашка. Стѣнки мѣшка не одинаковой толщины; наиболѣе тонкая часть соответствуетъ лоханкѣ, ея мѣшокъ былъ обращенъ впередъ и внутрь, а толстой—кзади и наружу. На передне-внутренней сторонѣ находится мочеточникъ, который идетъ внизъ и внутрь по стѣнкѣ мѣшка, будучи съ ней совершенно сращенъ, т. е., находится вросшимъ въ соединительно-тканномъ слоѣ капсулы. Мочеточникъ представляется въ видѣ шнура равномерной толщины. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ зондъ не проходитъ вслѣдствіе сращеній на протяженіи канала. Начинаясь отъ стѣнки мѣшка воронкообразно, мочеточникъ дѣлаетъ крутой изгибъ, направляясь внизъ; въ этомъ мѣстѣ онъ уплощенъ. На мѣстѣ перегиба мочеточникъ обхватывается артеріей, которая идетъ въ стѣнкѣ капсулы снаружи почти перпендикулярно къ мочеточнику подходитъ подъ него и направляется вверхъ, такъ что мочеточникъ какъ-бы виситъ, будучи перекинутъ черезъ артерію, и представляется въ этомъ мѣстѣ сдвоеннымъ и непроходимымъ. Камней или иныхъ закупоривающихъ просвѣтъ мочеточника тѣлъ, не найдено; равнымъ образомъ не найдено и клапаннообразной заслонки. Въ стѣнкѣ мѣшка не было замѣтно отверстія, ведущаго въ мочеточникъ. При послѣдовательныхъ разрѣзахъ констатировано, что оно было закрыто нѣсколькими слоями новообразованной соединительной ткани, легко отдѣляющимися другъ отъ друга и непосредственно переходящими въ окружающія стѣнки мѣшка. Кромѣ описаннаго артеріальнаго ствола другихъ крупныхъ артерій не найдено. Изъ описанія видно, что такъ называемой ножки въ нашемъ случаѣ вовсе не имѣлось, а сосуды и мочеточникъ находились на передне-внутренней сторонѣ, значительно расходясь на протяженіи. Внутренняя поверхность мѣшка представляетъ выпячиванія, соответствующія бывшимъ чашечкамъ. Болѣе толстая стѣнка состоитъ изъ довольно рыхлой, болѣе сохранившейся корковой части и изъ почти совершенно атрофированнаго мозгового слоя. Микроскопическое изслѣдованіе показало сильное соединительно-тканное разрушеніе. Канальцы частью заросли, частью сохранились, при чемъ сохранился и эпителий, выстилающій ихъ. Баумановскія капсулы представляются гліанно перерожденными. На препаратахъ, взятыхъ изъ многихъ мѣстъ, эпителия, выстилающаго внутреннюю поверхность почекъ, не найдено; въ нѣкоторыхъ только мѣстахъ найденъ многослойный, сильно набухшій. Эпителий въ мочеточникѣ также отсутствуетъ. Микроскопическіе препараты обрабатывались слѣдующимъ образомъ: кусочки клались въ

95% спиртъ, черезъ сутки въ абсолютный; еще черезъ сутки въ растворъ парафина въ хлороформѣ (термостатъ). На другой день при 56° заключались въ жидкій парафинъ. Срѣзы наклеивались на стекло массой, состоящей изъ альбумина съ глицериномъ и засыхающей на воздухѣ, послѣ чего препараты подвергались обработкѣ ксилоломъ, абсолютнымъ спиртомъ и водою; окрашивались квасцовымъ карминомъ. Жидкость гидронефроза представляла удѣльный вѣсъ 1008, содержала бѣлку $\frac{1}{4}$ ‰, мочевины 2,39‰, хлоридовъ 6,5‰.

Въ виду того, что на нашемъ препаратѣ мочеточникъ представляется на всемъ протяженіи нормальнаго калибра, сращеніе же въ нѣкоторыхъ мѣстахъ есть послѣдовательное явленіе вслѣдствіе слипчиваго воспаленія, а также въ виду отсутствія ясно опредѣляемой клапанообразной заслонки, конкрементовъ и механическаго сдавливанія со стороны какого-либо органа, нужно полагать, что причина гидронефроза лежитъ въ той части мочеточника, которая находится непосредственно при выходѣ изъ лоханки. Дѣйствительно, въ этомъ мѣстѣ мочеточникъ представляется переkreщеннымъ съ артеріей и приподнятымъ, такъ что мѣсто *ostii pelvici* находится ниже; мочеточникъ сплюсненъ и непроходимъ. *Ostium* свободно и расширено. Причина такого явленія врожденное анатомическое соотношеніе мочеточника съ сосудами, и малѣйшее смѣщеніе органа можетъ отразиться на правильности процессовъ. *Albarran* и *Legueu* говорятъ, что подвижная почка можетъ произвести гидронефрозъ, если мочеточникъ фиксированъ на чемъ нибудь. Въ нашемъ случаѣ такого рода моментомъ представляется переkreщиваніе мочеточникомъ артеріи, вслѣдствіе чего неминуемо онъ долженъ былъ перегнуться при малѣйшемъ смѣщеніи почки (см. рис. № 2).

Подобныхъ случаевъ въ литературѣ много, изъ русскихъ напр. у проф. *Склифосовскаго*. Между прочимъ интересно мнѣніе *Pitt'a*, который говоритъ, что достаточно въ такихъ случаяхъ легкаго растяженія лоханки, чтобы получился загибъ мочеточника и гидронефрозъ.

Изъ діагностическихъ признаковъ для гидронефроза въ нашемъ случаѣ былъ только одинъ, именно тупой тонъ по боковой и задней поверхности, доходящей вплоть до таза. Этотъ признакъ въ связи съ другими имѣетъ конечно значеніе, но основывать діагнозъ на немъ одномъ очевидно нельзя, ибо асцитъ, который такъ часто сопровождаетъ кисты яичника, также даетъ притупленіе и не мѣняетъ перкуторныхъ границъ

при различныхъ положеніяхъ тѣла. Colon ascendens проходилъ не спереди опухоли, а по внутренней стѣнкѣ.

Катетеризація мочеточниковъ не была предпринята потому, что моча при изслѣдованіи представлялась совершенно нормальной. Слѣдовательно, если бы данный пріемъ и указалъ-бы намъ на то, что выдѣленіе мочи происходитъ только изъ одного мочеточниковаго отверстія, то мы получили-бы лишь убѣжденіе, что существуетъ только одна почка, правильно функционирующая, и что со стороны ея не имѣемъ противопоказанія. Относительно перваго мы имѣли уже предположеніе, относительно втораго не возбуждалось сомнѣнія ввиду нормальной мочи. Въ результатѣ катетеризація неизмѣнила-бы плана оперативнаго вмѣшательства, точно также какъ и пробная пункція; притомъ, какъ выше нами упомянуто, эти пріемы не представляются совершенно невинными. При самой операціи было констатировано здоровое состояніе второй почки, а при изслѣдованіи мѣшка гидронефроза сплошное перерожденіе почечной ткани и непроходимость мочеточника, слѣдовательно и съ этой стороны предпринятое удаленіе водяночной почки было вполне цѣлесообразно.

Способъ лѣченія оставшейся послѣ выпущенія почки задней брюшины былъ выполненъ по *Terrier*; при чемъ контръ-апертуры сдѣлано не было, ввиду того, что брюшное отверстіе для дренажа было оставлено довольно большое, кромѣ того проложеніе контръ-апертуры еще болѣе затынуло-бы операцію.

Въ заключеніе своего сообщенія я позволю себѣ высказать слѣдующее:

1) Большой гидронефрозъ слѣдуетъ вылущать путемъ чревосѣченія.

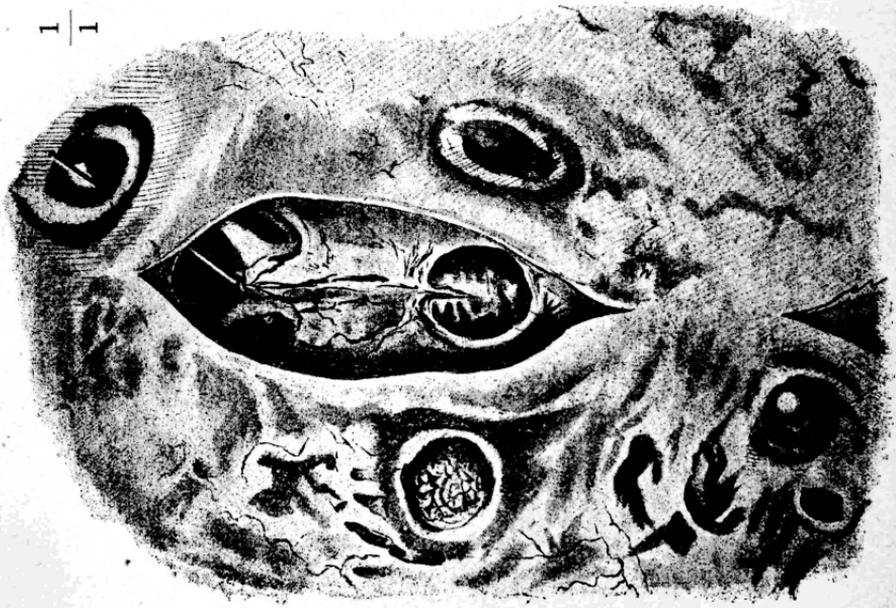
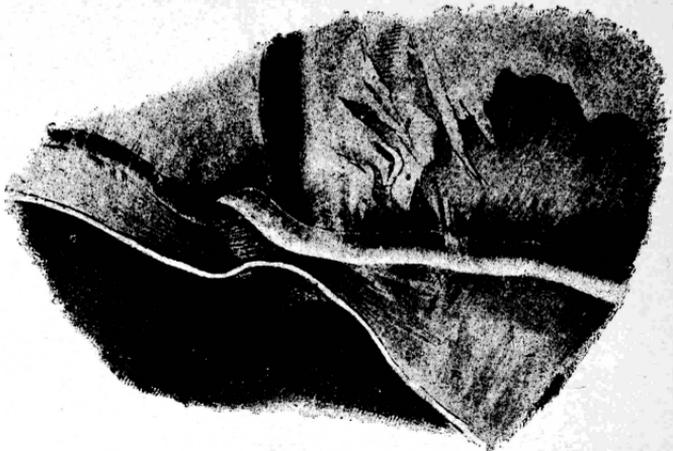
2) При непроходимости мочеточника вылущеніе всей почки есть единственная оперативная мѣра, вполне излѣчивающая больнаго.

3) Способъ *Terrier* есть вполне рациональный методъ, недостаткомъ котораго можетъ считаться лишь медленное запусѣваніе бывшаго ложа водяночной почки.

Рисунокъ № 1.—Мѣшокъ гидронефроза съ выпячиваніями послѣ вылущенія.

Рис. № 2.—Внутренняя стѣнка мѣшка съ перстообразными выпячиваніями.

Рис. № 3.—Перекрещиваніе мочеточника съ артеріей; отверстіе мочеточника въ почкѣ.



I
I

