

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы:

36. Hochstetter. Ueber Harnleiterscheidenfisteln. (Archiv für Gynaecologie, Bd. 45, Hft. 1, S. 107). **О мочеточниковлагалищныхъ фистулахъ.**

Мочеточниковлагалищныя фистулы стали извѣстны въ срединѣ этого столѣтія и *Simon* впервые описалъ такую фистулу. Съ тѣхъ поръ, по *Hochstetter*'у, описаны 39 случаевъ. Въ 23—причиной фистулы были тяжелые роды, въ 10—полное вырѣзываніе матки, въ остальныхъ—то тазовые абсцессы, то продолжительное ношеніе песарія и т. д.

Въ послѣднее же время названныя фистулы главнымъ образомъ являются послѣ *extirpatio uteri totalis*, отъ перевязки *ligamenti lati*, при чемъ мочеточникъ можетъ быть всецѣло вовлеченъ въ лигатуру или одна только стѣнка его. Въ первомъ случаѣ получится полная перерѣзка мочеточника, во второмъ—образуется только отверстіе въ одной стѣнкѣ. По *Zweifel*'ю такая фистула можетъ также образоваться отъ перегиба мочеточника, вызваннаго притягиваніемъ массовой лигатуры, наложенной на широкую связку. Распознать одностороннюю перевязку мочеточника въ первые дни послѣ операціи весьма трудно. Ни недостаточность отдѣленія мочи, ни рвота, ни чувство давленія въ почечной области не даютъ основанія высказываться въ пользу перевязки мочеточника. Болѣе точныя указанія получаютъ при примѣненіи кистоскопа. Перевязку же обоихъ мочеточниковъ распознать не трудно. Полная анурія служить несомнѣннымъ до-

казательствомъ. При скорой постановкѣ діагноза, немедленнымъ снятіемъ лигатуры, еще возможно возстановленіе проходимости мочеточника. *Gusserow*'ымъ, 24 часа послѣ операціи, были сняты лигатуры, при чемъ обильнаго кровотеченія не было. Такой же случай описанъ и *Zweifel*'емъ. Онъ черезъ 36 часовъ послѣ операціи пытался снять лигатуру съ *левой* широкой связки, вслѣдствіе же кровотеченія, полное снятіе пришлось отложить еще на 12 часовъ. Выдѣленіе мочи немедленно возстановилось. Въ виду же продолжавшейся рвоты, на 6 день послѣ операціи, пришлось снять лигатуры и съ правой стороны. Больная выздоровѣла.

Въ то время какъ распознать перевязку мочеточниковъ затруднительно, діагнозъ мочеточниковлагалищной фистулы трудностей не представляетъ. Моча частью выдѣляется изъ рукава; въ послѣдней имѣется отверстіе, черезъ которое моча каплями просачивается. Проникнуть катетеромъ или зондомъ черезъ это отверстіе въ мочевой пузырь и изъ послѣдняго въ рукавъ нѣтъ возможности. Затѣмъ далѣе, —наполняя мочевой пузырь либо молокомъ, либо окрашенной жидкостью, мы видимъ, что послѣдняя черезъ фистулу не проходитъ. Зондированіемъ мочеточника и мѣстомъ отверстія не трудно опредѣлить какой мочеточникъ пораженъ.

Лѣченіе мочеточниковлагалищныхъ фистулъ, говоритъ авторъ, должно начать съ прижиганій, но не слѣдуетъ упускать изъ виду, что ими могутъ быть вызваны опуханіе ткани и временное полное закрытіе мочеточника.

Произвольное заживленіе отверстія въ стѣнкѣ мочеточника, описаны *Zweifel*'емъ (3 случая), *Schatz*'омъ (1 случай) и *Gusserow*'ымъ (1 случай). Если же фистула произвольно не заживаетъ, то оперативное закрытіе ея показано не только вслѣдствіе крайне тяжелаго состоянія больной, въ зависимости отъ постояннаго непроизвольнаго мочеотдѣленія, но и вслѣдствіе угрожающей опасности со стороны почекъ.

Уже *Simon* пытался, превращеніемъ мочеточниковлагалищной фистулы въ мочеточнико-пузырновлагалищную и послѣдовательнымъ закрытіемъ послѣдней, излѣчить больную, однако ему это не удалось. Впослѣдствіи *Landau* совѣтовалъ сдѣлать разрѣзъ въ мочевой пузырь и превратить мочеточниковую фистулу въ пузырновлагалищную, въ верхней части которой вошло бы отверстіе мочеточника. Глубокими швами, захватывающими и стѣнку пузыря, потомъ зашиваютъ продольно отверстіе. По этому способу оперировали *Bandl*, *Nicoladini* и *Соловьевъ*.

Schede модифицировалъ способъ *Landau* такимъ образомъ: сдѣлавъ искусственно пузырновлагалищную фистулу, онъ вначалѣ швомъ соединилъ слизистую оболочку влагалища съ таковой пузыря, спустя же 24 дня, вмѣсто того, чтобы освѣжить края фистулы, онъ въ окружности краевъ, миллиметра на 3—4, оставивъ слизистую оболочку не тронутой, ввернулъ края фистулы въ пузырь. Такимъ образомъ получился глубокий полужелобъ (*Halbkanal*) выстланный слизистой оболочкой; въ наружномъ краѣ этого желоба помѣщался мочеточникъ. Преимущества этого способа, по *Schede*, состоятъ въ слѣдующемъ:

1) Искусственная пузырновлагалищная фистула губообразно окаймлена слизистой оболочкой, предупреждающей послѣдовательное суженіе.

2) Вторая половина операціи не сопряжена ни съ новой травмой мочеточника, ни съ таковой слизистой оболочки влагалища и появленіе рубцоваго суженія мочеточника представляется мало вѣроятнымъ.

3) Въ случаѣ необходимости послѣдовательнаго зондированія мочеточника, желобъ служитъ путеводителемъ.

Случай *Schede* окончился выздоровленіемъ. По этому же способу оперировалъ и *Gusserow*, въ случаѣ, описанномъ *Hochstetter*'омъ. Дѣло касалось 40 лѣтней больной съ *cancer portioinis vaginalis*. Была произведена *extirpatio uteri totalis*. Интересно, что, во время операціи, найдена двухмѣсячная беременность. Уже на 2-й день послѣ операціи появились боли и чувство давленія *in regione lumbalis sinistra*, также и лихорадочное состояніе. Количество мочи незначительно уменьшено. На 11 день замѣчено непроизвольное мочеотдѣленіе; на 20 день въ лѣвомъ углу раны найдено небольшое отверстіе, изъ котораго, при давленіи на лѣвую почечную область, выдѣлялась водянистая жидкость. Молоко, которымъ, для дифференціального діагноза, мочевой пузырь былъ наполненъ, черезъ отверстіе раны не выдѣлялось. Выписанная съ этой фистулой, больная скоро вернулась въ внутреннюю клинику съ *ruelonephritis*, источникомъ которой вѣроятно была фистула. По выздоровленіи былъ примѣненъ способъ *Schede*. Вторую часть операціи пришлось повторить нѣсколько разъ. Больная выздоровѣла. По этому способу успѣшно оперировали также *Kaltenbach* (2 раза) и *Arie Geyl* (1 разъ). Оба автора однако оперировали въ одинъ приемъ.

Въ случаяхъ, когда приведенное оперативное пособіе остается безъ результата, послѣ предварительнаго наложенія пузырно-

влагалищной фистулы, приходится прибѣгнуть либо къ kolporekisis totalis, либо къ вырѣзыванію соответственной почки.

Б. Фейнбергъ.

37. **Robert Müllerheim. Die Symphyseotomie.** (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, № 91, 1894). **Симфизеотомія.**

Авторъ задался цѣлью рассмотреть всѣ возраженія противъ симфизеотоміи и опредѣлить, какое мѣсто въ акушерствѣ должно быть отведено этой операціи.

Подвижность сочлененій таза доказана многими изслѣдованіями, и ее теперь врядь ли можно отрицать. Однако въ виду большаго различія въ сужденіяхъ о частотѣ и степени этой подвижности, авторъ старался составить себѣ собственное мнѣніе на этотъ счетъ.

Для этого изслѣдовались всѣ три сочлененія таза у родильницъ по способу, предложенному впервые *Freund'*омъ. Сначала въ лежачемъ положеніи родильницы ощупываютъ однимъ или двумя пальцами заднюю поверхность лона со стороны влагалища, въ то время какъ два пальца другой руки снаружи, на лонномъ бугоркѣ, прощупываютъ углубленіе между лонными костями. При этомъ разводятъ и попеременно сгибаютъ и разгибаютъ бедра родильницы для того, чтобы получить представленіе о степени подвижности лоннаго соединенія. Затѣмъ, таже самая родильница изслѣдуется въ стоячемъ положеніи. Опять ощупываютъ лонное соединеніе, а потомъ крестцовоподвздошныя сочлененія. Врачъ, становясь на колѣно, вводитъ въ rectum указательный палецъ до области крестцовоподвздошнаго сочлененія. Родильница должна при этомъ опираться попеременно то на правую, то на лѣвую ногу, свободную ногу поднимать, а туловище откидывать къзади. Руководясь сѣдалищной остью, палецъ легко доходить до костной дуги *incisurae ischid. majoris* и до линіи сочлененія.

Изъ 180 изслѣдованныхъ родильницъ обнаружили подвижность въ лонномъ соединеніи 138. При этомъ наблюдалась:

Малая подвижность	41 разъ
Подвижность	64 "
Легкая подвижность	33 "

Подвижность въ крестцовоподвздошныхъ сочлененіяхъ наблюдалась 114 разъ:

Малая подвижность	54 раза
Подвижность	49 "
Легкая подвижность	11 "
Неподвижность въ симфизѣ	42 "
” въ подвздошномъ сочлененіи	54 "