

а равно и от Баугиниевой заслонки, слепая подвздошная кишка рассечены между двумя лигатурами. Образовавшиеся четыре культи инвагинированы кيسетным швом в просветы. На отводящую культю толстой и приводящую подвздошной кишок наложен анастомоз бок в бок. Предварительно помощником удалена резиновая трубка из свища и сняты провизорные швы. Подлежащие удалению культи соесом с appendix'ом и Баугиниевой заслонкой и культи подвздошной кишки через свищ выведены коридангом в асептических условиях наружу (эвагинация). Лапаротомная рана послойно зашита наглухо и заклеена коллодийной повязкой.

Последний момент операции заключался в удалении выведенных наружу кишок и пластическом закрытии свищевого отверстия: кожа кольцеобразно вокруг свищевого отверстия шириной в 1 см<sup>3</sup> иссечена и вместе с кишечной культей, а также иссеченным рубцовым кольцом, удалена<sup>1</sup>).

Обнажившаяся и выпячивающаяся воронкообразно в рану брюшина зашита непрерывным кетгутовым швом.

Дальнейшее пластическое зашивание раны произведено как при грыжесечении. Мышцы подшиты к Пупартовой связке. Выделенные свободные листки апоневроза наружной косой мышцы сшиты. Кожные швы. Мышцы, апоневроз, Пупартова связка оказались совершенно свободными от рубцовых изменений, факт, дающий возможность судить о характере первой операции: повидимому хирург ограничился вскрытием ущемившейся гангренозной кишки, которой оказалась слепая кишка.

Послеоперационное течение гладкое. Стул на 5-й день. Швы сняты на 10-й день. Заживление per. I intent. На рентгенограмме с контрастной массой ясны видны два анастомоза: на поперечной ободочной и восходящей кишках.

Больная выписана 4/VI 1937 г. здоровой через 20 дней после операции.

Поступила в ред. 29/VI 1937 г.

г. Ижевск, Пушкинская, 2, кв. 7.

---

Из 1-й хирургической клиники (директор доц. Ю. А. Ратнер) Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## Случай рака мочевого пузыря в сочетании с гипернефромой правой почки.

Н. Х. Ситдыков.

Злокачественные новообразования почек встречаются нечасто. По немецкой статистике на 100000 вскрытий приходится злокачественных опухолей почек меньше 1%. Равазини на 10034 аутопсии нашел всего 22 случая новообразований почек и надпочечников злокачественного характера. В статистике Ленеке на за 10 лет из 796 раковых опухолей указан только один случай рака почки. По статистике Давыдовского из 2765 случаев злокачественных новообразований на почки приходится всего 31 случай.

Злокачественные новообразования мочевого пузыря встречаются несколько чаще, чем бластомы почек. По данным Ротимова, отношение пузырных новообразований ко всем хирурги-

---

<sup>1</sup> Больная и препарат демонстрированы в Удмуртском хирургическом обществе 28/V 1937 г.

ческим заболеваниям мочевых путей составляет 2%, по Альбарану 3,9%, по Утцманну 3,2%.

Сочетанные новообразования в мочевой системе встречаются также весьма редко. В доступной мне литературе я нашел только два подобных случая, из которых один описан Добротворским и другой Альтштейном. В их случаях гипернефрома почки дала метастаз путем имплантации опухолевой клетки на слизистую мочеточника. Редкость подобных наблюдений побудила нас опубликовать наш случай.

Т. А. С., 50 лет, русский, колхозник, поступил в Хирургическую клинику 1/X 1934 г. с жалобами на частое мочеиспускание и резь в канале в конце акта мочеиспускания. Считает себя больным с марта 1934 года. Внезапно наступила задержка мочи. После сильного натуживания из мочеиспускательного канала вышло несколько кровавых сгустков, и больной помочился самостоятельно без примеси крови. В конце акта мочеиспускания почувствовал сильную резь в канале и заметил несколько капель чистой крови. В дальнейшем мочеиспускание оставалось учащенным, с резью, моча была окрашена кровью, мутная, с хлопьевидным осадком. Гематурия с непродолжительными светлыми промежутками продолжалась до 28 сентября. За последнее время при акте дефекации стал отмечать боли в области мочевого пузыря, иррадиирующие по ходу мочеиспускательного канала.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки бледноваты. Лимфатические железы не прощупываются. Органы дыхания: жестковатое дыхание на верхушках. В верхней доле правого легкого средне-пузырчатые хрипы.

Органы кровообращения: границы сердца—норма, тоны сердца глуховаты, на верхушке сердца выслушивается систолический шумок. Живот правильной конфигурации, мягкий, не болезненный при пальпации. Печень, почки и селезенка не прощупываются. При надавливании на область мочевого пузыря резкая болезненность с иррадиацией болей по ходу мочеиспускательного канала. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Болезненности по ходу мочеточников не отмечает. Предстательная железа слегка увеличена, плотновата, мало болезненна при пальпации.

Моча соломенно-желтого цвета, мутная. Удельный вес 1020, реакция слабощелочная. Белок 0,2%. Сахара, гемоглобина нет. В осадке: лейкоциты 20—30 в поле зрения, эритроциты в большом количестве. Соли трипельфосфатов.

Хромоцистоскопия: емкость мочевого пузыря 150—200 см<sup>3</sup>, моча кровавистая, мутная с хлопьевидным осадком. Слизистая пузыря гиперемирована на всем протяжении. Лъетодиев треугольник заполнен новообразованием, частично распадающимся, местами инкрустированным солями. Правое устье мочеточника сокращается, левое не определяется. На левой боковой стенке мочевого пузыря буллезный отек, окаймляющий ворсинчатую опухоль. Введенный в вену индигокармин справа показался через 8 мин., слева в течение 12 мин. индиго не выделялся.

Гемограмма: юные формы 1,5%, палочкоядерные 24,5%, сегментояд. 57%, моноциты 3,5%, лимфоциты 13,5%. Лейкоцитоз—9000, эритроциты 3700 000, гемоглобин 43%.

11/XI 1934 г. пересадка мочеточника в S-Romanum по Coffey (доц. Ю. А. Ратнер). Левый мочеточник найден расширенным до размеров указательного пальца. Мочеточник перевязан. Правый мочеточник неизмененный, пересажен в нижний отдел сигмовидной кишки. В прямую кишку вставлена резиновая трубка.

Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на десятый день, заживление раны per primam intentionem. Моча из прямой кишки через трубку показалась спустя 36 часов после операции. Резиновая трубка из прямой кишки удалена на 13-й день. Мочу удерживает хорошо, мочится 7—8 раз в день.

На 15-й день после операции потрясающий озлоб, температура 41°. В крови были обнаружены плазмодии малярии. Болезненность в области почек отсутствует. Моча патологических элементов не содержит. В дальнейшем, на протяжении восьми недель больного лихорадило, нарастала кахексия, резкое истощение, что не давало возможности приступить к удалению мочевого пузыря. 22/1 1935 г. смерть при явлениях резкой кахексии.

Аутопсия: рак мочевого пузыря, гипернефрома правой почки, гидронефроз левой почки, гидроуретер слева, хронический двусторонний туберкулез легких и бурная атрофия печени.

Интерес данного случая заключается в сочетании двух самостоятельных новообразований различного гистогенетического порядка в системе мочевыводящих путей. Гипернефрома почки у нашего больного не была распознана до операции. Новообразование почки протекало бессимптомно, почка не прощупывалась, болезненность в области почки отсутствовала, функция почки была удовлетворительная.

Один из важнейших симптомов при новообразовании почек, кровотечение, у нашего больного маскировался пузырьным кровотечением. Наличие при цистоскопии распадающейся раковой опухоли в пузыре и удовлетворительная функция правой почки, конечно, не давали никакого повода заподозрить новообразование в правой почке.

Наш случай, нам кажется, представляет, кроме практического интереса, и большой теоретический интерес в отношении путей метастазов злокачественных новообразований мочевой системы.

Метастаз раковых новообразований из почки в мочевой пузырь возможен, на это указывают Хольцов, Фронштейн и др. Федоров, ссылаясь на Кана, указывает, что гипернефомы сами раково не перерождаясь, могут дать раковые метастазы.

В нашем случае, вероятно, имел мест раковый метастаз гипернефомы правой почки в мочевой пузырь путем имплантации опухолевой клетки через мочеточник.

Поступила 26/X 1937.

Казань, Тукаевская, 3, кв. 1.

---

Из Дрожжановской районной больницы (Татреспублика).

## Случай консервативного лечения мочеполювого свища у женщины.

А. А. Айдаров.

В 40-х годах прошлого столетия, благодаря работам Жобера, Госсе и других, хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей получило широкое применение. С тех пор пластические методы закрытия свищей применяются и хирургами-урологами и гинекологами.