

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.

Но в условиях участка, где не всегда имеется возможность применить пластические способы закрытия мочеполовых свищей, не следует игнорировать консервативного метода лечения для избавления больных женщин от мучительного страдания—мочеполювого свища.

В нашей участковой практике мы имели случай закрытия пузырно-влагалищного свища консервативным лечением.

Б-ная В. Ф., 34 лет (ист. бол. № 87), поступила 27/III 1935 г. в Дрожжановскую районную больницу по поводу отсутствия самопроизвольного акта мочеиспускания, постоянного недержания мочи независимо от положения тела. 8 лет назад у больной были патологические роды, тянувшиеся 4 дня, только на пятый день с помощью бабки родила мертвого ребенка. В послеродовом периоде б-ная в течение двух недель находилась в тяжелом состоянии в постели. С первых же дней после родов стала мочиться под себя.

Из-за своего страдания лишена возможности бывать в обществе и выполнять физическую работу в колхозе. За 8 лет неоднократно обращалась за помощью в участковые б-цы, врачи от оперативного вмешательства отказывались.

При объективном исследовании: кожа промежности сильно раздражена мочей; *per vaginam* в переднем своде влагалища, ближе к шейке матки, обнаружен свищевой ход, точечной формы, с рубцовым изменением вокруг свища; при зондировании последнего зонд проходит в полость мочевого пузыря.

29/III влагалищным путем произведено прижигание просвета свища *argentum nitricum in substantia*. После расширения влагалища зеркалом Куско в свищевой ход по возможности глубоко введена палочка ляписа; при этом можно было заметить образование беловато-серого сгустка (альбуминат серебра). Одновременно для обеспечения полного покоя в мочевой пузырь вставлялся катетер *à demeure*. Для избежания постоянного смачивания свищевого отверстия мочей б-ная положена на живот. Внутрь назначен *Urotropin 0,5 × 3*. В следующие дни катетер функционировал хорошо.

2/IV при осмотре *per vaginam* отмечается, что образовавшиеся грануляции сузили свищевой ход. Тем не менее мы решили повторить прижигание с последующим введением катетера.

5/IV катетер удален, больная лежит на спине, сухая. Появились позывы к мочеиспусканию, доходящие за сутки до 7—8 раз; акт мочеиспускания безболезненный, моча прозрачная.

7/IV в хорошем самочувствии выписана домой.

Через 1 год 3 мес. мы имели возможность осмотреть эту больную. Свищевое отверстие зарубцовано. Мочеиспускание N. Больная выполняет обычную физическую работу в колхозе.

Наш случай не претендует на решение вопроса о лучшем способе лечения мочеполовых свищей у женщин, но он указывает, что и способы консервативного лечения свищей по доступности и простоте техники могут быть с успехом применены в условиях участковой практики.

Несомненно, имеет большое значение придание правильного положения катетеру: он должен находиться на расстоянии 1—2 см за шейкой мочевого пузыря.

Поступила 30/VIII 1937.

Казань, Б. Галактионовская, д. 19, кв. 48.