

graerutium отделен от penis'a; втечение последующих 4-х дней опухоль и краснота уменьшились, появились складки нормальной кожи, язвенная поверхность головки и sulci coroparii стали очищаться. В дальнейшем появились грануляции, и окончательное заживление головки произошло втечение 10-ти дней. Больному применялись все время ванночки из Kal. permag., примочки из  $\frac{1}{2}\%$  Arg. nitg. и сделано второе вливание Neo.

Случай, таким образом, закончился вполне благополучно—ампутацией препуция.

Если вспомнить из анамнеза, что у больного втечение 3-х недель до заболевания не было coitus'a—нужно думать, что описанный гангренозный баланопостит является спонтанным, имея своим происхождением вульгарную флору препуциального мешка, которая под влиянием неблагоприятных моментов (понижение питания, хронический алкоголизм) сделалась патогенной и вызвала вышеописанный процесс.

*Литература:*—Scherber. Ulcus gangrenosum und phagedenicum. Handbuch d. H. u. G. Bd. 21.

Из Бугурусланской уездной больницы.

## К терапии некоторых форм недержания мочи у женщин. (Д-ра Филкова<sup>1</sup>).

В настоящем своем сообщении я имею ввиду, главным образом, лечение недержания мочи у женщины, зависящего от нарушения топографических отношений органов и тканей в малом тазу, с одной стороны, и пареза сфинктера пузыря, с другой стороны. При анатомической целостности стенок пузыря и уретры недержание мочи может зависеть от расслабления сфинктера и растяжения стенок уретры. Пузырь в нормальном состоянии удерживается в определенных топографических отношениях при помощи лонно-пузырных связок ligamenta pubo-vesicalia. Пузырь расположен кзади и книзу от ossis pubis и связки эти прикрепляют его к неподвижному образованию—к костному кольцу малого таза или, вернее,—к gathus horizontalis ossis pubis. Помимо указанных связок на топографию пузыря влияет положение матки, а также целостность связочного и фиксирующего аппарата матки и остальных частей полового тракта, брюшинного покрова и тазового дна. Раз какая-либо группа анатомических элементов в тазу—будь то мышечные пластинки и апоневротические образования—под влиянием тех или иных insultов приходят в расслабленное состояние, наступают нарушения во взаимном топографическом расположении, что отражается непременно и на положении пузыря. Равнодействующая давления брюшного пресса проходит, как известно, от пупка к копчику—она направлена в заднюю стенку пузыря и при расслаблении связок pubo-vesicalia весь пузырь и верхний отрезок уретры под влиянием этого давления отклоняются книзу. Между тем, нижний отрезок остается на месте в нормальных топографических отношениях, удерживаемый посредством связок lig. graeurethralia, прикрепляющихся к симфизу. Таким образом, мы получаем отхождение задней стенки пузыря книзу, а вместе и начальной части задней стенки уретры, отчего отверстие сфинктера раскрывается; ввиду постоянного действия указанной силы, влекущей книзу, сфинктер не может преодолеть влечения этой силы, а потому и приходит в паретическое состояние. Отсюда недержание мочи становится постоянным. Такова в общих чертах анатомическая подкладка одного из видов недержания мочи у женщин.

Какова же должна быть терапия этого заболевания, т. е. каким образом при таком нарушении топографических взаимоотношений можно устранить недержание. Само собою напрашивается ответ, что именно установлением таких взаимоотношений, при которых сфинктер мог бы сократиться и отверстие могло бы закрыться, т. е. сближением стенок пузыря, стенок начальной части уретры, усилением действия связок pubo-vesicalia. Для достижения этой цели профессором Ширшовым разработана операция так называемой фиксации пузыря к надкостнице лонных костей.

<sup>1</sup>) Доложено в Акуш.-гинекологической секции Общества врачей при Каз. Гос. Ун. 17 июня 1927 г.

Операция профессора Ширшова производится следующим образом: на расстоянии 5—6 сантиметров от симфиза производится поперечный разрез наподобие разреза Pfannenstiel'я через все слои брюшной стенки, причем брюшина ни в коем случае не вскрывается, а разрезом входят только в предпузырное пространство. Нижняя передняя стенка пузыря захватывается пальцами и подводится к задней поверхности симфиза. На пузырь, отступя от средней линии сантиметра полтора—два, накладываются по два шелковых шва, захватывающие надкостницу симфиза, и проходящие через стенку пузыря, не задевая его слизистой. По наложению и подтягивании шва пузырь поднимается кверху и кпереди.—Глухой шов на брюшную стенку.

12-го марта 1924 года ко мне в хирургическое отделение больницы поступила больная В. С., 25-ти лет, с жалобой на недержание мочи. Из распросов выяснилось, что она страдает этим уже около года. За последнее время недержание усилилось, больная потеряла работоспособность, стала нетерпимой в семье, почему ей отказано от места прислуги у крестьянина. Жалуется на боли в области пузыря и говорит, что одно время с мочой выходили небольшие камни. По наружному осмотру представляет крепкую женщину без всяких уклонений со стороны грудной и брюшной полости. Со стороны гениталий осмотр дал следующее. Внутренние поверхности бедер и наружные губы раздражены постоянным выделением мочи. Вульва красна, опухла, отверстие уретры широко зияет, свободно пропускает конец мизинца. Передняя стенка влагалища слегка опущена, матка метритична, в ретроверзии.

Проба мужским металлическим катетером дала следующее: самый толстый номер проходит свободно, причем на уровне сфинктера не ощущается никакого противодействия. При тщательном обследовании пузыря никакого намека на присутствие камня в нем не обнаружено. Назначены салол, уротропин, в уретру—бациллы с беладонной, на область пузыря тепло. Боли успокоились, но недержание мочи попрежнему стойкое.

Как раз в это время нами производились наблюдения и опыты над применением серно-кислой магнезии при различных расстройствах мочеиспускания. По литературным данным можно было ожидать, что ее применение могло бы оказаться полезным у нашей больной, а потому мы назначили ей инъекции серно-кислой магнезии. Инъекции по указаниям авторов производят 25-типроцентным стерильным раствором от полутора до двух кубиков. Мы изменили несколько технику и впрыскивали 10-типроцентный по 4—5 кубиков за раз под кожу бедра или живота ежедневно. Сделано было подряд 5 инъекций и только после 5-ти инъекций моча стала немного задерживаться. После 7-ой инъекции мочится самостоятельно, постель и белье сухи, но в дальнейшем наступившее было излечение остановилось. Всего сделано до 15-ти инъекций—расстройства мочеиспускания те же, попрежнему боли в пузыре и тяжелые последствия полного недержания урины. В это время я познакомился с тем, что опубликованной операцией проф. Ширшова, предложенной для устранения недержания мочи, зависящего от нарушения топографических взаимоотношений пузыря и стенок уретры. Данный случай мне казался подходящим для этой операции, так как здесь мы, несомненно, имели расслабление связок lig. pubo-vesicalia, раскрытие сфинктера вследствие паралича его мышц и далекое отстояние нижней стенки уретры от верхней. 16/IV под хлороформом сделан разрез, подобный разрезу Pfannenstiel'я, только меньше и немного ниже, причем брюшина не вскрывалась, пузырь пальцами поднят и подведен к симфизу. До операции меня смущала возможность фиксации пузыря к надкостнице по причине ее тесного прилегания к костному кольцу. В действительности это оказалось не так трудно—сначала я провел по бокам средней линии через пузырь по два шелковых шва, не задевая его слизистой, и сделал это довольно высоко, чтобы выше подтянуть пузырь и изгиб вокруг arcus pubis сделать круче, потом концы швов провел под надкостницу и затянул их. Рана зашита послойно, на кожу живота скобки.

Первый день после операции больная помочилась самостоятельно. В дальнейшем мочится самостоятельно, но позывы часты. 22/IV сняты швы, позывы реже. 26/IV мочится не чаще, чем нормальный человек, болей нет. Выписана здоровой, в августе больная была у меня на дому вполне здорова, работает опять прислугой и принята в крестьянскую семью.

2-й случай.—Больная Д. 45-ти лет поступила 27/III 1925 года с жалобой на недержание мочи, которым страдает уже около пяти лет. При осморе наружное отверстие уретры зияет, пропускает свободно самый толстый калибр металличе-

кого катетера, зияние уретры зависит от растяжения ее рубцами, имеющимися во входе в рукав и в нижней его трети. На какой почве было воспаление, в результате которого образовались эти рубцы, выяснить не удалось.

Сделана операция проф. Ширшова по вышеуказанному способу. До снятия швов (8 дней), когда больная лежала, недержания мочи совершенно не было. Не было его и при ходьбе в тех случаях, когда пузырь был умеренно наполнен. При переполнении же его моча выделялась произвольно. В смысле практического эффекта результаты от операции Ширшова и в этом последнем случае нужно признать удовлетворительными, так как после операции больная была сухой и могла при наблюдении за собой быть здоровой.

Невыносимо тяжелые страдания женщины, одержимой недержанием мочи, побудило хирургов на разработку многочисленных оперативных пособий для устранения его. Блестящий эффект, полученный от операции Ширшова, побудил меня выступить с настоящим сообщением, чтобы пропагандировать это пособие при трудноустраимых расстройствах мочеиспускания у женщины. Операция Ширшова проделана им самим только 3 раза, в литературе указаний на ее применение я не нашел. Поэтому справедливо думать, что она может претендовать на более широкое применение как новое достижение в области гинекологической хирургической терапии.

---

Из родильного дома Астраханского Окргздрава.

## Редкое показание к абдоминальному кесарскому сечению по поводу коллизии близнецов<sup>1)</sup>.

Приват-доцента П. А. Гузикова.

Одним весьма серьезным осложнением при двойнях, правда редко встречающимся, является неправильное расположение плодов с ущемлением их в тазу, что делает родоразрешение естественным путем мало вероятным, почти невозможным.

Подобные затруднения при родоразрешении возникают тогда, когда оба близнеца одновременно вступают в таз и мешают друг другу продвигаться вперед, причем оба плода могут вступить в таз своими головками или тазовыми концами, или один вступает в таз головкой, другой тазовым концом, или, наконец, один сидит верхом на другом.

Опасность этого осложнения усиливается тем, что ущемление плодов трудно распознается, диагноз в большинстве ставится в процессе операции. Подозрение о подобном осложнении может возникнуть, когда при нормальных размерах таза, сильной родовой деятельности, продольном положении плодов роды не продвигаются, и со стороны роженицы обнаруживаются угрожающие симптомы.

За время моей многолетней работы мне впервые пришлось встретиться с коллизией близнецов 7 декабря 1928 года.

7 декабря в роддом поступила гражд. Бор-на, 34, лет со схваткообразными болями, которые появились с 11 часов утра. Беременна 2-ой раз. Первая беременность закончена абортom 3-х месяцев. Последняя менструация 5-го марта, первое движение плода 22-го июля.

Наружные половые части незначительно эрозированы, на нижних конечностях и брюшной стенке ясные отеки. Брюшная стенка сильно напряжена. При наружном исследовании определяются три крупных части: одна во входе в малый таз, другие две сверху справа и слева. Плоды лежат продольно. При выслушивании определяются два сердцебиения: одно справа на уровне пупка в 155 ударов в минуту, другое слева ниже пупка в 138 ударов в минуту. Размеры таза: Dist. spin. 23, Dist. crist. 25, Dist. troch.—29, Con. externa—18 смт.

8 декабря—сильные, схваткообразные боли, беспокойна.

9 декабря—схватки усилились и участились, брюшные стенки напряжены. Моча задерживается. В 22 часа внутреннее исследование показало, что влагалищная часть шейки сглажена, наружный зев пропускает кончик пальца, предлежит головка.

---

<sup>1)</sup> Доложено в заседании Общества теоретической и практической медицины при Астраханском мединституте 20 февраля 1929 года.