

del quiste fetal per l'uter i les vies genitals naturals de la dona. En efecte, pera això és necessari una gran cavitat uterina, un embraç poc adelantat i una debil paret que separi la cavitat uterina de la bossa fetal, i, sobre tot, un diagnostic precís; és, doncs, una intervenció difícil de practicar.

En la primera meitat de l'embraç, suposant un uter petit i *poques adherencies*, Beckmann proposa un procediment vaginal, que sols és theoric fins ara, però que, segons l'autor, presentaria serios avantatges. Se tracta de portar l'uter cap a fora per una ampla incisió del cul-de-sac posterior, o bé per una incisió del cul-de-sac anterior, si l'uter està en anteflexió massa marcada. Així un tindria a davant, al fons de l'uter am la bossa fetal, que s pot facilmente incendir o extirpar. L'autor no insisteix pas sobre l procediment d'hemostasi. El drenatge deurà esser fet pel cul-de-sac posterior, am sutura incompleta de la bossa fetal; o bé s'incindeix la paret que separa l'uter del quiste i s'introdueix una cala en l'uter, que s fa sortir pel coll; d'altra part, se tanca completament el quiste fetal. D'aquesta manera l drenatge segueix les vies naturals.

En els casos en que l'embraç és avançat o que hi ha adherencies que impideixen la bascula de l'uter en el cul-de-sac posterior, s'imposa una laparotomia, seguida d'hysterectomia abdominal supra-vaginal. La mateixa operació està indicada en casos de ruptura intra-peritoneal. Si l contingut del quiste està podrit, convè fer l'hysterectomia total o aplicar el procediment de Lawsson Tait: sutura de la bossa en l'angul inferior de la ferida.

#### VIES URINARIES

AMANN, INN (Munich).—De l'implantació de l'ureter en la bufeta per la via abdominal en els casos de fistula ureteral.—(VII reunió de la Soc. alemana de Gynecologia a Leipzig. — In *Central. für Gyn.*, i *La Gynec.*, 1898).

En dos casos de fistules uretero-cervicals no operables per la via vaginal l'autor ha recorregut a la via abdominal. La cystoscopia i el sondatge de l'un dels ureters sans van permetre reconèixer que l'ureter lesionat era l'esquerre.

Incisió en la línia mitja abdominal. L'intestí prim va esser separat de la petita pelvis, i l'ureter esquerre, dues o tres voltes més gros en son gruix, fou buscat al nivell de son entrecreuament am l'arteria iliaca. En aquest mateix nivell fou incidit el peritoneu en una longitud de 2 centimetres, quedant en llibertat l'ureter.

Separant els llavis de la ferida se distingí en el fons de la pelvi el punt on l'ureter se perdia en la massa cicatricial. En aquest punt el peritoneu fou incidit, l'ureter descobert i seccionat entre dugues lligadures.

Es feu passar tota la part inferior pel trauc fet al nivell de l'arteria iliaca. Fet això, s'incindí la paret abdominal del costat esquerre transversalment, desprenent el peritoneu desde l'incisió abdominal fins al trauc fet al nivell de l'arteria iliaca. A lo llarg de la línia innominada i amb una pinça s dirigí la part inferior de l'ureter lateralment contra la paret externa de la pelvis.

Després, am l'ajuda d'una grossa sonda, s'enlairà la bufeta fins a la fossa iliaca esquerra, fixant-la en la paret de la pelvi. Ureter i bufeta van deixar-se així molt acostats l'un de l'altre als voltants del peritoneu.

El trauc peritoneal fou tancat i el peritoneu de la paret anterior suturat. La porció terminal de l'ureter fou aleshores implantada oblicua-