

16/II операция под местной анестезией 1/2% раствором новокаина. В пищевод введен резиновый зонд. Разрез слева по внутреннему краю *m. sterno-cleido-mastoidei*. Пищевод взят на 2 лигатуры и между ними вскрыт. Пальцем, введенным через разрез пищевода, нащупано инородное тело—кость—и удалено введенным по пальцу корнцангом. Пищевод закрыт несколькими катgutовыми швами. В рану введен тампон. Удаленная кость—острый осколок трубчатой кости гуся. Послеоперационное ведение больного как и в первом случае. На 5-й день образовался свищ, пропускающий жидкую пищу. На третьей неделе свищ закрылся. Больной выписан 5/III с гранулирующей раной.

Из Кандаратской участковой больницы Ульяновского округа.

Случай гипоспадии у новорожденного.

Врача В. Вадоеского.

20/XI 29 г. в Б. Кандаратской больнице родился ребенок, пол которого трудно было определить. Перейду к описанию этого случая. У многорожавшей женщины, имевшей вполне нормальных детей, родился доношенный ребенок, весом 3230,0, длиной 50 см. Грудные железы у новорожденного выдаются над окружающей поверхностью, наощупь они—больше лесного ореха, при надавливании из них выделяется беловатая жидкость. Наружные половые органы неопределенного пола. На промежности, в области половых органов, имеются две большие кожные складки, своим положением и видом напоминающие большие половые губы. Эти складки продолжают параллельно друг другу к анальному отверстию и, немного не доходя до ануса, сглаживаются. Они выстоят приблизительно на 0,5 сантиметра, разделяются друг от друга глубокой бороздой и имеют обычные кожные покровы, не свойственные для мошонки. Малых губ нет. Спереди кожные складки сходятся и в этом месте расположено образование, похожее на penis. Penis этот представляется крючковидно изогнутым книзу; нижняя его сторона и обе боковые—срослись с кожными складками, головка penis'a частично открыта. Дальнейшее открытие головки невозможно, т. е. praecursum оказался сросшимся с нею. Мочеспускательного канала на его обычном месте нет. На головке penis'a имеется небольшое оканчивающееся слено углубленьице, в несколько миллиметров глубиной. По бокам этого углубленьица расположены два бугорка, величиной с булавочную головку каждый. Отверстие мочеспускательного канала лежит ниже корня penis'a в глубине борозды, разделяющей вышеупомянутые кожные складки, и отстоит от корня penis'a на 0,5—0,75 сантиметра. Ребенок мочится. Анальное отверстие нормально. Яичек прощупать не удалось ни в кожных складках, расположенных на месте мошонки, ни в паховом канале. Данный случай должен быть отнесен к порокам развития половых органов и может быть истолкован как случай гипоспадии с крипторхизмом.

По данным Reichel'я чем дальше кзади открывается устье мочеспускательного канала, тем более раннего происхождения гипоспадия; образование промежностной гипоспадии Reichel относит к 6—7 неделе утробной жизни.

Из акуш.-гинекологического отделения Житомирской 1 рабочей поликлиники.

Случай атрезии в цервикальном канале post conceptionem.

Зав. отд. Б. М. Каминского.

Атрезии цервикального канала нередки. По своему происхождению они бывают врожденные, крайне редко встречающиеся, и приобретенные—более частые. Причины последних очень разнообразны. Приобретенные атрезии цервикального канала могут развиваться после операций, как-то: после пластических операций на шейке (*E m m e t'a, discisio colli, amputatio colli* и т. под.), после влагалищного кесарева сечения, после удаления полипов шейки, после тяжелых родов со щипцами, после *abrasio uteri*, сопровождающегося глубоким соскабливанием слизистой

в области *orific. int.* и цервикального канала; после вапоризации матки (*atmocausis*); после прижиганий эрозий и эндоцервицитов крепкими прижигающими веществами и Раquélin'ом, а также после длительного оставления в матке тампонов, вызывающих образование в цервикальном канале пролежневых язв (Цомакион); после кюритерапии; как следствие туберкулезных язв (Ludwig, Краемер, Schiffmann) и т. под. Мой случай атрезии следующий.

3/VIII 1923 г. ко мне на прием явилась больная III. 28 лет, незамужняя. Menses $\frac{3-4}{4}$; последн. менс. около 2 мес. тому наз. Родила 1 раз 2 года тому

назад. Через $\frac{1}{2}$ г. после родов больная лечилась у меня по поводу *metroendometritis chr., erosio portion. vagin. et retroflexio uteri fixata*. Она получила 3 прижигания шейки *ac. nitric. dil.* с промежутками в 2 недели и после этого в течение 3—4 месяцев делала горячие влагалищные спринцевания *acet. pyrolignos. crud.* С тех пор я больной больше не видел. При объективном исследовании матка в *retroflexio mobil.*, соответствует беременности около 2 мес.; шейка нормальна, никаких следов эрозии. Диагноз: *Gravid. II m.*

Больная пожелала сделать аборт, причем операция была назначена у нее на дому. — При попытке к зондированию матки оказалось, что зонд проникает в цервикальный канал только на $\frac{1}{2}$ см., а дальше он натывается на препятствие. Предположена атрезия цервикального канала. Я заявил об этом больной и посоветовал ей лечь в больницу, где беременность будет прервана другим, более сложным способом. Больная обратилась в больницу, где ей был сделан аборт. Сращение было проколото скальпелем, и шейка расширена бужами Негар'а, причем выяснилось, что цервикальный канал был заращен на протяжении 2—3 см.

Мой случай особенно интересен тем, что атрезия наступила уже после зачатия, и беременность продолжалась в замкнутой матке. Какова же причина атрезии в данном случае? Из анамнеза мы узнаем, что $1\frac{1}{2}$ г. тому назад больной были сделаны 3 прижигания шейки матки *ac. nitric. dil.* Образовавшиеся после прижигания эрозии грануляции, нужно думать, вызвали стеноз цервикального канала, который после зачатия перешел в атрезию.

Подобные атрезии *sub graviditate* редки. В доступной мне литературе я нашел только 2 таких случая. Hisgen описал «цервикальную атрезию во время родов», которая заключалась в заращении внутреннего зева, и, вероятно, образовалась в результате бывшего год тому назад выскабливания матки после аборта. В этом случае роды *per vias naturales* оказались невозможными. Подобный же случай цервикальной атрезии во время беременности и родов описывает также Lau. В своей работе «облитерация матки» Мопсиорску указывает на крайнюю редкость атрезий после зачатия, причем отмечает, что иногда заращение бывает настолько крепким, что, по мнению Сусовск'ого, роды *per vias naturales* являются невозможными, и приходится прибегать к *sectio caesarea*.

Наш случай, в котором пришлось прибегнуть к кровавому расширению, отличается, однако, от всех приведенных случаев тем, что тут беременность не достигла зрелости и была прервана. Возможно, что если бы беременность в нашем случае продолжалась, то роды могли бы произойти *per vias naturales* без постороннего вмешательства, так как заращение оказалось небольшим и, будучи разрыхлено к концу беременности, оно или могло бы само разорваться во время родовых схваток, или легко было бы устранено с помощью небольшого вмешательства.