

томой; попытка (очень осторожная) вывести селезенку ближе к операционной ране, вызвала разрыв капсулы и обильное кровотечение, которое было быстро остановлено зажатием ножки и спленектомией.

Брюшная полость зашита наглухо. Через 2 дня вторичная операция по поводу илеуса; заживление первичным натяжением.

Выписалась на 17-й день в хорошем состоянии.

Исследование через год: приступов малярии нет, кровь никаких отклонений в количественном и качественном отношении не представляет. Самочувствие хорошее, больная значительно прибавила в весе.

Обращение за врачебной помощью со стороны больных почти во всех случаях имеет место не сразу, а на 1-й, 2-й и даже 4-й день болевых ощущений. Проходит довольно значительный промежуток времени с момента первого инсульта, который обычно не вызывает серьезных субъективных и объективных расстройств. Это обстоятельство дает большое основание подозревать, что спонтанные разрывы в большинстве своем случае являются двухмоментными. Первая фаза разрыва—субкапсулярная, под капсулой образуется гематома, которая по истечении некоторого времени, иногда довольно продолжительного, прорывается в брюшную полость, вызывая кровотечение и довольно характерную для этой фазы клиническую картину.

Болевой симптом всегда налицо. Обычно боли локализируются в левом гипохондрии, распространяясь даже на грудную клетку, иррадиируют в плечо, в лопатку. В нашем случае было ясно выражен симптом френекуса. Обращаясь к болям, мы видим, что они резко усиливаются при самой незначительной перкуссии в селезеночной области и грудной клетке слева.

Вторым характерным признаком, который отмечен во всех случаях, является вынужденное сидячее положение больного: всякая попытка изменить это положение вызывает резкие боли.

Третьим признаком является повышенная температура. Температура колеблется от 38,0° до 41°, и после операции быстро снижается к норме.

При дифференциальной диагностике, казалось-бы, внематочная беременность должна явиться первым объектом в силу некоторой аналогии—последствий разрыва внутренних органов, однако, имея за собой не малое количество операций внематочной беременности, я тоже, как и д-р Моштаков, ни разу не встретил описанные симптомы; к этому следует добавить, что обращаемость и нарастание обескровливания при внематочной беременности всегда быстрее.

В этиологии самопроизвольных разрывов селезенки лежит, главным образом, заболевание малярией.

Обследование нашего больного, спленектомизированного по поводу самопроизвольного разрыва малярийной селезенки, через год не дало никаких отклонений от нормы в крови. Приступы малярии прекратились совершенно, без всякого терапевтического лечения.

Поступила в ред. 9/VII 1937 г.

Томск, Ленинская улица, 23, кв. 2.

Из Старо-Челнинской больницы Октябрьского района ТАССР.

Случай эклампсии при прогрессирующей пятимесячной внематочной (трубной) беременности.

А. Шкляев, Е. М. Щепеткова и А. И. Субботина.

Больная З., М., 32 лет (ист. бол. № 465), колхозница, поступила в больницу 28/X 36 г. с жалобами на отек лица и легкие боли внизу живота. До сего времени никаких заболеваний не отмечает.

Б-ная считает себя беременной с июня 1936 г., когда прекратились месячные, приходившие до этого аккуратно и установившиеся с 14 лет. Беременность была одна 10 лет тому назад и закончилась нормальными срочными родами. Аборты и гонорею отрицает. В июле 36 г. были какие-то припадки, выражавшиеся потерей сознания и судорогами. Больная за помощью никуда не обратилась. Под наблюдение врачей больная попадает в первый раз 20.IX 36 г. При обследовании в то время у нее найдено: матка хорошо определяется слева, увеличена, подвижна, а справа от матки отходит опухоль, тесно связанная с маткой, верхняя граница ее на уровне пупка, а левая немного заходит за среднюю линию. Немного ниже пупка и справа от него хорошо выслушивается сердцебиение плода. У больной был поставлен диагноз *Graviditas extrauterina progressiva*. От предложенной операции больная категорически отказалась. 25.IX 36 г. больной был дан совет обратиться в Бугульминскую межрайонную больницу, где врач-гинеколог, консультируя больную, заподозрил беременность в роге матки, и предложил операцию. Больная, пролежав в больнице два дня, отказалась от операции и, заявив, что ляжет на операцию в свою больницу, выехала из Бугульмы. Приехав домой, больная в больницу не показалась, а принялась за обычную работу. 25.X 36 г. после тяжелой работы (вскопала огород и переносила мешки картофеля) больная почувствовала ноющие боли внизу живота. На другой день она почувствовала сильную головную боль и заметила отеки на лице и руках, что ее и привело в больницу во второй раз.

Больная среднего роста, правильного телосложения, видимые слизистые оболочки и кожные покровы нормально окрашены, с легкой синюхой на губах, лицо и руки отечны. Верхняя граница сердца находится на нижнем крае 3 ребра, правая—по *lin. parasternalis sin.*, левая—по *l. mammarialis*. Тоны сердца чистые. Пульс 90 в 1', напряженный. Температура—36,8. Со стороны легких патологических изменений не отмечается. Селезенка и печень не пальпируются. Живот имеет неправильную конфигурацию; правая сторона как бы вздута, левая запавшая. При пальпации в полости живота прощупывается опухоль продолговатой формы справа от матки, тесно с ней спаянная, болезненная при надавливании. Верхняя граница опухоли проходит на 2 пальца выше пупка, левая заходит за среднюю линию живота на уровне пупка. Справа над опухолью ясно выслушивается сердцебиение плода, не совпадающее с пульсом матери. Вход во влагалище имеет слегка синюшную окраску. *Portio vaginalis uteri* не размягчена, своды свободны, пульсации *art. uterinae* нет. Матка увеличена, прощупывается слева от опухоли, подвижна и связана с опухолью перемычкой. Мелкие части плода при исследовании не определяются. Мочевых расстройств не было. Моча при кипячении содержит белок в большом количестве.

27.X-36 г. к вечеру появилась одышка. Больной настоятельно предлагалась операция, от которой она отказывалась. 30.X 36 г.

появилась тошнота, к вечеру рвота зеленью, головные боли стали невыносимыми, в 9 часов вечера отмечен приступ эклампсии. Начато лечение по Строганову. Через $\frac{1}{2}$ часа последовал второй припадок и через 2 часа третий, очень интенсивный. Больная неузнаваема от сильной отечности лица. В моче громадное количество белка. Больная изъявила согласие на операцию.

31.X произведена лапаротомия, сделан продольный разрез под местной анестезией $\frac{1}{4}\%$ Sol. Novocaini от пупка до лобка. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль продолговатой формы, исходящая из правых придатков матки. Опухоль имеет спайки с пристеночной брюшиной, кишечником и сальником. Больной был дан эфирный наркоз. Спайки с париетальной брюшиной и кишечником отделены тупым путем. Сальник отделяется от опухоли с большим трудом, вследствие интимной связи с ней, кровоточит и после наложения четырех лигатур перерезан, матка лежит влево от опухоли, свободна, подвижна, в anteflexio; Lig. rotundum расположено спереди от тумора и матки. Опухоль была осторожно выведена из полости живота и оказалась правой трубой с плодом около 5 месяцев. Отмечаются движения плода в плодовместилище. Наложены 2 клеммы на угол матки и lig. infundibulo-pelvicum. Плодовместилище удалено целиком. Культи перевязана и тщательно перитонизирована. Произведена резекция левой трубы, ввиду заболевания почек. В полость живота влито 20 куб. см. aether sulfuric. Этажный шов. Повязка.

В послеоперационном течении больная перенесла воспаление легких, разрешившееся на 12-й день. Рана зажила первичным натяжением и больная была выписана 20.XI. совершенно здоровой.

Позже больная приступила к обычным занятиям, чувствует себя хорошо.

Удаленный при операции препарат представляет собою мешковидное образование округлой формы с прикрепленной на внутренней поверхности его плацентой и плодом, находящимся в полости мешка. Послед обращен к ножке этого образования. Плод мужского пола, размеры его следующие: длина от затылочного бугра до пяток 30 см., большой поперечный размер головки—7,5 см., малый поперечный—6 см., окружность груди—20 см. Вес плода—745 г. Деформаций плода, отклонений в костно-мышечной системе и уродств обнаружить не удается.

Плодовместилище состоит из стенок частью еще довольно массивных, частью истонченных до толщины папиросной бумаги. На одном из полюсов его снаружи отходит образование, интимно спаянное со стенкой плодовместилища, шириной в 2 см, имеющее канал, свободно пропускающий зонд со стороны полости плодовместилища на длину 5 см. Общая длина этого образования 7 сант. (абдоминальная часть трубы). Абдоминальный конец трубы запаян. Ниже этого образования находится

яичник, размером $2,5 \times 2$ см, сидящей на брыжжейке. Наружная стенка плодовместилища гладкая, блестящая, но местами покрыта фиброзными образованиями и фиброзным налетом.

С внутренней стороны плодовместилище представляет собою ряд бугристых образований (плацента), причем на незначительном протяжении с одной стороны край плаценты отслоен от стенки плодовместилища. Этот участок плаценты завернут внутрь плодовместилища. Плацента на всем протяжении покрыта блестящей оболочкой, в нижних отделах тесно спаянной со стенкой плодовместилища.

Соответственно отмеченному выше отростку трубы на внутренней поверхности плодовместилища имеется отверстие овальной формы. На границе стенки плодовместилища с отслоившейся частью плаценты, с наружной стороны плодовместилища, имеется круглое образование, величиной с горошину, сидящее на ножке.

Для гистологического исследования взяты кусочки из различных участков препарата и подвергнуты гистологическому исследованию, причем оказалось, что плодовместилище образовано трубой и прилегающей правой широкой связкой; послед располагается на интралигаментарной периферии трубы; стенки плодовместилища целы.

Описываемый нами случай представляет интерес в том отношении, что была установлена эктопическая беременность, притом осложненная эклампсией в сравнительно ранней стадии ее развития, и затем нам удалось до операции поставить правильный диагноз растущей внематочной беременности.

Поступила в ред. 3.VI. 1937 г.

Н. Челны ТАССР.

Из Смоленской акушерской больницы.

Центральный разрыв промежности.

Б. Рессин.

Под центральными разрывами промежности принято понимать разрывы, происходящие посреди промежности при сохранении целостности как задней спайки, так и наружного сфинктера прямой кишки. Подобные разрывы наблюдаются очень редко.

Еще реже центральных разрывов встречаются такие, где, кроме центра промежности, в разрыв вовлекается *Septum recto-vaginale* (случай Ланда). Наконец, исключительную редкость составляют центральные разрывы промежности, где, при целостности *anus'a*, имеется повреждение прямой кишки несколько выше сфинктера.