

и через него выведен во влагалище спиртовой тампон. Оставшаяся культя эхинокковой кисты со вставленным в нее и выведенным во влагалище тампоном зашита наглухо двухэтажными узловыми швами. Линия шва опухолевой культы во время перитонизации придатков культы шейки матки прикрыта листком брюшины. Рана зашита послойно: брюшина непрерывным, апоневроз — крестообразным швом (см. Каз. мед. журн. № 1, 1930 г.). Операция продолжалась 2 часа.

Послеоперационный период протекал с повышением t^0 на 4-й день до $38,6^0$ и на 8-й до $37,8^0$. На 6-й день удален тампон из влагалища, причем из ранки заднего свода выделилось немного серозно-слизистого отделяемого. На 8-й день сняты все швы. Заживление *per primam intentionem*.

Из Заинской участковой больницы.

Паховая грыжа беременной матки.

Врачей С. Н. Пеклер и Т. А. Колесниковой.

Грыжа беременной матки считается довольно редкой. Это дает нам право описать один подобный случай, встретившийся в нашей участковой практике.

Больная Ш. М., 43 лет, крестьянка, поступила в Заинскую б. цу с жалобой на опухоль в правой паховой области и на незначительные темные кровянистые выделения из половых путей. Опухоль возникла два года тому назад. Вначале она была небольшой и безболезненной, появлялась при натуживании и свободно заправлялась обратно. За последнее время опухоль увеличилась, за неделю до поступления Ш. в больницу перестала заправляться, и стала болезненной.

Замужем больная 22 года. Была беременна 8 раз. Все роды нормальные. Выкидышей не было. Последние роды 3 года назад. *Menses* приходили через месяц и продолжались по четыре дня. Последние были 3 месяца тому назад, обильные, сопровождалась болями в животе и общим недомоганием.

Больная правильного телосложения, худощавая. Слизистые оболочки бледны. Со стороны сердца особых отклонений нет; в легких — на верхушках выдох.

В правой паховой области имеется яйцевидной формы опухоль, расположенная своим длинником по направлению оси пахового канала и достигающая правой половой губы. Длина ее около 16 см. и ширина около 9 см. Опухоль плотная, гладкая, неподвижная и малоболезненная. Кожа над опухолью подвижна, кожная сосудистая сеть расширена. Опухоль не просвечивает, не дает при пальпации урчания и переливания, не вправляется и своей короткой ножкой выполняет грыжевое кольцо. В левой паховой области небольшая свободно вправляемая паховая грыжа. При исследовании половой сферы обнаружено следующее: шейка матки мягкая, стоит высоко; зев пропускает кончик пальца; тело матки и придатки при бимануальном исследовании не прощупываются; в правом своде имеется плотное образование, связанное с описанной выше паховой опухолью. После исследования на пальцах следы темно-коричневой густой крови. Стул у больной нормален, самочувствие удовлетворительное.

Попытки вправить опухоль в горячей ванне безрезультатны. Опухоль продолжала увеличиваться, стала более болезненной и, по словам больной, временами делалась плотней. За три дня до операции появились сильные боли в самой опухоли, отдающие в живот и поясницу. Самочувствие больной ухудшилось, появилась бессонница. Кровянистые выделения продолжались, оставаясь незначительными. Температура иногда поднималась к вечеру до $37,5^0$.

14/XI операция (*herniotomia*) под местной анестезией с разрезом в 15 см. по длинной оси опухоли, параллельно Пупартовой связке. После отсепаровки грыжевых оболочек до брюшины, опухоль дважды была пунктирована через брюшину. При первой пункции получена желтоватая жидкость, при второй — в другом месте — жидкость с примесью крови. Больной дан хлороформенный наркоз. После разреза брюшины опухоль оказалась сильно увеличенной (беременной) маткой с придатками. Произведено малое кесарское сечение с разрезом по Фричу. Плод и плацента со всеми оболочками удалены. Полость матки обследована рукой и кюреткой, на рану матки наложен двухэтажный шов. Матка сократилась, но заправить ее в брюшную полость удалось только после рассечения наружного грыжевого кольца.

Грыжевое ложе зашито по обычным правилам. Удаленный плод—мужского пола, длиной 18—20 сантим.

Послеоперационный период был осложнен в первые дни незначительными перитонеальными явлениями и повышением t° до $37,8^{\circ}$. Операционная рана зажила первичным натяжением и на 16-й день после операции больная выписалась из больницы. В половой сфере отклонений от нормы не обнаружено.

Из хирургического отделения Осташковской городской больницы.

Случай доношенной внематочной беременности.

Завед. больницей д-ра Б. В. Қоржавина.

Редкость доношенной внематочной беременности (по Блеккеру до 1917 года известно всего 5 случаев) побуждает меня опубликовать нижеследующий случай, оперированный в Осташковской городской больнице.

Больная Т. М., 39 лет, рабочая лесозавода, поступила в хирургическое отделение 19 марта 1930 года из участковой больницы по поводу «мертвого плода». Беременна 4-й раз, срок беременности 1 год 3 месяца. При осмотре: на 2 пальца выше пупка прощупывается неправильной формы опухоль, занимающая всю нижнюю часть брюшной полости. Через влагалище прощупывается головка плода, расположенная впереди шейки матки. Зонд в матку ввести не удается. Незначительные, непрекращающиеся выделения крови из половых органов. Сердцебиение плода не прослушивается. Выше опухоли живот значительно вздут, стул затруднен и сопровождается сильными болями. Больная истощена и резко анемична. Предположена внематочная беременность с мертвым доношенным плодом. 25 марта под общим эфирным наркозом операция (д-р Қоржавин Б. В.). Доступ в брюшную полость оказался возможным лишь выше опухоли, т. к. последняя располагалась между париетальной брюшной и поперечной фасцией. Обнаружены обширные плоскостные сращения петли тонкой и сигмовидной кишки с опухолью. По отделении поврежденная стенка кишки ушита. Позади опухоли глубоко в заднем Дугласе расположена небольшая матка, прижатая опухолью к задней стенке таза. Опухоль исходит из правой трубы, следов правого яичника не обнаружено. Левые придатки в норме. Опухоль отделена тупым и острым путем от боковых стенок таза и брюшных покровов, перевязана правая труба около матки, и плод удален без вскрытия мешка. Туалет брюшной полости, перевязка левой трубы, вентрофиксация матки, глухой шов покровов. Препарат: по вскрытии плодного яйца выделилась в небольшом количестве кашицеобразная околоплодная жидкость. Плод женского пола, сохранился хорошо, вполне доношен (ногти выступают над кончиками пальцев, нормальный вес и рост), уродств нет, послед овальной формы отделен также полностью. Послеоперационный период протекал при явлениях шока и раздражения брюшины, из которых больную удалось вывести через 4 дня. 3/III рана зажила первичным натяжением, 8/IV больная выписалась в хорошем состоянии.

Кроме описанного случая через хирургическое отделение с 1925 г. прошло еще два случая внематочной беременности 4 и 5 месяцев, потребовавшие оперативного вмешательства. В обоих случаях первоначальный диагноз—«воспаление околوماتочной клетчатки» окончателю выяснен лишь после пробной пункции. Таким образом, в первом случае мы встретились с доношенной межсвязочной беременностью (сроком 15 месяцев)—*graviditas subperitonealis anterior*, а в двух остальных имелась прогрессирующая (4 и 5 месяцев) межсвязочная беременность *graviditas intraligamentaris posterior*.

Считаю распознавание прогрессирующей внематочной беременности при живом плоде иногда весьма затруднительным, могущим вести к смешению с нормальной беременностью со всеми вытекающими отсюда последствиями. Непрекращающиеся кровавые выделения из половых органов, при наличии в брюшной полости неправильной формы опухоли, несмещающейся при пальпации—всегда должны заставлять думать о возможности прогрессирующей внематочной беременности.