

ходилось. На всем своем материале я ни разу не испытал неудач, так, что не было надобности прибегать к катетеру. Каких-либо резких расстройств со стороны кровообращения и дыхания я не отмечал. Наблюдавшиеся обычно повышенное потоотделение, слюнотечение, иногда боли в животе, вследствие повышенной перистальтики кишечника, особенных неприятностей больным не причиняли.

На основании своего опыта я позволю себе сделать следующие выводы: из всех предложенных до сего времени фармакологических средств для лечения послеоперационной задержки мочеиспускания наилучшим, согласно моему опыту, является пилокарпин.—по скорости действия, простоте применения, безболезненности и абсолютной безопасности. Он вполне может быть рекомендован, как средство, заменяющее катетеризацию с ее, иногда, пагубными последствиями. Противопоказано его применение лишь в случае, где по самому характеру операции требуется после операции покой кишечника.

Случай одновременной вне- и внутриматочной беременности с перекрутившейся ножкой беременной трубы.

А. А. Благодаров.

(Из Красноярского городского родильного дома).

Сочетание комбинированной беременности с перекручиванием ножки беременной трубы едва ли кем наблюдалось, и потому подобные случаи нужно считать исключительной редкостью. Это и позволяет нам опубликовать наше наблюдение.

Б-ая Е. 28 л., доставлена в тяжелом состоянии 9/VII 26 г. с жалобами на внезапно возникшие две недели назад резкие боли в полости живота, вздутие кишечника, непрерывную рвоту, задержание мочи и запоры. Первые менструации имела на 15 году по 3—4 дня. Замужем с 21 года, имела 3 родов. Начало заболевания связывает с задержкой месячных в октябре и ноябре месяце 1925 г., после которой у нее было в продолжении 3 недель кровотечение и с января месяца наступила новая задержка менструаций, продолжающаяся до поступления теперь в больницу. Движение плода не ощущала. До начала заболевания в полости живота никакой опухоли не замечала, а перед повторной задержкой наблюдала внизу живота какою-то подвижную опухоль.

Больная среднего роста, астеничка, резко истощена и обезвожена, № 374, пульс частый и слабого наполнения, дыхание частое и поверхностное. Объем живота соответствует 8 мес. беременности, стенки, при ощупывании, равномерно по всей поверхности резко болезненны. На уровне пупка поперечной бороздой опухоль ясно разделяется на две половины, причем у левого края эта граница исчезла. Пробой Нос-Пне с внутривенным введением адреналина и бимануальным исследованием установлено наличие 6-месячной маточной беременности, а верхняя половина опухоли была принята за яичниковую кисту с перекрутившейся ножкой. Реакция осадения эритроцитов—15 мин.

В виду тяжелого состояния больной и неясности диагноза, сначала произведено при помощи метрейриза прерывание беременности; рождение 6-месячного ребенка и выделение последа без осложнений, послеродовой период нормальный, имевшие место в животе боли совершенно стихли. В левой подвздошной области оставалась малоподвижная, безболезненная, ровной округлой формы плотно-эластическая опухоль.

Чревосечение 5/VIII. Из левой подвздошной области извлечена, по разделении рыхлых спаек с сальником и кишечником, овальной формы опухоль, величиной с две головки новорожденного, покрытая серозной оболочкой, темно-багрового цвета, связанная довольно длинной ножкой, перекрутившейся более, чем на 360° с левым углом матки. По отделении опухоли культи перитонизирована. Послеоперационный период протекал гладко и через 12 дней б-я выписана здоровой.

Макроскопически опухоль представляла из себя растянутую излившейся в ее полость кровью левую трубу со значительно гипертрофированными и утолщенными мышечными стенками. Следов остатка фимбрий и яичника не обнару-

жено. Содержание трубы состояло из большого количества сгущенной темной крови и шаровидного, величиной с яблоко, образования, трубной мола, плотно приросшего к одной из стенок трубы. На разрезе это образование мола состояло из многочисленных различной величины полостей, заполненных студенистой гомогенной массой, светло-розового и местами темно-рубинового цвета. Наружный покров мола и перегородки между ее полостями были образованы из различной толщины пластинок местами слоистого строения. На месте прикрепления образования стенка трубы представляла одно целое с мола и была соединительно-тканно изменена. Внутренняя поверхность трубы была шероховата от покрывающего ее фибрина и местами имела вздутие и выпячивание от бывших кровоизлияний в подслизистый слой. Толщина стенки трубы достигала 1 сан. Микроскопически элементов хортона в трубном мола не обнаружено. Перегородки и наружный покров мола состояли из соединительно-тканых и бесструктурных фибриногенного происхождения пластинок; гомогенная масса имела местами сетчатое строение.

Мы имели, следовательно, первоначально прервавшуюся трубную беременность, подвергшуюся изменениям отчасти вследствие самостоятельных регенеративных изменений, а отчасти под влиянием наступившей позднее маточной беременности.

Наличие в нашем случае перекручивания изолированной ножки беременной трубы осложнило трудности распознавания и само по себе представляет, может быть, неповторяемую комбинацию с основным заболеванием.

Случай атипического острого полиомиелита у взрослого.

Д. Т. Куимов.

(Из клиники нервных болезней Пермского государственного университета).

Болезнь Heine-Medin'a представляет собой не только заболевание «коварное»¹⁾, но и не вполне изученное в этиологическом отношении и не получившее законченной клинической обрисовки. Огромное большинство наблюдений, посвященных этой клинической форме, касается детского возраста; острый же полиомиелит взрослых является довольно редким заболеванием. В клинике нервных болезней Пермского гос. ун-та мне привелось наблюдать случай острого полиомиелита у взрослого с своеобразной, атипической локализацией.

Б-ой Б-ин П. Е., 28 лет, крестьянин, поступил в Клинику 11/IV 28 г. с жалобами на похудание мускулатуры и слабость в руках и ногах. Начало настоящего заболевания относит к августу м-цу 1915 г. Началось сразу. Утром больной почувствовал ощущение холода и онемение в пальцах рук и ног. П. Е. не обратил на это серьезного внимания и пошел в поле работать (жать), но из-за не ловкости и слабости движений в пальцах рук работу вынужден был оставить. На другой день слабость в руках и ногах настолько усилилась, что больной уже не мог ходить, при этом никаких болей в руках и ногах он не ощущал; заметного повышения температуры также не было. На третий день б-ой был помещен в больницу, а на следующий день у него появился сильный жар, понос, боли в пояснице, резкое ограничение произвольных движений во всех четырех конечностях с судорожным «скрючиванием» пальцев рук и общая сильная слабость. Ни тошноты, ни рвоты не было; понос не носил характера профузного. Никаких болей ни в руках, ни в ногах попрежнему не отмечалось.

В больнице, где фельдшером был поставлен диагноз брюшного тифа, П. Е. пролежал 6 недель и за все это время у него держалась ¹⁰ (высокая ¹⁰ была в течение первой недели), понос, а первоначальное ограничение движений в конечностях достигло полного паралича всех четырех конечностей. Никаких расстройств тазовых органов не было. Не было и болевых ощущений в конечностях. По выходе из больницы больной стал замечать постепенное улучшение, «болезнь пошла

¹⁾ В. П. Первухин: «Учение об остром (переднем) полиомиелите». 1915.