

1. Вполне солидаризируясь с авторами, возражающими против игнорирования того или иного вида обезболивания искусственного аборта, мы на основании наблюдений можем с известной долей категоричности рекомендовать расширить круг применения при этой операции местной анестезии, как метода, свободного от вредных влияний на организм и вполне оправдывающего цель его применения. 2. Наиболее простым и общедоступным нам кажется комбинированный способ анестезии шейки с одновременным введением анестезирующего вещества в боковые своды, к области расположения *plexus cervicalis* и *plexus hypogastricus*.

Из Магнитогорской центральной городской больницы (Главный врач  
В. Н. Кремез).

## К вопросу о терапии гинатрезии<sup>1)</sup>.

С. И. Кантера.

Заращение может встретиться на любой высоте половой трубки, причем наиболее легкими для ликвидации, казалось бы, являются гименальные заращения. Для устранения этого недостатка, чрезвычайно тягостного для женщин, вмешательство может ограничиться только простой инцизией, а иногда могут потребоваться такие операции, как надвлагалищная ампутация и даже полная экстирпация матки и придатков. В решении вопроса о методике подхода к операции (инцизия снизу или брюшно-стеночное чревосечение) центр тяжести кладется в предварительное установление или отрицание скопления крови в трубах (гематосальпинксов). При отсутствии гематосальпинксов дает полный эффект инцизия заращенного гимена; эта же операция является недопустимой, если имеет место одновременное скопление крови и в трубах. Сторонники операции со стороны вагины указывают, что после выпускания крови из *Haematocolposa-metr'y* можно при осторожном бимануальном исследовании установить наличие *Haematosalpinx'ов* и в случае обнаружения их рекомендуют переходить к брюшно-стеночному удалению опухолей. *Neegar* и *Saenger* рекомендуют отказаться от тщательной пальпации, из боязни лопания *Haematosalpinx'ов*.

Спорность по вопросу о выборе метода — вмешательства заставляет нас опубликовать проведенные в Гинекологическом отделении 2 случая, имеющих, с этой точки зрения, не малый интерес.

1. Больная Л., 17 л., к-ка, поступила в отделение 6/VIII 30 г. с резкими болями в нижней половине живота. *Menses* до сих пор отсутствовали. В январе этого года вышла замуж, но вследствие того, что *coitus* был невозможен, хотя попытки к нему были для нее безболезненны, „ушла“ от мужа через 3½ недели. В продолжение 1½ лет испытывала ежемесячно боли резкого характера в течение 6 дней. После развода обращалась к одному, а затем к другому фельдшеру и бабке, которые находили нормальную беременность и с целью прерывания ее назначили хинин. 3—4 дня тому назад начались чрезвычайно сильные боли в низу живота, связываемые больной с выполняемой ею тяжелой физической работой на кирпичном заводе, куда она поступила. Как больная, так и опрошенная мать утверждают, что она не перенесла никаких заболеваний в детском возрасте. Со стороны наследственности — хронический алкоголизм отца.

<sup>1)</sup> Доложено на научной конференции врачей-хирургов в г. Магнитогорске.

На склере левого глаза имеется значительное кровоизлияние, объясняемое осмотревшим ее офтальмологом наличием запора и сильным натуживанием при акте дефекации.

Осмотр больной в лежачем положении дал следующие результаты: на глаз видна опухоль, распространяющаяся вверх на 2 пальца выше пупка. Пальпаторно опухоль имеет равномерную консистенцию. Бросается особенно в глаза опухоль, выпирающая влагалище, имеющая темный, застойный цвет. Нупен отверстия не имеет. Надавливание на стенку влагалища, передается вверх на опухоль со стороны живота.

При исследовании через прямую кишку найдена пастозная опухоль, выполняющая все влагалище, сильно сдавившая прямую кишку, вследствие чего постепенно развиваются явления непроходимости. Отдельно прощупать хотя бы шейку матки не представляется возможным. С диагнозом *Atresia hymenis; Hematocolpos* — megra больная поступила на операционный стол.

Выступающая стенка влагалища вскрыта продольным разрезом, который затем овално расширен ножницами. Из образовавшегося отверстия постепенно выпущено около 1½ литров густой дегтеобразной крови. Живот стал мягкий и безболезненный, так как опухоль со стороны живота сразу же исчезла.

На края разреза наложены шелковые швы. Внутреннее исследование: влагалище длинное, своды плохо достижимы пальцем, матка также.

Стенки влагалища инфильтрированы, отечны и соприкасаются между собой, слизистая влагалища собралась в большие складки.

При надавливании пальцем остается долго не исчезающая ямка. Прощупать придатки не удалось. Промывание влагалища не производилось. Через 6 дней были сняты швы — заживление первичным натяжением, а через 10 дней после инцизии больная выписалась домой в хорошем состоянии с совершенно прекратившимися выделениями.

Через 23 дня после выписки больная вновь поступила в отделение с температурой 39,2°, с жалобами на боли в животе и обильные гнойные выделения из влагалища.

Очень скоро выявилась картина общего разлитого гнойного перитонита и в очень тяжелом состоянии больная вновь была взята в операционную.

Под общим наркозом вскрыта брюшная полость по средней линии, при обследовании которой найдено: кишечник инъецирован, а в некоторых местах имеются налеты. Обе трубы наполнены гноем, причем в левой имеется небольшое отверстие, откуда сочится гной. Стенки труб истончены и гной как бы покрыт тонкой перепонкой. Из брюшной полости исходит зловонный запах.

Введено несколько марлевых тампонов, сушены края раны и на этом операция закончена. Послеоперационный период протекал очень тяжело и в отделении 6-ная пробыла около 4½ м-цев. Через 1½ месяца после выписки вновь явилась для осмотра. Найдено: живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание и акт дефекации безболезненны. Незначительные бели, без запаха, не разбедаящие. Через отверстие Нупен'а свободно проходит один палец, которым можно достичь шейки матки, имеющей коническую форму. Стенки влагалища еще несколько отечны и почти соприкасаются между собой. Придатки не определяются, но на их месте имеются какие-то тяжи, замурованные в крепких спайках.

2. Больная С., 18 л., поступила в гинекологическое отделение 13. VII-31 г. с диагнозом „зарашение влагалища“. По ее словам ничем до сих пор не болела. Мензес сразу не были. Замужем 6 месяцев, но полный coitus невозможен из-за какого-то препятствия. В отделение отправилась „тайком“ от родных. Исследование в лежачем положении дало следующие результаты: Нупен зарашен, влагалище выпячено вперед и синюшно окрашено. Per gestum найдено колбасовидно удлиненное образование, представляющее из себя вытянутый и наполненный жидкостью мешок, наверху которого ясно определялась более плотная матка. Печальный опыт первого случая толкнул нас начать операцию сверху. Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом, где найдена жидкая кровь. Трубы утолщены до размера 1-го пальца и содержат жидкую кровь. Матка шарообразно увеличена, мягка и имеет характерный признак зыбления. Оба яичника кистозно перерождены. Трубы удалены были с обеих сторон, а яичники проколоты в нескольких местах, после чего брюшная полость была послойно зашита. Нупен вскрыт продольным разрезом и из влагалища вылилось около 2-х стаканов густой дегтеобразной крови. Края разреза подшиты несколькими нитками. Промывание вла-

лица не производилось. Через 6 дней сняты швы—заживление первичным натяжением.

Послеоперационный период прошел хорошо, выделения из влагалища постепенно прекратились, и больная была выписана из отделения в хорошем состоянии через 12 дней после поступления.

Месяца через 2½ больная вновь явилась в отделение для осмотра; найдено: влагалище пропускает 2 пальца, выделения обычные. Menses—Norma. Влагалище длинное, матка маленькая, плотная. На месте удаленных придатков слегка болезненные тяжки. Coitus удовлетворяет, но вначале болезненный.

Наш первый случай с определенностью указывает на правильность мнения Mathes'a и Menge об асцендирующей инфекции.

В данном случае, повидимому, первые менструации явились толчком к распространению дремавшей инфекции вверх, где она пышно развилась на хорошей питательной среде в трубах. Надо думать, что в первом случае мы несомненно имели Haematosalpinx, во время не распознанный. Во втором же случае вряд-ли можно было бы до операции установить наличие Haematosalpinx'a ввиду малой величины его. Думаем, что в первом случае операция, начатая сверху, дала бы возможность избежать бывших тяжелых осложнений, чуть не сведших больную в могилу, а во втором случае не исключена возможность появления их при операции, начатой снизу. На основании наших двух случаев, мы позволяем себе сделать следующие выводы, конечно, не претендуя на их абсолютную истинность.

1. Atresia hymen'a может привести к образованию Haematocolpos'a метр'ы-Salpinx'a с последующим сдавлением мочевого пузыря и прямой кишки, до их полной непроходимости.

2. Наличие кровоизлияния в склере является предостережением наступающей непроходимости кишечника при наличии Haematocolpos'a.

3. При невозможности точного установления отсутствия Haematosalpinx'a операцию надо начинать с ляпоротомии и в случае наличия крови в трубах должно быть произведено удаление последних. Индизия заращенного hymen'a надо производить во вторую очередь, с соблюдением всех правил асептики.

4. Последующее промывание дезинфицирующим раствором или введение тампона производиться не должно.

5. Ввиду возможности наступления вторичной инфекции даже через 3—4 недели после операции, больная должна быть достаточно долгое время выдержана в отделении или находиться под тщательными наблюдениями, хотя бы до первых месячных.

---

Стоматологический кабинет Сев.-Кав. научно-исследовательского института ОЗД и П. (Завед. проф. Агапов).

## К статистике рахита.

Проф. Агапова.

Рахит признается целым рядом педиатров социальной болезнью. По крайней мере, судя по отчету 3-го Всесоюзного съезда детских врачей против формулировки доклада прив.-доцента Антонова „Борьба с рахитом,