

извлечении опухоли обнаруживается беременная труба. По удалении трубы с содержимым в ней обнаружена двухмесячная беременность. В нижней трети трубы стенка проедена ворсинками хориона.

Послеоперационный период больная перенесла хорошо. Выписалась на 14-й день в хорошем состоянии.

Если комбинации внутриматочной и трубной беременности встречаются очень редко и в мировой литературе проф. Nowas в 1926 г. собрал 244 случая, то двухсторонняя трубная беременность представляет еще большую редкость. М а л и н о в с к и й в 1913 г. нашел в литературе сведения о 15 случаях двухсторонней трубной беременности. В 1921 г. Bogell свой случай зарегистрировал 26-м в мировой литературе. Schwarzwaller говорит о двойной трубной беременности, как о величайшей редкости, и к 1925 году собрал 30 случаев. К настоящему времени мы имеем сведения в литературе о сорока случаях. Интересно, что в данном случае мы имеем сочетание правостороннего трубного аборта с разрывом левой трубы во время операции.

Из акуш.-гинекол. отд. I сов. б-цы в г. Егорьевске, Москов. обл. (Зав. отд. д-р Г. И. Бутковский).

К вопросу о солпароггексисе во время родов.

Д-ра Г. И. Бутковского.

Одним из наиболее тяжелых осложнений во время родов является отрыв матки от влагалищных сводов (от рукава). Гугенбергер первый обратил внимание на разрывы влагалищных сводов и дал им название „солпароггексис“.

Встречаются они значительно реже разрывов матки, что видно из следующего: Белоусов (1910 г.) собрал всего около 100 случаев, и то, повидимому, исключительно из русской литературы; в капитальной работе по этому вопросу Grindeau и Lemeland заявили, что частоту этого рода осложнений родового акта установить трудно, так как статистика по этому вопросу не существует. Очевидно, специфический характер данного тяжелого осложнения является характерным для русского акушерства. И действительно, статистика Щеткина и Белоусова основывается, главным образом, на отечественной казуистике (Гугенбергер, Сыромятников, Верниц, Львов, Порошин, Кутова, Брюно и т. д.).

Случае отрыва матки от сводов мне, имевшему возможность проследить и провести 35—40000 родов, пришлось наблюдать один, который я и позволю себе опубликовать.

26/IX 30 г. в акуш. отд. была доставлена крестьянка 30 лет, А. Ю. из деревни, отстоявшей от больницы верст на 35—40. Из анамнеза выяснилось, что, ввиду отсутствия поблизости врача, по приглашению родных, пыталась „помочь“ роженице бабка; но что она сделала и делала ли она что-нибудь, ни от родных, ни от самой роженицы впоследствии добиться не удалось.

Роженица доставлена с выпавшей отекшей ручкой, которая совершенно закрывала просвет влагалища; кроме ручки выпала не пульсирующая пуповина. Окружность живота 108; размеры таза 32, 29, 27, 21; первая беременность. Боли начались накануне. Пульс трудно сосчитываемый, неритмичный, живот резко вздут, болезненность живота острая, резкий defense. Больная цианотична, конечности холодевшие. Несмотря на вздутие живота, через его стенку определяются 2 выпуклости: справа, повидимому, матка, а слева мочевой пузырь, что подтверждается введенным металлическим катетром, через который выходит кровянистая, темная моча. Таким образом удастся определить повреждение мочевого пузыря. Для того, чтобы исследовать и ориентироваться в положении плода пришлось произвести резекцию выпавшей ручки. Войдя рукой во влагалище, я обнаружил, что матка с плодом отодвинута вправо, слева мочевой пузырь. Рука входит совершенно свободно в брюшную полость. Матка, оторванная от рукава почти целиком, имеет с влагалищем связь лишь посредством небольшого отрезка влагалища; разрыв занимает около $\frac{2}{3}$ окружности рукава. Матка цела, в нижнем ее сегменте прощупывается что-то вроде контрационного кольца и матка довольно плотно сжимает плод.

Больная перенесена в операционную, где под глубоким эфирным наркозом в резиновых перчатках, мною без особых усилий путем поворота¹⁾ на ножку удален плод. Немедленно после этого приступлено к операции чревосечения (д-р Г. И. Бутковский). Разрез по белой линии живота; в брюшной полости масса жидкой крови и сгустков; брюшинный покров матки частью отслоен, частью надорван, зияют внутренние пространства параметриев, которые имбирированы кровью; связки частью надорваны; обнажены маточные сосуды; lig. sacro-uterina в состоянии отека. Картина своей необычностью представляла целый ряд затруднений, хотя бы анатомического свойства; те ткани, связки, брюшина, которые остались целы и связывали матку с влагалищем, были в состоянии отека и пропитаны кровью. Большая, хорошо сократившаяся матка, удалена целиком по способу Wertheim'a, мочеточники проложены до впадения в пузырь, перевязаны сосуды. Операция затруднялась наличием разжижения тканей. После удаления матки влагалище зашито почти наглухо, посередине оставлено отверстие для стока из параметриев, брюшина над ним зашита наглухо. Брюшная стенка зашита 3-х этажным швом наглухо.

27/IX живот несколько вздут. Подкожное вливание Sol. glucosae 5%—10000, и Sol. Natr. chlor. physiol. 1000,0. 30/IX. Газы отошли свободно. 5/X. Сняты швы. Prima intentio. 5/X—25/X. Больная поправляется, прибывает в весе. 27/X-30. При хорошем самочувствии выписывается домой. Почти через год мы имели возможность видеть больную, она хорошо себя чувствует, остаток влагалища имеет куполообразную форму.

Из Вознесенского венерологического пункта (Завед. Д-р М. И. Анапольский)
К вопросу о парентеральном лечении „острой и хронической крапивницы“.

М. И. Анапольского.

В настоящем кратком и неполном сообщении я считаю необходимым поделиться теми весьма удовлетворительными результатами, которые я получил при лечении крапивницы впрыскиваниями комбинации двух веществ: *абсолютного алкоголя* и *ихтиола*. Применение последнего при крапивнице *per os* не ново. Что же касается алкоголя, то к мысли о применении его при крапивнице я пришел, наблюдая влияние на зуд алкогольных инъекций, рекомендованных Spiethoff'ом. Проф. Spiethoff рекомендует инъекции алкоголя при красной волчанке, по поводу которой я и применил их в 3-х случаях. Не обнаружив благоприятного влияния на красную волчанку, я отметил, на что указали все трое больных, полное прекращение зуда в пораженной области. Исходя из того, что в картине крапивницы зуд занимает первое место, крайне беспокоя больных и лишая их сна, естественно было испробовать для устранения этого симптома инъекции алкоголя. Более целесообразным казалось мне, однако, соединить алкоголь с ихтиолом, как средством, применявшимся и прежде при крапивнице. Раствор для инъекций был выписан мною следующим образом: *Ichtyoli puri + alcoholi absol. aa partes*. Из этого раствора *впрыскивается через день по 0,2—0,4 смт.*, разводя в шприце стерильной дистиллированной водой до 1 смт. Инъекции производятся глубоко в ягодицы — в верхне наружный квадрант их. Инъекции несколько болезненны, но вполне сносны. Иногда бывают небольшие инфильтраты, ни разу не давшие нам нагноений.

Результаты: из 8 случаев типичной крапивницы мы получили: 1) в 7-ми случаях полное исчезновение зуда и прекращение высыпей после 2—3 инъекций и 2) в 1-ом случае получилось значительное улучшение (больная получила возможность спать по ночам, но волдыри все же появлялись, хотя и в меньшем количестве). Все больные прослежены от 3 до 12 месяцев и рецидив был лишь у одной больной, быстро ликвидированный 3-мя инъекциями.

Литература. 1. Z. Brocq: Précis-atlas de Pratique dermatologique 1921 г.—2. С. Исснер: „Руководство по кожным и венерическим болезням“ 1913 г.—3. Р. Унна: „Die Kriegsaphorismen eines Dermatologen“ 1917 г.—4. Ледерман: „Лечение кожных и половых болезней“ 1929 г.—5. Е. Фингер: „Болезни кожи“ 1908 г.—6. Y. Gaté. „Dermatologie“ 1926 г.—7. E. Goffman: „Die Behandlung der Haut-und Geschlechts Krankheiten“ 1920 г.

¹⁾ *Примеч. ред.* Поворот в данном случае противопоказан.