

раствором поваренной соли или марганцово-кислого кали и дренируют Т-образным дренажем или йодоформенной марлей; дренаж удаляют чрезъ 8—14 дней, полость постепенно облитерируется и вмѣсто нея получается соединительный тяжъ. Въ одномъ только случаѣ случилось раненіе прямой кишки.

При вскрытіи кисты со стороны брюшныхъ стѣнокъ наружный разрѣзъ проводится или по бѣлой линіи или параллельно Пупартовой связкѣ, стѣнки кисты пришиваются къ брюшнымъ стѣнкамъ, чтобъ избѣжать излитія содержимаго кисты въ брюшную полость, киста вскрывается и дренируется. Если по вскрытіи брюшной полости оказываются спереди обширныя сращенія съ кишками, то можно, введя руку въ брюшную полость и отдавивши опухоль сильно книзу, вскрыть ее со стороны влагалища.

Технику экстирпации кистъ трубъ мы излагать не будемъ, такъ какъ она находится въ зависимости отъ характера cadaго отдѣльнаго случая.

Лѣчение hæmatosalpinx'a ничѣмъ существенно не отличается отъ леченія другихъ кистъ трубъ.

И. Воффъ.

111. P. Zweifel. Ueber Salpingo-Oophorektomie. (Archiv f. Gyn. B. XXXIX, N. 3). Объ изсѣченіи Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ.

При операциіи этой имѣется главнымъ образомъ въ виду удаленіе больной Фаллопиевой трубы; яичникъ удаляютъ при этомъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ тоже боленъ или когда его невозможно отдѣлить отъ трубы вслѣдствіе сращеній. Операциія эта отличается отъ простой овариотоміи тѣмъ, что при ней находятъ всегда очень обильныя сращенія, различной плотности и дающія при ихъ отдѣленіи иногда громадное кровотеченіе; свѣжія сращенія легко отдѣляются, даютъ большое кровотеченіе, которое само собой скоро прекращается вслѣдствіе спаденія сосудовъ; старыя же сращенія иногда отдѣляются только съ громаднымъ трудомъ, даютъ небольшое кровотеченіе, но которое самостоятельно не останавливается, такъ какъ сосуды въ толстыхъ рубцовыхъ тяжахъ не спадаются, и потому авторъ совѣтуетъ самымъ тщательнымъ образомъ обкалывать и перевязывать ихъ. Послѣ вскрытія брюшной полости авторъ извлекаетъ оттуда кишки, покрываетъ ихъ платками съ теплымъ растворомъ тимола и затѣмъ уже тупымъ путемъ отдѣляетъ всѣ сращенія трубы и яичника; при гнойномъ сальпингитѣ всего 2 раза автору не удалось отдѣлить всѣхъ сращеній и пришлось ограничиться вскрытіемъ гнойника и дренажемъ во влагалище. Отдѣливши всѣ сращенія, перевязываютъ частичными лигатурами вожку опухоли и удаляютъ ее плоскимъ наконечникомъ термокаутера и тогда только переходятъ къ остановкѣ кровотеченія въ глубинѣ таза, что обыкновенно вполне удается; одинъ разъ только автору пришлось вставить дренажную трубку изъ Дугласа во влагалище и то чрезъ нѣсколько часовъ она была удалена, такъ какъ кровотеченіе остановилось; иногда приходилось прибѣгать къ *Paquelin*'овскому аппарату для остановки кровотеченія. Послѣоперационное теченіе самое благопріятное: температура повышалась выше 38° всего 7 разъ, при остромъ гнойномъ сальпингитѣ одинъ—два дня

послѣ операціи существовала сильная болѣзненность, у одной больной, у которой труба лопнула во время операціи, и гнойное содержимое ея излилось въ брюшную полость, образовался большой тазовой выпотъ; рвота послѣ пробужденія отъ наркоза (по возможности всегда эфиромъ) наблюдалась 9 разъ. Всего авторъ произвелъ эту операцію 77 разъ; погибла одна больная отъ септического перитонита; показаніемъ къ большинству операціи служили водянка или гнойное воспаленіе трубъ въ соединеніи съ гематомами, гнойниками яичниковъ или перноофоритами; въ 9 случаяхъ показаніемъ служилъ haematosalpinx. При водянкѣ трубъ и нормальномъ положеніи матки вскрывали только мѣшокъ и старались поддерживать его открытымъ. У громаднаго большинства больныхъ имѣлись въ трубахъ большія скопленія гноя, у нѣкоторыхъ также и гнойники въ яичникахъ; стѣнки трубъ въ различной степени утолщены, въ нихъ находятъ новообразование соединительной ткани, эпителия и складки слизистой оболочки исчезають, въ слизистой оболочкѣ богатая мелкоклѣтчатая инфильтрація.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ скопленіе гноя въ трубѣ гонорройнаго происхожденія. *Diplococcus Neisseri* есть паразитъ слизистой оболочки; онъ пробирается въ трубу и образуетъ зрѣльс жидкій, синевато-водянистый гной; бактериологи говорятъ, что гонококкъ на брюшинѣ погибаетъ, но какъ тогда объяснить сращенія брюшины, встрѣчающіяся въ такихъ случаяхъ вдали отъ брюшиннаго отверстія трубы? нужно ли въ такихъ случаяхъ принять существованіе смѣшанной инфекціи (Mischinfection)? Склоняются въ пользу послѣдняго. При гонорройныхъ сальпингитахъ авторъ подмѣтилъ у многихъ больныхъ выдѣленіе изъ прямой кишки толстыхъ, хитино-подобныхъ, склеившихся хлопьевъ слизи; характера этихъ выдѣленій ему еще не удалось познать. Мужья больныхъ гнойнымъ сальпингитомъ всѣ, за исключеніемъ одного, страдали когда-то трипперомъ; *Döderlein*'у удалось въ гноѣ трубы въ 8 случаяхъ найти гонококка, но это бывало только въ случаяхъ свѣжихъ, гдѣ зараженіе послѣдовало всего за нѣсколько недѣль; въ застарѣлыхъ случаяхъ найти гонококка не удавалось; гонококкъ слѣдовательно отличается небольшою жизнеспособностью и погибаетъ скоро въ продуктахъ своего обмѣна веществъ, гной подвергается жировому распаду, всасывается, взамѣнъ него полость выполняется серозной жидкостью, стѣнки трубы истончаются и такимъ образомъ получается hydrosalpinx. При операціи находятъ одну изъ этихъ переходныхъ ступеней.

Но не одинъ гонококкъ является виновникомъ гнойнаго воспаленія трубъ; такъ, автору въ трехъ случаяхъ удалось въ гноѣ трубъ найти цѣпочкаго кокка; въ двухъ изъ этихъ случаевъ источникомъ его служило послѣдородное заболѣваніе, въ одномъ брюшной тифъ. Кромѣ того туберкулезная бактерія, капсульный диплококкъ *Fränkel*'я (pneumococcus) и актиномикозъ могутъ быть причиной скопленія гноя въ трубѣ; автору встрѣтились по одному случаю первыхъ двухъ родовъ инфекціи, а *Zemann* описалъ единственный пока случай третьего рода.

Существуютъ данныя, по которымъ клинически можно опредѣлить, ка-

кого рода инфекция вызвала данный гнойный сальпингитъ. При гнойномъ сальпингитѣ въ зависимости отъ стрептококковъ и капсульныхъ кокковъ имѣется сильно ремиттирующая лихорадка, при туберкулезномъ гнойномъ сальпингитѣ лихорадка время отъ времени вспыхиваетъ, при гонорройномъ лихорадки при покоѣ больной нѣтъ; при гонорройномъ никогда не наблюдается опуханія паховыхъ железъ, при пиогенной инфекціи—всегда. Гонорройныя скопленія гноя имѣютъ малую склонность вскрываться въ какомъ-нибудь направленіи. Больныя гнойнымъ сальпингитомъ вслѣдствіе зараженія цѣпочечнымъ или капсульнымъ коккомъ никогда не жаловались на неправильныя, чрезмѣрные или болѣзненные регулы, между тѣмъ это встрѣчается у больныхъ гонорройнымъ сальпингитомъ; помимо того у послѣднихъ наблюдаются разстройства со стороны цервикальнаго канала, влагалища, мочеиспускательнаго канала, наружныхъ половыхъ частей.

Образованіе гнойниковъ въ яичникахъ авторъ склоненъ объяснять «смѣшанной инфекціей».

Помимо всѣхъ страданій, причиняемыхъ женщиной трипперомъ и дѣлающихъ ее инвалидомъ, послѣдствіемъ его бываетъ еще безплодіе и съ этой точки зрѣнія это заболѣваніе въ такой-же или въ еще большей степени имѣетъ общегосударственное значеніе, какъ и сифились. Авторъ говоритъ, что, въ противоположность послѣднему, при трипперѣ виновная половина сравнительно остается безнаказанной, между тѣмъ какъ всѣ послѣдствія несутъ на себѣ ни въ чемъ неповинныя жены.

Такимъ образомъ, давая небольшой процентъ смертности и освобождая женщину отъ массы страданій, операція это должна имѣть полныя права гражданства. Ею не вызываются никакія разстройства ни со стороны физиологическихъ отправленияхъ, ни со стороны психической сферы.

И. Воффъ.

112. И. А. Юндзилль. Случай саркоматознаго перерожденія обоихъ яичниковъ. Успѣшная лапаротомія съ относительнымъ выздоровленіемъ (Протокъ. Виленскаго Медицинск. Общества, 1890 г., № 7).

Крестьянка 27 л., *virgo intacta*, хорошаго общаго здоровья. Носитъ крови съ 15 л., необильныя, чр. 28 дней, по 3—4 дня. Около полугода назадъ—явленія меноррагіи, но въ теченіе послѣднихъ 5 мѣсяцъ кровей совсѣмъ нѣтъ. 5 мѣсяцъ назадъ больная замѣтила у себя опухоль въ лѣвой сторонѣ живота, которая быстро увеличивалась. При изслѣдованіи найдено: общее состояніе здоровья удовлетворительно, асцитъ, большая опухоль цилиндрической формы, неровная въ лѣвой поясничной области; граница ея вверху—подреберье, внизу она уходитъ въ малый тазъ. Справа опухоль съ яблоко. Обѣ подвижны. Асцитическая жидкость выпущенная—мутновата, свѣтлозеленаго цвѣта, тягуча, съ большимъ количествомъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. Распознано злокачественное новообразованіе яичниковъ. Опухоли путемъ чревосѣченія легко удалены (срощеній нѣтъ). Онѣ оказались плотными, бугристыми, по строенію *Sarcoma fusocellulare*. Послѣопераціонное теченіе глад-