

раля повторилось истечение из полового канала розоватой водянистой влаги. Блѣдна, истощена, холодныя конечности, пульсъ 136 нитевидный; губы блѣдны, уши и лицо, выражающее страхъ, холодны. Жалуется на сильныя боли въ лѣвомъ бедрѣ и въ лѣвой груди.

Діагнозъ: разрывъ беременной трубы.

Чревосѣченіе было произведено, по словамъ автора, при такомъ безнадѣжномъ состояніи больной, что она скорѣе напоминало аутопсію, чѣмъ операцію на живой. Тѣмъ не менѣе пациентка оправилась послѣ операціи и выписалась 13-го марта.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ діагнозъ подтвержденъ операціею.

Ф. Кюнь.

9. Franz Jordan. Ist es möglich, eine mit Ruptur verbundene Graviditas extrauterina zu localisiren? (Allgem. Med. Cntr.—Ztg, 1891 г. № 91).—
Возможно-ли опредѣлить мѣсто разрыва при внѣматочной беременности?

Въ госпиталь св. Рока доставлена въ безсознательномъ состояніи 24-лѣтняя работница на фабрикѣ, блѣдная, съ осунувшимся лицомъ. Тоны сердца чисты, нижняя граница легкихъ на 1 ребро отодвинута кверху. Животъ напряженъ, увеличенъ въ объемѣ. Напряженность тканей особенно рѣзко выражена въ правой подвздошной впадинѣ. При самомъ легкомъ ощупываніи живота, беспокойство больной возрастаетъ, и она притягиваетъ къ туловищу лѣвую ногу; правая нога—неподвижна. При перкуссіи живота,—тонъ тимпаническій, за исключеніемъ правой подвздошной впадины, гдѣ онъ значительно притупленъ.

При гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: Port. vagin. сильно оттъснена вълѣво, увеличена, мягка, неподвижна; orif. ext. пропускаетъ конецъ пальца; orif. internum закрыто. Правый сводъ выполненъ, эластической консистенціи, изслѣдованіе его—болѣзненно. Бимануальное изслѣдованіе не произведено вслѣдствіе чрезмѣрнаго напряженія брюшныхъ покрововъ и сильной болѣзненности. Т° больной 37,6°—38,2°, П. 100—120. Непроизвольный стуль. Смерть на 2-й день.

Родные больной сообщили, что она заболѣла внезапно: появились сильныя боли въ животѣ, больная упала и потеряла сознание.—Регуль больная не имѣла два послѣдніе мѣсяца.—Діагнозъ: лопнувшій плодный мѣшокъ при правосторонней внѣматочной беременности.

При вскрытіи найдено около 1000 grm. кровяныхъ свертковъ главнымъ образомъ въ правой половинѣ полости таза. Матка величиной съ гусиное яйцо, portio vaginalis разрыхлена, orif. ext. проходимо для пальца, полость матки выстлана отпадающей оболочкой. Толщина маточной стѣнки 1½ ctm. Лѣвая труба мѣшкообразно расширена до величины голубиного яйца, стѣнки ея истончены. Мѣшокъ лопнулъ на мѣстѣ наибольшей выпуклости. Разрывъ—въ 3 ctm. длиной. Въ мѣшкѣ содержатся свертки крови и плацента. Въ лѣвомъ яичникѣ—corpus luteum verum величиной съ лѣсной орѣхъ.

Плодь не найденъ.—Врюшная полость преставаляет картину серозно-фибринознаго перитонита.

Интересъ своего случая авторъ видитъ въ томъ, что, при разрывѣ *левой* трубы, кровь скопилась въ *правой* сторонѣ полости таза и дала поводъ, при клиническомъ изслѣдованіи, предполагать разрывы плоднаго мѣшка при правосторонней внѣматочной беременности. Правуюченіе: При чревосѣченіи по поводу лопнувшаго мѣшка при внѣматочной беременности—разрывъ слѣдуетъ искать въ маточныхъ придаткахъ обѣихъ сторонъ.

А. Соловьевъ.

10. Montgomery. Treatment of ectopic gestation. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4, 1891). Къ вопросу о лѣченіи внѣматочной беременности.

Хирургическое ли вмѣшательство или палліативныя мѣры при лѣченіи внѣматочной беременности? Таковъ вопросъ, который задаетъ себѣ авторъ и на который онъ отвѣчаетъ въ пользу оперативнаго вмѣшательства.

Подъ палліативными мѣрами онъ понимаетъ: впрыскиваніе въ плодный мѣшокъ ядовитыхъ веществъ, напр. морфія, хлористаго цинка и т. п. и электричество.

Не касаясь совершенно перваго способа, какъ весьма невѣрнаго и часто влекущаго за собою нагноеніе и воспаленіе окружающихъ тканей, онъ останавливается на электричествѣ, которое имѣетъ еще не мало авторитетныхъ защитниковъ.

Область примѣненія электричества весьма ограничена уже въ силу того, что обыкновенно начальные періоды эктопической беременности остаются нераспознанными; вниманіе больныхъ и врачей привлекается на ненормальность данной беременности лишь при наступленіи угрожающихъ жизни явленій: частичнаго или полнаго разрыва плоднаго мѣшка и внутренняго кровотеченія. А въ этихъ послѣднихъ случаяхъ нѣтъ мѣста электричеству: здѣсь дорога каждая минута и врачъ обязанъ приступить къ радикальному оперативному лѣченію, если только общее состояніе беременной мало-мальски допускаетъ операцію. Кромѣ того электричество не всегда представляетъ вѣрнаго агента для убіенія плода. И даже, если бы удалось умертвить имъ плодь, въ организмѣ матери все же остается посторонняя масса, которая рано или поздно можетъ потребовать серьезнаго хирургическаго вмѣшательства.

Если діагнозъ внѣматочной беременности поставленъ до наступленія разрыва, то лѣченіе находится въ зависимости отъ періода беременности. До пятаго мѣсяца, въ виду угрожающихъ матери опасностей и малой вѣроятности рожденія живого младенца, лапаротомія и удаленіе плоднаго мѣшка съ его содержимымъ должны быть произведены возможно ранѣе.

Послѣ 5-го мѣсяца, когда есть надежда на извлеченіе живого младенца, операція можетъ быть отсрочена приблизительно до нормальнаго срока беременности. При этой операціи наибольшая забота должна быть посвящена предупрежденію могущаго быть кровоизліянія. Тамъ, гдѣ положеніе плаценты