

124 X. O. Werder. Some moot points in ectopic gestation. (N. Y. Med. Journ. Jan. 23, 1892). Нѣсколько спорныхъ вопросовъ въ ученіи о внѣматочной беременности.

Mrs. R. 38 лѣтъ, V para; послѣдніе роды 4 года тому назадъ; 4 выкидыша, изъ коихъ послѣдній 2 года тому назадъ. Пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ, и лишь регулы были не совсѣмъ правильны. Три мѣсяца тому назадъ стали появляться внизу живота и въ правой fossa iliaca боли, похожія на родовыя. 16-го апрѣля сильный приступъ болей и рѣзкій упадокъ силъ. Такіе приступы стали за послѣднія недѣли появляться неправильными перерывами; необильныя маточныя кровотеченія.

Дугласово пространство выполнено массою, которая простирается значительно въ правую сторону, но не срослась съ правою тазовою стѣнкою. Мягка сдвинута эту опухолью влѣво отъ срединной линіи, увеличена, подвижна; движенія матки передаются и опухоли, слегка флюктуирующей на верхней поверхности своей. Диагнозъ: оваріальная киста съ плотными сращениями съ заднею стѣнкою таза или *cystoma intraligamentosum* широкихъ связокъ. На основаніи анамнеза, впрочемъ, допускалась возможность и внѣматочной беременности.

26-го мая лапаротомія. Изъ полости живота удалено нѣсколько горстей кровяныхъ сгустковъ, затѣмъ выведена правая расширенная, разорвавшаяся труба, наполненная кровяными сгустками; въ одномъ мѣстѣ ея была прикреплена placenta. Кровяная опухоль занимала *cul-de-sac* и часть праваго таза. Плодъ не найденъ.

Выздоровленіе пациентки шло идеально («made an ideal recovery») и теперь она вполне здорова.

Въ данномъ случаѣ разрывъ беременной трубы произошелъ, безъ сомнѣнія, 16-го апрѣля, т. е. почти за 6 недѣль до операциіи. Кровотеченіе было очевидно не обильное, потому что не было особенно рѣзкихъ и угрожающихъ явленій. Кровяная сыворотка быстро всасывалась, а кровяные свертки по законамъ тяжести заняли нижнюю часть брюшной полости, гдѣ сама природа отдѣлила это инородное тѣло отъ остальной брюшной полости, окруживъ его сумкою.

Все эти данныя наводятъ автора на вопросъ: не могутъ ли разрывы беременныхъ трубъ исцѣлиться самопроизвольно, безъ оперативнаго вмѣшательства, одними силами природы.

Такіе авторитеты какъ *Tait*, *Joseph Price* отрицаютъ эту возможность постъ; *Tait* допускаетъ ее развѣ только для разрывовъ съ выпаденіемъ плода между листовъ широкихъ связокъ и считаетъ случаи эти довольно частыми, въ чемъ онъ расходится съ наблюденіями другихъ авторитетовъ. Кромѣ только что описаннаго случая автору пришлось наблюдать еще два случая самопроизвольнаго исцѣленія послѣ разрыва беременной трубы (диагнозъ, по словамъ автора, въ обоихъ случаяхъ былъ несомнѣненъ).

Въ двухъ другихъ случаяхъ, въ которыхъ авторъ произвелъ лапаротомію на 5-ый день послѣ разрыва трубы и выхода плода въ брюшную полость, пациентки на 5-ый день (т. е. въ день операциіи) уже настолько

оправилась отъ послѣдствій разрыва, что есть основаніе полагать, что и здѣсь выздоровленіе, хотя и медленно, могло произойти самопроизвольно.

Итакъ изъ 6 случаевъ несомнѣннаго разрыва беременной трубы въ брюшную полость въ 5 изъ нихъ имѣется большая вѣроятность на возможность самопроизвольнаго исцѣленія.

Но даже допустивъ это, должны ли мы отказаться отъ современнаго способа лѣченія, т. е. отказаться отъ лапаротоміи въ пользу выжидательнаго способа. И авторъ отвѣчаетъ энергичнымъ «нѣтъ!» («I would say emphatically, No!»).

Если инныя такого рода больныя и выздоравливаютъ (медленно и часто не вполне) безъ операціи, то процентъ такихъ, которыхъ можетъ спасти только быстрое оперативное вмѣшательство, значительно выше. Полагаться на *vis medicatrix naturae* рискованно. Тѣмъ болѣе что мы никогда не имѣемъ достаточныхъ данныхъ для точнаго прогноза. Возможность вторичныхъ кровотеченій (*Veit, Olshausen, Price, Tait* и др.), скопленіе крови въ брюшной полости съ послѣдующимъ септическимъ перитонитомъ, нагноеніе образовавшейся уже haematocoele, все это можетъ быть избѣгнуто своевременною лапаротоміею, которая, согласно съ *Charles A. L. Reed*, должна производиться или 1) до разрыва, если распознана вѣматочная беременность, или 2) послѣ разрыва, когда діагнозъ внутренняго кровотеченія очевиденъ.

Выздоровѣвшія безъ операціи сохраняютъ въ своемъ тѣлѣ лопнувшую трубу, т. е. органъ не только негодный, но и могущій послужить источникомъ дальнѣйшихъ опасностей. Лапаротомія устраняетъ и это неудобство. Но авторъ не согласенъ съ тѣми операторами (*Olshausen, Reed* и др.), которые въ этихъ случаяхъ удаляютъ обѣ трубы, чтобы предупредить возможность новой трубоной беременности. *Graviditas tubaria* въ большинствѣ случаевъ зависитъ, по ихъ мнѣнію, отъ сальпингита, который обыкновенно бываетъ двустороннимъ. Въ двухъ случаяхъ (изъ 4) авторъ видѣлъ въ послѣдствіи нормальную беременность послѣ удаленія одной трубы; одна изъ этихъ пациентокъ родила уже два раза нормально, а другая беременна на 7 мѣсяцѣхъ. По этому авторъ предлагаетъ удалять и другую трубу только въ томъ случаѣ, если патологическія измѣненія ясно выражены въ ней.

Ф. Кюнь.

125. Charles A. L. Reed. On the surgical treatment of ectopic gestation (N. Y. Med. Journ. June 6, 1891). Хирургическое лѣченіе вѣматочной беременности.

Слишкомъ широкое заглавіе это, по сознанію самого автора, не соответствуетъ скромной цѣли этой статьи, въ которой авторъ желалъ бы рѣшить только нѣкоторые частные спорные вопросы:

1) Должны ли мы оперировать тотчасъ по постановкѣ діагноза, т. е. до разрыва и до наступленія жизнеспособности плода? Что происходитъ въ случаяхъ эктобической беременности, предоставленныхъ самимъ собою?

Намъ извѣстны случаи разрывовъ съ кровотечениями, которые, если не