

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* рисковано. 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 распознаваема внематочная 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 трубной беременности. *Graviditas tubaria* въ большинствѣ случаевъ зависитъ, по ихъ мнѣнію, отъ сальпингита, который обыкновенно бываетъ двустороннимъ. Въ двухъ случаяхъ (изъ 4) авторъ видѣлъ впослѣдствіи нормальную беременность послѣ удаленія одной трубы; одна изъ этихъ пациентокъ родила уже два раза нормально, а другая беременна на 7 мѣсяцѣ. По этому авторъ предлагаетъ удалять и другую трубу только въ томъ случаѣ, если патологическія измѣненія ясно выражены въ ней.

Ф. Кюнъ.

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

останавливались самопроизвольно, вели къ летальному исходу; въ иныхъ случаяхъ яйцо, выйдя изъ трубы въ брюшную полость, донашивается до срока и долге, атрофируется и превращается въ lithopaedion; мы знаемъ, что иногда жизнеспособный плодъ, помѣщаясь между брюшиною и стѣнками живота, претерпѣваетъ такіе же измѣненія, если предоставленъ самому себѣ; въ иныхъ случаяхъ, кончающихся смертью матери, плодъ, по разрывѣ плоднаго мѣшка, можетъ быть выведенъ *per vias naturales*; въ другихъ же случаяхъ, гдѣ наступаяетъ смерть плода, возможно нагноеніе и септицемія.

Но всѣ эти знанія наши только относительны, потому что статистика пока еще не даетъ намъ указаній на процентное отношеніе каждой такой возможности къ общему числу всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности.

Мы знаемъ съ положительностью только одно: что въ каждомъ случаѣ *graviditatis extrauterinae* беременная, рано или поздно, должна подвергнуться той или другой операціи для избѣжанія опасностей, несравненно большихъ, чѣмъ та, которую представляетъ для нея ножъ въ искусныхъ рукахъ опытнаго оператора. Чѣмъ ближе къ сроку придвигается беременность, тѣмъ болѣе и болѣе растутъ опасности. Отсюда логическій выводъ: чѣмъ скорѣе мы освободимъ беременную отъ условий, грозящихъ ей опасностями, тѣмъ лучше для нея. Съ этимъ выводомъ согласны такіе авторитеты какъ *Tait, Joseph Price, Wylie* и др.

2) Должны ли мы оперировать тотчасъ послѣ разрыва, не дожидаясь, пока больная оправится отъ такъ называемаго шока? вотъ другой вопросъ, настоятельно требующій разрѣшенія.

Существуетъ ученіе, будто внѣбрюшинное кровотеченіе останавливается самопроизвольно и слѣдовательно здѣсь можно питать надежду на всасываніе излившейся крови; внутрибрюшинное же кровотеченіе быстро ведетъ къ летальному исходу.

Ученіе это, обратившееся почти въ догматъ, требуетъ однако въ интересахъ истины провѣрки.

Въ «ограниченной» («limited») практикѣ автора встрѣтились 3 случая, въ которыхъ надежда на всасываніе излившейся крови была жестоко обманута: въ одномъ изъ нихъ въ концѣ концовъ авторъ извлекъ 9 пинтъ кровяныхъ сгустковъ; въ другомъ haematocoele перешла въ нагноеніе и больная умерла отъ септического зараженія.

Затѣмъ: на сколько часто случаются внѣбрюшинныя кровотечения видно изъ того, что *Joseph Price* на 54 случая разрывовъ не видѣлъ ни одного extraperitoneal'наго кровоизліянія; тоже самое утверждаетъ и *Gill Wylie* относительно 25 случаевъ изъ своей практики. (Три же случая изъ своей собственной «ограниченной» практики авторъ признаетъ совершенно исключительными—«ontirely exsceptional»).

Теоретически это можно объяснить такъ: въ первыя недѣли беременности брюшина имѣетъ еще достаточную силу сопротивленія, чтобы отклонить или отвести (to deflect) кровь и содержимое разорвавшейся трубы внизъ между листовъ широкой связки; но извѣстно, что большинство разрывовъ происходитъ между 9-й и 10-й недѣлями, когда уже сила сопротивленія растянутаго

и истонченной брюшины недостаточна для такой задачи, и кровь и содержимое трубы извергаются въ брюшную полость. Итакъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы не смѣемъ надѣяться на самопроизвольную остановку кровотечения и, въ виду грозящей опасности, обязаны немедленно приступить къ операціи для перевязки кровоточащихъ сосудовъ.

Бываютъ однако случаи, гдѣ вышедшій изъ трубы, черезъ разрывъ или безъ онаго, плодъ достигаетъ періода жизнеспособности прежде, чѣмъ пациентка подпадаетъ подъ наблюденіе врача. Въ такихъ случаяхъ плодъ приобрѣтаетъ права, которыя мы обязаны уважать, и матерямъ должно позволить донашивать до срока подъ условіемъ, конечно, самаго тщательнаго наблюденія со стороны врача, который въ каждый данный моментъ долженъ быть вполне подготовленъ къ операціи.

Что касается вопроса объ удаленіи и другой трубы, то авторъ склоняется въ пользу удаленія ея. Въ большинствѣ случаевъ, говоритъ онъ, трубная беременность зависитъ отъ *salpingitis desquamativa*, которая обыкновенно поражаетъ обѣ стороны, и въ интересахъ больной, чтобы предупредить возможность новой *graviditatis tubariae*, слѣдуетъ удалить и другую трубу, если она представляетъ какія либо патологическія измѣненія и если состояніе пациентки допускаетъ продленіе операціи.

Наконецъ авторъ настаиваетъ на замѣнѣ общепринятаго въ случаяхъ разрыва названія «шока» словомъ «кровотеченіе» («haemorrhage»). При настоящемъ «шокѣ» (напр. при желѣзнодорожномъ крушеніи «шокъ» безъ мѣстныхъ или общихъ поврежденій) первенствующую роль играетъ сотрясеніе, а при разрывѣ трубы внезапное кровотеченіе со всѣми его послѣдствіями для кровеносной системы и дыхательнаго аппарата. Словомъ, и причина и слѣдствія въ обоихъ этихъ случаяхъ такъ рѣзко различаются, что примѣненіе одного и того же названія для обоихъ случаевъ, по мнѣнію автора, неудачно и ничѣмъ не оправдывается.

Ф. Кюнь.

126. A. Edis. Abstract of a lecture on the treatment of metrorrhagia.
(Brit. Med. Journ March 26. 1892). Къ вопросу о лѣченіи метроррагій.

Напомнивъ, что маточное кровотеченіе никогда не представляетъ самостоятельной болѣзни, а всегда служитъ лишь симптомомъ общаго или мѣстнаго заболѣванія, авторъ настаиваетъ на возможно тщательномъ въ каждомъ случаѣ метроррагій діагнозѣ, который и устанавливаетъ рачительную терапію.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзней сердца умѣренное маточное кровотеченіе не только не вредитъ, но даже улучшаетъ явленія со стороны сердца, и слѣдовательно спѣшить остановкою его въ подобныхъ случаяхъ было бы не цѣлесообразно. Различныя сердечныя средства (*kalium* или *natrium brom.*, *digitalis*, *strophantus* etc.) тутъ болѣе могущественны, чѣмъ *adstringentia* или *haemostatica*. То же должно сказать и о болѣзняхъ печени и почекъ, гдѣ терапія, направленная противъ основнаго страданія, сдѣлаетъ больше, чѣмъ спеціальное лѣченіе метроррагій. При