

нормы), лобь выдается, асцитъ. Микроскопическое изслѣдованіе еще болѣе доказываетъ, что эти случаи не имѣютъ ничего общаго съ рахитомъ—поясъ пролиферирующаго хряща чрезвычайно узокъ, діафизы склерозированы, корковый слой утолщенъ, мозговые пространства сведены на ничтожныя величины. Причиной подобной остановки въ развитіи костей въ первомъ случаѣ можно считать обвитіе пуповины вокругъ плода въ нѣсколько разъ, что вызвало сдавливаніе конечностей и нарушеніе плацентарнаго кровообращенія.

А. Пекарская.

52. Д. А. Парышевъ. Внутритрубное заболѣваніе плода офтальмо-бленнорреею. (Врачъ 1892 г. № 47).

Наиболѣе вѣроятнымъ временемъ зараженія плода офтальмобленнорреей является то, когда лицевая часть плода во время родовъ наиболѣе тѣсно соприкасается съ растянутыми стѣнками матки и влагалища, а потому это заболѣваніе всего чаще выражается на 3—4 день послѣ родовъ (3—4 дня инкубационнаго періода). Гораздо болѣе рѣдки тѣ случаи, гдѣ ребенокъ уже родится съ ясно выраженнымъ заболѣваніемъ. Автору привелось наблюдать такой случай: у здоровой, никогда не страдавшей болями, 4 рождающей 24 лѣтней женщины, имѣвшей послѣднія регулы за 8 мѣсяцевъ до родовъ, за три дня до родовыхъ болей начали стекать воды. Считая себя не смотря на это все-же совершенно здоровой, она продолжала тяжелую работу кухарки и не отказывалась отъ половыхъ сношеній. Тотчасъ же послѣ рожденія слабенькой, недоношенной дѣвочки было замѣчено ясное бленнорройное заболѣваніе глазъ ея съ обильнымъ присутствіемъ гонококковъ *Neisseria* въ гною, которыхъ однако не удалось найти въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ матери. Ребенокъ погибъ въ началѣ 5 сутокъ отъ катарального воспаленія легкихъ на почвѣ желтухи съ послѣдующими гипостазамы. Условиями благоприятствующими зараженію въ данномъ случаѣ были,—главнымъ образомъ преждевременное вскрытіе пузыря, а также малая сопротивляемость плода вслѣдствіе его недоразвитости. Главной предохранительной мѣрой въ такихъ случаяхъ авторъ считаетъ постановку беременной послѣ преждевременнаго излитія водъ въ такія-же условія, въ какихъ находится всякая роженица, а вообще разумной предохранительной мѣрой противъ офтальмобленнорреи новорожденныхъ будетъ частое спринцеваніе рукава во время родовъ растворомъ сулемы 1:2000. Въ клиникѣ А. И. Лебедева, благодаря такой мѣрѣ, за періодъ времени съ сентября 1884 по ноябрь 1892 года, на 1047 родовъ былъ одинъ (не считая описываемаго) случай офтальмобленнорреи т. е. 0,09%.

Рутковский.

53. Бенисовичъ Н. Къ вопросу о вѣматочной беременности. (Хирург. Вѣст. Декабрь 1892 г.).

Разнообразіе взглядовъ на діагностику и лѣченіе вѣматочной беременности и необходимость собрать и обработать казуистическій матеріалъ, чтобы этимъ путемъ установить точное распознаваніе и указать лучшіе методы лѣченія, побудили автора сообщить наблюдавшійся имъ случай. Но

прежде сообщенія его авторъ даетъ краткій историческій очеркъ, въ которомъ излагаетъ взгляды авторовъ разныхъ періодовъ на вѣматочную беременность, коротко же приводитъ статистику частоты вѣматочной беременности и взгляды авторовъ на этиологию ея: закупорка фаллопиевыхъ трубъ (*Fritsch, Virchow, Hecker*), вызванная воспалениями, перегибами и фиксаціями ихъ, ложными перепонками; послѣродовыя заболѣванія брюшины, налеты въ трубѣ (*Leopold, Beck, Wyder*), препятствовавшіе вхожденію яйца въ матку; внутривѣматочныя фибромы матки (*Olshausen, Roth von Macdonald*), препятствовавшія, повидимому, поступленію въ нее яйца; гнойныя заболѣванія, вѣроятно, (*Martin*) влияють или потерю рѣсничнаго эпителия, замедляюще движеніе яйца, или инфльтраціею стѣнокъ, уменьшающе просвѣтъ трубы; кратковременное набуханіе слизистой оболочки трубы, болѣе низкое положеніе брюшиннаго конца сравнительно съ маточнымъ концомъ ея (*Pallen Freund*); недоразвившіяся (инфантильныя) трубы съ ихъ загибами и пр.

На основаніи литературныхъ же данныхъ авторъ дѣлаетъ классификацію разныхъ видовъ вѣматочной беременности: 1) *graviditas tubaria*; 2) *gravid. ovarialis* и 3) *gravid. abdominalis*, при чемъ *tubaria* онъ подраздѣляетъ на: а) *gravid. tubaria propria*, б) *gravid. tubo—uterina s. interstitialis*, в) *gravid tubo—abdominalis* и г) *tubo—ovarialis*, заявляя, что по авторамъ, *gr. tubaria propria* есть самая частая форма вѣматочной беременности. Существованіе *gravid. ovarialis* и *gravid. abdominalis* одно время оспаривалось, но теперь онѣ обѣ безусловно доказаны и всѣми признаны. Сдѣлавши этотъ очеркъ, авторъ излагаетъ исторію вѣматочнаго имъ случая.

2 мая 1891 г. поступила больная, 24 л., менструирующая съ 16 л. правильно черезъ 4 нед. по 3—5 дня. Замужъ вышла 21 г. и на первомъ же году родила доношеннаго ребенка. Роды шли двое сутокъ; послѣдъ удаленъ искусственно. Послѣ родовъ болѣла 2 мѣсяца и послѣ того все время хворала. Послѣ родовъ крови держались по 6—7 дней, были болѣе обильными, но срочны. За 10 недѣль до поступленія были послѣднія крови и вскорѣ больная почувствовала себя беременной, но при этомъ появились боли внизу живота, въ крестцѣ, вздутость живота и запоры. За двѣ недѣли до поступленія явились кровавыя пятна и боли живота обострились настолько, что уложили больную въ постель, и въ послѣдніе два дня было нѣсколько обмороковъ; жалуются на боли въ животѣ, крестцѣ, частые позывы мочиться и на слабость.

Больная средняго тѣлосложенія. блѣдна, пульсъ 96, малъ, дыханіе поверхностное, животъ умеренно вздутъ, слегка болѣзненъ, но боль сильна въ правомъ *hypo-gastrium*, которое значительно нацряжено, приглушенный звукъ внизу живота и тупой слѣвъ въ *hypo-gastrium*. Изъ рукава небольшія кровавыя отдѣленія, стѣнки его рыхлы и мягки; *portio vaginalis* обращена къзади; тѣло въ дѣтскій кулакъ, мало подвижно, сливается съ неясно ограниченою припухlostью у правой широкой связки, правый и задній своды напряжены и очень чувствительны. 3 мая ночью послѣ потужныхъ болей съ небольшими кровями выдѣлилась *decidua*.

6 мая у больной легкая желтуха кожи. Надъ правой пупартовой связкой на 4 пальца выступает ограниченная, тѣстоватая, малочувствительная опухоль, которая при внутреннемъ изслѣдованіи оказывается принадлежащею правой широкой связкѣ. Матка стала меньше, отодвинута слегка влѣво, подвижнѣе, зѣвъ закрытъ, небольшое кровянистое отдѣленіе изъ рукава.

До 20 мая больная жаловалась на боли внизу живота и колотье въ боку. Опухоль за это время заняла почти весь hypogastrium, имѣетъ круглую форму, плотно-эластическую консистенцію и въ нижней части бугриста, чувствительна и неподвижна. Влагалищная часть обращена къзади и вправо, тѣло матки окружено опухолью и отдѣльно прощупать его нельзя.

3 іюня показались въ небольшомъ количествѣ крови, а 5—рвота, длившаяся до 13 числа.

18 іюня снова явились крови. Опухоль болѣе подвижна, величиною въ кулакъ. Portio vaginalis прижата книзу влѣво.

2 іюля 38,6, наружно опухоль больше кулака, расположена подъ правой пупартовой связкой, нечувствительна. Тонъ здѣсь тупой. Двуручно найдено: опухоль малоподвижна, безболѣзненна, занимаетъ широкую маточную связку и цилиндрическимъ отросткомъ располагается позади правой горизонтальной вѣтви лобковой кости. Лѣвый край ея сращенъ съ маткой, тѣло которой рыхло, безъ рѣзкихъ контуровъ и отодвинуто влѣво. Влагалищная часть сдвинута внизъ и слегка вправо.

Отъ оперативной помощи больная наотрѣзъ отказалась и переведена на лиманъ. За это время лѣченіе было противовоспалительное, разрѣшающее и припадочное. Въ теченіи 6 н. проведенныхъ больною на лиманѣ опухоль значительно выросла и за двѣ недѣли до выхода стала чувствовать шевеленіе плода.

Въ началѣ осени у больной найдено: опухоль по средней линіи и стоитъ выше пупка, слышно сердцебіеніе плода, матка рыхла, величиною отвѣчаетъ 3 мѣсяцамъ беременности.

Въ концѣ ноября явились родовыя боли и длились около двухъ сутокъ, явилось молоко въ грудяхъ, а изъ матки выдѣлялось большое количество крови, которое длилось недѣлю. Съ прекращеніемъ схватокъ исчезло движеніе плода.

31 декабря 1891 г. при поступленіи снова въ больницу найдено: на видъ здорова, всѣ отправленія нормальны, только при дефекаціи легкія схватывающія боли въ животѣ. Вся нижняя часть живота занята круглою, гладкою, плотно-эластическою, безболѣзненною опухолью, стоящею на 2 пальца выше пупка, а нижнимъ краемъ упирается въ лонную дугу, отъ которой съ нѣкоторымъ насиліемъ можетъ быть приподнята немного кверху, но въ стороны движеніе очень ограничено. Тонъ по опухоли тупой, съ боковъ и сверху тимпаничный. Наибольшая окружность живота по опухоли 86 ст. Входъ въ рукавъ слегка гиперемированъ, слизистая рукава слегка темно-фіолетовая, разрыхлена, изъ рукава выдѣляется немного серозно-кровянистой жидкости. Portio vaginal. по срединной линіи слегка отодвинуто къ крестцу, зѣвъ слегка приоткрытъ. Матка небольшая, въ anteflexio, слегка

подвижна и прилегаетъ задней стороною къ нижнепередней части опухоли, вдающейся въ малый тазъ. Т° нормальна, пульсъ 80. Моча мутная отъ содержанія фосфорно-кислыхъ солей.

8 февраля 1892 г. наканунѣ операциі больная вдругъ почувствовала сильную боль во всемъ животѣ и подпирание подъ ложечку, область epigastrii вздулась. Пульсъ сталъ малъ и частъ.

Операция. Опухоль оказалась слабо склеенною съ сальникомъ, верхняя периферія не свободна, свѣжія сращенія легко удалены рукой, но въ лѣвой подвздошной оказались сращенія съ S-gomatum, разорванныя пальцами, при чемъ выдѣлилась жидкость, смѣшанная съ бѣлыми гнойвидными хлопьями. Стѣнка мѣшка оказалась здѣсь продыравленною въ нѣсколькихъ мѣстахъ и покрытою плотно сидящимъ фибринознымъ налетомъ. Отверстія внутри прикрыты прижатою къ нимъ головкою плода. Справа при отдѣленіи пальцами сращеній брызнуло немного прозрачной жидкости. Кзади сращенія болѣе крѣпкія, въ видѣ тяжей, перерѣзаны между двумя лигатурами. Стѣнки мѣшка оказались здѣсь покрытыми концентрическими рядами соединительнотканыхъ слоевъ. Выведенный мѣшокъ сидѣлъ на короткой и широкой ножкѣ, въ которой заключалась правая трубка, перерѣзанная между лигатурами. По перерѣзкѣ сращеній съ маткою, послѣ наложенія лигатуры мѣшокъ удаленъ. Дугласово пространство было свободно, придатки не изслѣдованы за массою ложныхъ оболочекъ. Рана послѣ туалета брюшной полости зашита глубокими и поверхностными швами; въ нижнемъ ея углу заложенъ стеклянный съ іодоформ. марлей дренажъ, идущій въ Дугласово пространство, а между 2 и 3 швами снизу выведена изъ лѣвой подвздошной полоска іодоформенной марли. Пульсъ при операциі былъ очень малъ, а къ концу и совсѣмъ не ощутимъ. Послѣ пробужденія пульсъ поднялся. Къ вечеру тяжесть въ груди и мучительный кашель.

Опухоль представляла мѣшокъ въ большую голову. Наружная поверхность ея покрыта разной толщины ложными перепонками. На нижней лѣвой периферіи найдены отверстія, неправильно изорванной формы, прикрыты прилегающей головкою. Въ мѣшкѣ найдено немного околоплодной жидкости съ vernix caseosa. Плодъ доношенный, не мацерированный, съ нормальнымъ членорасположеніемъ, оказался въ первомъ положеніи, плотно охваченный мѣшкомъ. Головка и верхняя часть тѣла покрыты толстымъ слоемъ vernix caseosa; длина его (дѣвочка) 39, наибольшая окружность головки 33 и длина пуповины 38 см.

Течение лихорадочное, т° в. до 38, 6, при пульсѣ до 120. На 6 сутки швы сняты, изъ укуловъ идетъ гной. На 11 день рана внизу разошлась на 3 пальца, т° в. 39. 29 февраля помѣчено новое расхожденіе раны, а 2 марта подъ кокаиномъ по освѣженіи краевъ положенъ матрасный шовъ, а въ нижній уголъ раны вмѣсто дренажа введены кетгутуовыя нити. 9 марта снова помѣчено расхожденіе раны и рвоты. 12 марта помѣчено паденіе т°, а 1½ мѣсяца спустя рана зарубцевалась, и при выпискѣ больная имѣла совершенно здоровый видъ. Разбирая признаки болѣзни, авторъ ставитъ

вѣроятный діагнозъ правосторонней абортивной трубной беременности, что и подтвердилось какъ теченіемъ ея, такъ и операціей.

Излагая вопросъ о лѣченіи вѣматочной беременности, авторъ, согласно съ большинствомъ авторовъ, различаетъ 3 періода ея: 1) до жизнеспособности плода, 2) отъ жизнеспособности до смерти плода или до нормальнаго срока беременности и 3) послѣ смерти плода или нормальнаго срока окончанія беременности. Сообразно съ этимъ онъ, приводя статистику авторовъ, перечисляетъ способы лѣченія. Чтобы сдѣлать вѣматочную беременность безвредною, надо или убить плодъ или удалить его. *Проколъ плоднаго мѣшка* опасенъ кровотеченіями и часто не достигаетъ цѣли, ибо плодъ продолжаетъ жить. *Вырыскиваніе морфія* не всегда убиваетъ плодъ, и иногда отравляетъ мать. Электричество достигаетъ цѣли только до 4 мѣсяцевъ, а позднѣе оно ненадежно. Самымъ надежнымъ, хотя и опаснымъ способомъ является ранняя laparotomia, которую въ первый разъ примѣнилъ въ 1883 г. *Ф. Veit*, а всего имъ до 1890 г. сдѣлано 16 лапаротомій съ потерей 2 больныхъ. Такимъ образомъ вопросъ о примѣненіи чревосѣченія въ раннемъ періодѣ не осложненной вѣматочной беременности рѣшенъ, но авторы расходятся во взглядахъ на осложненную разрывомъ плоднаго мѣшка. Одни считали такіе случаи за что то въ родѣ *poli me tangere*, ибо оперировать такихъ анемичныхъ опасно; другіе выжидали, считывая, что всосавшись кровь возстановитъ силы больной, и можетъ наступить произвольное излѣченіе; указывалось на трудность операцій безъ приготовленія, гдѣ придется, безъ антисептики, что, пока дѣлается лапаротомія, больная можетъ умереть отъ анеміи и проч.; все это заставило признать право гражданства за операціей и въ подтвержденіе приводится статистика, собранная *Schantz*, въ которой помѣщено 121 случай операцій при разрывѣ съ внутреннимъ кровотеченіемъ, съ потерей 19 женщинъ, тогда какъ безъ операцій умерло 115 и выздоровѣло 7. Спѣшить особенно съ операціей при разрывѣ, кромѣ очень рѣдкихъ случаевъ, и приводить какъ доказательство, что, пока сдѣлана будетъ операція, больная умретъ, — нельзя, ибо ранній срокъ наступленія смерти 16 ч.

Разногласіе авторовъ при осложненной вѣматочной беременности въ болѣе позднемъ періодѣ ея еще значительнѣе. Одни совѣтуютъ выжидать, ибо опасность отъ разрыва уже миновала, но выжиданіе, въ случаѣ интралигаментарнаго развитія беременности, не выгодно для операцій; поэтому многіе авторитеты высказываются за операцію. Послѣ 30 недѣль вѣматочный плодъ жизнеспособенъ. По этому пункту одни, боясь кровотеченій, если случайно разрывъ пройдетъ по плацентѣ, совѣтуютъ ждать смерти плода, и вѣрность своего положенія подкрѣпляютъ статистикой смертей при операціяхъ при живомъ и мертвомъ плодѣ, другіе ставятъ операцію обязательною, разъ плодъ жизнеспособенъ, и подкрѣпляютъ свой взглядъ новѣйшей статистикой, давшей хорошіе результаты. Авторъ только считаетъ необходимымъ для спасенія плода вскрывать мѣшокъ только послѣ полнаго освобожденія его и послѣ предварительной перевязки *ligamentum infundibulopelvicum* съ идущими въ немъ *vasa spermatica*, и анастомозы между *arteria uterina* и *spermatica*,

въ свободномъ мѣшкѣ легче прощупать плаценту и обойти ее при разрѣзѣ, а сосудовъ для газообмѣна плода еще будетъ достаточно.

Старые врачи, въ случаѣ смерти плода, чаще ожидали петрификаціи (lithopedion) его и ничего не предпринимали, но теперь, въ виду массы фактовъ гибели больныхъ при нагноеніи отъ истощенія, піэміи и септицеміи, установился взглядъ оперировать, какъ только установлена смерть плода, ибо иначе ложные роды могутъ вызвать разрывъ мѣшка съ грозными его послѣдствіями. По минованіи же бурныхъ явленій родовъ, при хорошемъ состояніи больной, слѣдуетъ ждать операции до заустѣвнія сосудовъ плаценты, каковое наступаетъ спустя 6—8 недѣль по смерти плода.

А. Заболотскій.

54. E. Roos. Fall af ektopiskt hafvandeskap. Laparotomi. Helsingfors. (Finska läkaresällskapetets handlingar, 1892, № 10). Случай внѣматочной беременности. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.

Большая, 32 лѣтъ, явилась къ автору въ концѣ мая съ подозрѣніемъ на какую-то опухоль живота. Замужемъ 6 лѣтъ, беременна не была. Съ конца прошлаго года стала страдать кровотечениями и болями внизу живота. При изслѣдованіи больная оказалась хорошо упитанной женщиной. Въ животѣ прощупывается опухоль, заходящая на 3 пальца выше пупка и напоминающая при изслѣдованіи беременную матку; спинка плода вправо, мелкія части влѣво. Сердцебіеніе удалось слышать лишь самое короткое время, справа отъ пупка, а при повторной аускультациі и вовсе не было слышно. Влагалищная часть мягка и разрыхлена. Въ переднемъ и заднемъ сводѣ ощущается сопротивленіе, болѣе мягкое, чѣмъ головка плода. Диагнозъ: беременность, осложненная предлежаніемъ дѣтскаго мѣста или эндометритомъ.

Состояніе пациентки было удовлетворительно до 12 іюня, когда она внезапно почувствовала сильныя боли и схватки. Призванный врачъ опредѣлялъ разрывъ плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности, которую онъ подозрѣвалъ ужъ и раньше, такъ какъ въ концѣ декабря, при изслѣдованіи больной, онъ нашелъ у нея въ правомъ подчревіи опухоль, величиной съ куриное яйцо, характеръ которой онъ тогда опредѣлить не могъ. Больная блѣдна, въ колѣпцѣ; частая рвота.

По перенесеніи ея въ больницу, произведено чревосѣченіе чрезъ 5 часовъ послѣ начала болей. Разрѣзъ живота отъ симфиза почти до мечевиднаго отростка. Въ полости живота очень много частью жидкой, частью свернувшейся крови.

Въ нижней половинѣ раны выступало яйцо въ видѣ гладкой, темно-синей опухоли, имѣвшей въ лѣвой своей стѣнкѣ маленькое, сильно кровоточившее отверстіе. Сальникъ прирощенъ къ верхней и передней поверхности яйца и снабжаетъ его довольно большими сосудами. Сращения быстро разрушены, послѣ чего яйцо, лежавшее между кишечными петлями, совершенно легко и вполне вылушено. Мертвый плодъ конца 7-го или начала 8-го мѣсяца; плацента атрофирована. Яйцо лежало непосредственно надъ маткой и придатками, нѣсколько вправо. Отъ нихъ оно отдѣлялось ложными перепонками, не