

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

МАЙ 1893, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

IX.

КЪ УЧЕНІЮ О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРИКРѢП- ЛЕНІЕ ПЛОДА КЪ ФИБРОЗНОЙ ОПУХОЛИ).

Прив. доц. А. Н. Соловьева.

(Читано 19 марта 1893 г. въ засѣданіи Московскаго Хирург. Общества).

5 февраля сего года я былъ приглашенъ г.г. врачами *С. О. Маньковскимъ* и *Н. А. Скворцовымъ* для совѣта по поводу одного случая внѣматочной беременности. Наканунѣ, т. е. 4 февраля у больной, жены офицера, г-жи Х., было внутреннее кровотеченіе, послѣ котораго развилась острая анемія съ потерей пульса и обморочнымъ состояніемъ. Благодаря принятымъ со стороны г.г. врачей мѣрамъ, пульсъ у больной появился и съ 3-хъ часовъ утра держался на извѣстной высотѣ отъ 120—130 въ 1 м. Я увидалъ больную около 1 часа дня. Она была малокровна, наружные покровы съ желтоватымъ оттѣнкомъ, видимая слизистая оболочка почти бѣлаго цвѣта, пульсъ крайне слабаго наполненія, около 130 въ 1 м. Животъ сильно вздутъ, болѣзненъ при дотрогиваніи. При внутреннемъ изслѣдованіи задній сводъ нѣсколько напряженъ, матка вялая, пріоткрыта. Изъ ея полости выдѣляется кровь съ небольшими клочьями ткани, сходной съ decidua. Больная въ сознаніи, жалуется на чувство стѣсненія въ груди, тошноту и жажду.

Изъ анамнеза, любезно доставленнаго мнѣ докторомъ *С. О. Маньковскимъ* видно, что больной 33 года, первыя регулы получила на 15-мъ году; менструировала всегда правильно, черезъ 17 дней и по 5—6 дней. Замужъ вышла на 18 году. До настоящаго заболѣванія имѣла двое родовъ; роды были правильны, послѣдніе около двухъ лѣтъ тому назадъ.

До замужества страдала болями въ области сердца, которыя исчезли отъ пріемовъ бромистыхъ солей. Однимъ изъ главныхъ страданій больной

какъ до замужества, такъ и послѣ него—это внезапно появившіяся и скоропроходящія, схваткообразныя боли въ животѣ, доводившія больную чуть-ли не до обмороковъ. Въ 1886 году, слѣдовательно еще въ дѣвухахъ, боли эти были настолько сильными, что пришлось прибѣгнуть къ врачебной помощи, при чемъ больная пролежала нѣсколько дней. Причины этихъ схватокъ врачами тогда опредѣлены не были. Кромѣ того больная страдала неправильностями со стороны желудочно-кишечнаго канала, выражавшимися то запорами, то поносами. Сонъ былъ всегда тревожнымъ. Въ общемъ больная никогда не пользовалась хорошимъ здоровьемъ.

Мать больной жива и здорова. Отецъ умеръ въ преклонномъ возрастѣ отъ страданія печени. У бабушки и матери было много дѣтей и всѣ роды были правильны.

Во время настоящей третьей беременности г-жа Х. чувствовала себя лучше, чѣмъ въ предшествовавшія, такъ какъ тошнота и рвота были не такъ сильны и продолжительны, какъ предыдущія. Въмѣсто этого настоящая беременность сопровождалась *болями въ лѣвой сторонѣ низа живота*. Больная считала себя беременною на пятомъ мѣсяцѣ.

3-го февраля вечеромъ г-жа Х. подняла своего ребенка и, почувствовавъ внезапную боль внизу живота, легла. Прележавъ нѣкоторое время, по успокоеніи болей поѣхала въ гости, гдѣ танцевала.

4-го февраля, т. е. на другой день до 10-ти часовъ утра чувствовала себя здоровою, возилась около комода до тѣхъ поръ, пока выдвинувъ ящикъ внезапно почувствовала головокруженіе, сейчасъ же легла въ постель. Приглашенный врачъ Н. А. Скворцовъ нашелъ больную безъ пульса, съ полной картиной остраго малокровія. Въ 3 часа пріѣхалъ домашній врачъ С. Ѳ. Маньковский, который нашелъ больную съ появившимся пульсомъ. Лѣчение состояло въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ возбуждающихъ средствъ. Съ часа ночи производились впрыскиванія подъ кожу въ области груди физиологическаго раствора поваренной соли, вслѣдствіе чего въ мѣстѣ впрыскиванія появилась довольно значительная пигментация кожи, въ видѣ темно-бурого цвѣта пятна, величиною въ ладонь. Черезъ часъ послѣ начала впрыскиваній поваренной соли, пульсъ значительно оправился, сдѣлался хорошо прощупываемымъ и больная окончательно пришла въ сознаніе. Еще съ 11-ти часовъ ночи рѣзко выступили явленія peritonitidis, въ видѣ сильнаго вздутія живота, его болѣзненности при дотрогиваніи и повторной рвоты.

Что касается до діагноза, то уже присутствовавшіе до меня врачи С. Ѳ. Маньковский и Н. А. Скворцовъ опредѣлили внутреннее кровотеченіе, вслѣдствіе разрыва плодоемѣстища при эктопической беременности. Этотъ діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ выдѣлившихся съ кровью обрывковъ ткани, оказавшихся по строенію кусками отпадающей оболочки.

Какъ уже выше сказано, я былъ приглашенъ товарищами для совмѣстнаго рѣшенія вопроса о дальнѣйшемъ лѣченіи больной, т. е. держаться ли выжидательнаго способа лѣченія или же приступить къ лапаротоміи для удаленія плода, находящагося вѣроятно въ брюшной полости.

Такъ какъ о переѣздѣ больной въ какое либо, подходящее для операціи, помѣщеніе не могло быть и рѣчи, то я предложилъ операцію, отложивши ее до слѣдующаго дня, если больная доживетъ или по крайней мѣрѣ если состояніе ея не ухудшится. Предпринимать лапаротомию въ частной, довольно тѣсной квартирѣ можно было конечно приготовивши хотя бы одну комнату, сообразно съ нашими требованіями.

Съ этою цѣлью одна, самая большая и болѣе свѣтлая комната была переклеена новыми обоями, а въ день операціи, въ теченіи двухъ часовъ опылялась парами карболовой кислоты (посредствомъ пароваго Spray).

Около 1 часа по полудни 6 февраля приступлено къ лапаротоміи съ помощью докторовъ С. Ф. Маньковского, Ф. О. Ратомскаго, И. М. Серебровскаго и Н. А. Скворцова. Больная легко захлороформирована. Инструменты были опущены въ 2% растворъ *acidi carbolicі*, а перевязочный матеріалъ былъ мною привезенъ стерилизованнымъ.

Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ до брюшины, черезъ послѣднюю можно было видѣть просвѣчивающую темнаго цвѣта кровь, свободно лежавшую въ полости живота. Брюшина вскрыта въ нижнемъ углу раны по зонду, послѣ чего введенными въ рану двумя пальцами я могъ прощупать мелкія части плода, свободно лежавшаго въ полости живота на уровнѣ входа въ тазъ.

Вскрывши брюшину сверху, я извлекъ зародышъ наружу, при чемъ онъ оказался завернутымъ въ оболочки. Пуповина отдѣлилась отъ мѣста своего плацентарнаго прикрѣпленія. Затѣмъ удалено большое количество темныхъ сгустковъ крови, послѣ чего удалось прощупать съ лѣвой стороны матки въ области фаллопиевой трубы, довольно плотное тѣло, величиною въ средній лимонъ, съ одною шероховатою поверхностью, обращенною въ полость живота иверху; къ этой шероховатой поверхности повидимому прикрѣплялась пуповина. Это тѣло было выведено наружу и оказалось снабженнымъ довольно широкою ножкою. Яичникъ оказался неувеличеннымъ и гладкимъ. Сбоку опухоли въ верхней ея части замѣчена, болѣе темнаго цвѣта, тесьма, толщиною въ гусиное перо, принятая нами за часть фаллопиевой трубы.

Имѣя въ виду слабость больной, мы не теряли времени для болѣе подробнаго осмотра и приступили къ удаленію вышеупомянутаго плотнаго тѣла. При перевязкѣ широкой ножки лигатурами оказалось, что наружные ея края держатся лигатурами крѣпко, между тѣмъ какъ промежуточная болѣе тонкая часть ножки (*lig. latum*) *прорѣзывалась лигатурами при малѣйшемъ ихъ натягиваніи.*

Послѣ продолжительныхъ попытокъ все таки удалось наложить здѣсь лигатуры, хотя уже очень глубоко. Эта ткань, т. е. широкая связка была очень отечна, ломка, напоминая свойства злокачественнаго новообразованія при наложеніи на него лигатуръ. Помимо частичныхъ лигатуръ *en masse* на кровотокающій участокъ ножки наложенъ еще обвивной шовъ.

Остановивши кровотеченіе, мы приступили къ промыванію полости брюшины нормальнымъ растворомъ поваренной соли, при чемъ удалено еще

громадное количество сгустковъ, лежавшихъ между петлями тонкихъ кишекъ и затѣмъ полость брюшины осушена стерилизованными салфетками. Серозная оболочка, сильно растянутаго газами кишечника представлялась блестящею и темно-краснаго цвѣта.

Операція окончена введеніемъ дренажа въ нижній уголъ брюшной раны и закрытіемъ ея тремя глубокими металлическими и нѣсколькими шелковыми, поверхностными швами. Повязка изъ іодоформенной марли и стерилизованной ваты, укрѣпленной марлевыми бинтами. Вся операція вмѣстѣ съ хлороформированіемъ продолжалась около часа.

Послѣоперационный періодъ. Въ теченіе полутора сутокъ изъ дренажа выдѣлялось довольно значительное количество кровяной жидкости; на третій день оно почти совсѣмъ прекратилось. Метеоризмъ все болѣе и болѣе увеличивался, сопровождаясь рвотою, вмѣстѣ съ которою однажды выдѣлилась круглая глиста (*asc. lumbric.*); рвотныя изверженія имѣли каловый запахъ. На третій день поставлена клизма, съ которою вышло довольно значительное количество газовъ. На 4-й день самочувствіе больной довольно недурно; температура въ теченіе всего времени не достигала 37,0, но пульсъ колебался между 110—130 ударами въ 1 м. Рвота продолжается. Брюшная рана чиста.

На пятый день я прѣхалъ къ больной для перемѣны повязки. Оказалось что въ ночь, при явленіяхъ рвоты, наступилъ колапсъ; метеоризмъ усилился, температура 36,5, больная бредитъ, пульсъ слабъ. Къ вечеру больная скончалась. Аутопсін не было.

Представляя вниманію Общества описаніе этого случая, я позволю себѣ коснуться лѣченія эктопической беременности *послѣ* разрыва плодовмѣстилица.

Какъ извѣстно не всѣ врачи согласны между собою относительно времени, когда слѣдуетъ приступать къ лапаротоміи для извлеченія плода изъ брюшной полости при разрывѣ плодоваго мѣшка, т. е. сейчасъ же послѣ разрыва или же, сообразуясь съ симптомами, вызванными этимъ явленіемъ. Рѣшеніе этого вопроса однако весьма существенно, потому что случаи эктопической беременности, представляющіеся наблюденію врачей все болѣе и болѣе учащаются. Чѣмъ объяснить это явленіе—сказать очень трудно, хотя нужно думать, что оно обязано усовершенствованію нашихъ діагностическихъ пріемовъ съ одной стороны и увеличенію нашихъ научныхъ свѣдѣній съ другой. Въ доказательство можно привести напримѣръ фактъ, что рядомъ съ учащеніемъ наблюденій случаевъ эктопической беременности все рѣже и рѣже приходится слышать и видѣть случаи такъ называемый *haematocoele retrouterina*. Смѣшеніе послѣдняго заболѣванія съ внѣ-

маточною беременностью въ недавнее прошлое время можно считать очень возможнымъ и вѣроятнымъ, хотя у насъ и нѣтъ цифровыхъ данныхъ, которыми можно было бы доказать это предположеніе.

Играетъ ли роль въ большей частотѣ наблюдений случаевъ внѣматочной беременности—учащеніе заболѣваний женской половой сферы, въ видѣ воспалительныхъ процессовъ какъ самихъ трубъ и яичниковъ, такъ и окружающей ихъ клѣтчатки — сказать съ положительною нельзя. Причиною этого также служить отсутствіе данныхъ для сравненія указанныхъ заболѣваній между собою въ настоящее и прошедшее время. Въ самомъ дѣлѣ, какимъ образомъ доказать на примѣръ, что гонорейныя заболѣванія встрѣчаются теперь чаще, чѣмъ прежде, какъ это предполагаютъ нѣкоторые изъ врачей.

И такъ, по нашему мнѣнію, больше вѣроятія имѣть за себя объясненіе, что съ развитіемъ медицинскихъ свѣдѣній съ одной стороны и усовершенствованіемъ нашихъ діагностическихъ приѣмовъ съ другой, мы можемъ лучше ставить діагнозъ эктопической беременности.

Несмотря однако на все это можно сказать, что случаи *несомнѣнной* діагностики внѣматочной беременности встрѣчаются сравнительно нечасто. Смѣшеніе этого явленія въ первые мѣсяцы съ опухолями трубъ, яичниковъ и окружающей ихъ клѣтчатки вѣроятно нерѣдки, особенно тогда, когда эктопическая беременность рано прекращаетъ свое развитіе, вслѣдствіе смерти зародыша. Такіе случаи при отсутствіи у больной какихъ либо симптомовъ, вызываемыхъ этимъ состояніемъ, должны ускользать отъ наблюденія врачей.

Что же касается до діагноза эктопической беременности послѣ разрыва плодовмѣстности, то въ настоящее время онъ въ большинствѣ случаевъ представляется не особенно труднымъ, если мы будемъ имѣть дѣло съ внезапно появившейся острой анеміей у больной, считавшей себя беременной,

Когда врачъ встрѣчается съ такимъ чистымъ случаемъ, какъ это было напр. въ нашемъ, то первую задачею будутъ заботы объ устраненіи вызваннаго внутреннимъ кровотеченіемъ шока и остановка этого послѣдняго, а второю—предупрежденіе перитонита.

И то, и другое происходит иногда силами природы, что и служить причиною того, что существуютъ защитники выжидательнаго метода лѣченія. Несомнѣнно, однако, что смертность при этомъ способѣ лѣченія громадна.

Для трубной беременности напр. по *Hecker*'у ¹⁾ эта смертность равняется приблизительно 100%, потому что изъ собранныхъ имъ 53 случаевъ выздоровѣла только одна больная, которая въ 1848 г. заболѣла признаками внутренняго кровотечения, а въ 1854 году, послѣ смерти отъ гангренозной пневмоніи, трупъ ея подвергся вскрытію, произведенному проф. *R. Virchow*'ымъ; при этомъ въ полости живота найденъ *litopaedion* послѣ трубной беременности.

Въ нашей литературѣ мы имѣемъ работу *Змигородскаго* ²⁾, въ которой сдѣланъ очень полный обзоръ всѣхъ сочиненій по вопросу объ эктопической беременности. Изъ этого обзора видно, что попытки къ уменьшенію вышеуказанной громадной смертности путемъ болѣе рациональнаго лѣченія относятся ко второй половинѣ текущаго столѣтія.

Какъ я уже сказалъ выше, мы здѣсь не будемъ касаться вопроса лѣченія внѣматочной беременности до разрыва плодовместилища, гдѣ при несомнѣнной діагностикѣ подобнаго страданія существуютъ различные методы, клонящіеся главнымъ образомъ къ умерщвленію плода, хотя, по нашему мнѣнію, оперативное удаленіе будетъ наиболѣе рациональнымъ. Справедливость послѣдняго доказывается данными, полученными, напр., *Д. О. Оттомъ* ³⁾.

По изслѣдованіямъ *К. Змигородскаго* видно, что до 1875 года никто не рѣшался приступать къ производству такой рискованной операціи, при чемъ у *Parry* встрѣчается выраженіе, что до самаго послѣдняго времени раздавались почти единогласно голоса противъ этого рода предпріятія. Однимъ изъ противниковъ операціи для остановки кровотечения вскорѣ послѣ разрыва мѣшка былъ *Veit*, при чемъ онъ говорилъ, что не нашелъ въ

¹⁾ Monatschr. f. Geb. V. XIII, стр. 87.

²⁾ Къ ученію о внѣматочной беременности 1886 г. изъ акуш. клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

³⁾ См. «Врачъ» 1893 №№ 1, 2 и т. д.

литературѣ ни одного случая, гдѣ бы этимъ путемъ спасена была жизнь больной.

Времена теперь измѣнились, и по статистикѣ, собранной *К. Змигородскимъ*, мы видимъ, что въ 20 случаяхъ лапаротоміи при разрывѣ мѣшка, только 9 окончились смертью.

Lawson Tait ¹⁾ въ теченіе 1884 и 1885 годовъ оперировалъ 5 разъ и въ 4-хъ получилъ благопріятный результатъ.

Эти данныя конечно значительно ободряютъ къ производству ранней операціи, хотя далеко еще не всѣ врачи въ этомъ отношеніи согласны между собою.

Къ числу горячихъ защитниковъ ранней лапаротоміи принадлежитъ *Schwartz* ²⁾, который произвелъ лапаротомію у больной—настолько слабой, что при разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ буквально не вытекло ни капли крови и больная скоро оправилась отъ *schok'a*, а затѣмъ выздоровѣла. Въ дебатахъ по этому вопросу принимали участіе многіе выдающіеся гинекологи Германіи: *Veit, Wiedow, Martin, Frömmel, Winkel, Löhlein* и др.

При этомъ интересенъ фактъ, отмѣченный *Wiedow*'ымъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ эктопической беременности при попыткахъ къ извлеченію мѣшка наружу, *мѣшокъ рвался*.

Для насъ это наблюденіе важно потому, что какъ видно изъ описанія произведенной мною операціи, широкая связка очень легко перерѣзывалась лигатурами, что служило большою помѣхою для остановки кровотечения.

Относительно показаній къ операціи при описываемыхъ нами условіяхъ, я позволю себѣ привести еще мнѣніе *Н. Fritsch'a* ³⁾. Говоря о показаніяхъ при эктопической беременности прежде разрѣза мѣшка, онъ держится того, что разъ діагнозъ ея установленъ, всегда слѣдуетъ приступить къ операціи. Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ въ случаяхъ угрожающаго жизни кровотечения, когда врачъ застаётъ больную съ высокой степенью анеміи, почти безъ пульса. Съ научной точки зрѣнія

¹⁾ Verhandlungen der deutsh. Geselsch., f. Gynaek 1888, стр. 74.

²⁾ L. c.

³⁾ Bericht über gynaek. Oper. 1893.

эти случаи просты, для практическаго же врача очень трудны. Научно нужно сказать себѣ, что при истеченіи кровью единственнымъ рачіональнымъ лѣченіемъ будетъ остановка кровотеченія, которая можетъ быть произведена только послѣ лапаротоміи. Такимъ образомъ если врачъ хочетъ помочь, то онъ долженъ приступить къ лапаротоміи.

Въ практикѣ дѣло стоитъ однако иначе. Здѣсь многое рѣшается не на правилахъ науки и высшей морали, а на основаніи своевременности или соображаясь съ обстоятельствами (*opportunität*). Такъ нѣкоторые изъ старыхъ врачей, обрѣзавшись на неблагодарности людей, недовѣрчиво относящихся къ новымъ методамъ, которыхъ они не понимаютъ, руководствуются при лѣченіи тѣмъ, что въ данное время сдѣлать легче. Они отстраняются отъ активного вмѣшательства и говорятъ, что имъ никто не сдѣлаетъ упрека, если больная, какъ отъ удара молніи, умретъ въ 24 часа; при дурномъ же исходѣ операціи публика обвиняетъ врача въ неправильномъ лѣченіи. Кромѣ того почти каждый практикъ видалъ прежде случаи произвольнаго выздоровленія. Такъ самъ *Fritsch* видѣлъ прежде случаи разрыва трубной беременности, гдѣ больныя оставались чалце жить, чѣмъ умирали. На этомъ основаніи нѣкоторые врачи, основываясь на своемъ опытѣ, будутъ правы, отвергая операцію.

И не смотря на это, по мнѣнію *Fritsch'a*, при угрожающемъ жизни кровотеченіи слѣдуетъ настоятельно совѣтовать операцію, потому что если это не удавалось прежде, то причиною служила неизвѣстность пути спасенія. Теперь извѣстны многія дюжины случаевъ, гдѣ жизнь спасена лапаротоміей. Выздоровленіе достигалось въ отчаянныхъ случаяхъ, несмотря на отсутствіе пульса, на невозможность оперировать чисто, несмотря на то, что, вслѣдствіе необходимости торопиться, приходилось оставлять большое количество кровяныхъ свертковъ. Такимъ образомъ теперь врачъ будетъ смотрѣть неправильно, если не укажетъ умирающей пути къ спасенію и не попытается спасти ее.

Я привелъ слова *Fritsch'a*, съ которымъ въ настоящее время вѣроятно согласно большинство гинекологовъ. По нашему мнѣнію, врачъ при встрѣчѣ съ такими случаями,

хотя въ принципѣ и будетъ держаться оперативной помощи, но кромѣ индивидуальности каждаго отдѣльнаго случая долженъ будетъ принимать во вниманіе и другія условія.

Благодаря любезности прозектора патологической анатоміи Московскаго университета *М. Н. Никифорова* я получилъ отъ него слѣдующее описаніе препарата отъ нашей больной.

«Онъ представляетъ изъ себя грушевидной формы, величиною въ куриное яйцо, кусокъ ткани, микроскопически напоминающій собою мезометрій, богатъ тонкостѣнными сосудами, покрытъ снаружи гладкой серозной оболочкой; у болѣе широкаго конца его находится погруженная на 1 см. въ ткань куска, рыхлая, ворсинчатая, напоминающая своимъ строеніемъ дѣтское мѣсто, масса, съ противоположной стороны сбоку куска прилежить и далѣе сливается съ его тканью, кругловатаго очертанія, длиной сантиметра полтора (отрѣзанный на свободномъ краю) придатокъ.

«Подъ микроскопомъ, ткань удаленнаго куска представляется состоящею изъ пучковъ гипертрофическихъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, между которыми находится большое количество кровеносныхъ сосудовъ. Придатокъ оказывается фаллопиевою трубою, ворсинчатая масса—дѣтскимъ мѣстомъ.

«Въ кускѣ нѣтъ полости, соответствующей каналу матки; *труба проходитъ сбоку, затѣмъ погружается въ ткань куска, но и тамъ идетъ близко къ его краю.*

«Можно думать, что удаленный кусокъ представляетъ изъ себя помѣстившійся *in fondo*, близко къ одной изъ трубъ, узелъ подсерозной міомы, на которой произошло развитіе дѣтскаго мѣста (*graviditas abdominalis*). Этотъ узелъ подъ вліяніемъ беременности гипертрофировался, разросся, отгѣснивъ трубку и былъ удаленъ съ частью ея.

«Дать другое толкованіе въ виду неопредѣленности прижизненныхъ данныхъ очень затруднительно».

Къ этому послѣднему мнѣнію *М. Н. Никифорова* я прибавлю, что къ сожалѣнію аутопсія произведена не была, хотя и безъ вскрытія ясно, что мы имѣли дѣло съ *внѣматочной брюшной беременностью, при чемъ зародышъ прикрѣпился къ фиброзной опухоли, лежавшей въ широкой связкѣ.*

Я уже выше сказалъ, что ломкость ткани при накладываніи лигатуръ на основаніе опухоли (широкая связка) напоминала ломкость, встрѣчающуюся при злокачественныхъ новообразованіяхъ. Оказалось однако, что сдѣланные *М. Н. Никифоровымъ* разрѣзы показали, что

ткань опухоли состояла изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, что и подтвердило предварительно высказанное мною уважаемому товарищу предположеніе, что этотъ кусокъ былъ фиброзою опухолью. Ломкость же основанія опухоли зависѣла вообще отъ измѣненій, вызываемыхъ вѣматозною беременностью, какъ это отмѣчаетъ *Wiedow* ¹⁾),

Насколько мнѣ извѣстно, нашъ случай представляется совершенно новымъ. По крайней мѣрѣ мнѣ ни разу не приходилось встрѣтить описанія, гдѣ бы зародышъ прикрѣплялся къ новообразованію. Для меня представляется интереснымъ особенно то обстоятельство, что кровотеченіе наступило только на 5-мъ мѣсяцѣ беременности, потому что оно могло быть только изъ сосудовъ дѣтскаго мѣста, прикрѣпленнаго къ подвижному новообразованію. Правда, плодъ былъ нѣсколько меньше, чѣмъ указываетъ больная, но этому можетъ служить объясненіе, что плодъ при *graviditas extrauterina* всегда менѣ развитъ. Въ нашемъ случаѣ было весьма ясно, что зародышъ былъ мужскаго пола.

Описанный случай кромѣ того говоритъ, по нашему мнѣнію, за раннюю лапаротомію, потому что здѣсь нѣтъ другой возможности остановить кровотеченія, кромѣ удаленія новообразованія, къ которому прикрѣпленъ плодъ. Думаю, что устранить *peritonitis* можно также только этимъ путемъ, потому что дѣтское мѣсто, обращенное въ полость брюшины и приращенное къ новообразованію должно почти безусловно вести къ гибели больной, если не будетъ быстро удалено.

Такъ какъ самымъ непріятнымъ осложненіемъ операциі въ нашемъ случаѣ оказалась ломкость ткани широкой связки при наложеніи лигатуръ, то можетъ быть при подобныхъ услояхъ лучше прижигать ножку каленымъ желѣзомъ или же тампонировать кровоточащее мѣсто, выводя конецъ во влагалище, какъ это совѣтуетъ *Д. О. Оттг.*

Въ общемъ можно сказать, что первичная лапаротомія послѣ разрыва плодомѣстилица представляетъ всѣ неудобства производства такихъ операций при неподходя-

¹⁾ L. c.

щихъ условіяхъ. Больныя же находятся въ такомъ состояніи, что о перемѣщеніи ихъ въ спеціально-хирургическія учрежденія не можетъ быть и рѣчи, а потому приходится довольствоваться тѣмъ, чтобъ по возможности привести частную квартиру въ болѣе или менѣе подходящія къ нашимъ требованіямъ условія. Къ сожалѣнію, это не всегда возможно.

X.

НѢСКОЛЬКО ЗАМѢЧАНІЙ ПО ПОВОДУ ТЕРАПІИ ВЫКИДЫША ТАМПОНАДОЙ.

Юл. Ос. Аншелесъ.

(Читано въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ 1892 г.).

Мм. Гг.! Оставляя въ сторонѣ научную сторону ученія о выкидышѣ, получившую достаточную степень развитія въ современномъ акушерствѣ, я позволю себѣ остановить ваше вниманіе на чисто практической лишь сторонѣ этого вопроса, касающейся терапіи выкидыша.

Слѣдя за ходомъ развитія терапевтическаго отдѣла научной медицины, нельзя не отмѣтить, что въ дѣлѣ научной оцѣнки методовъ врачебнаго вмѣшательства теряется постепенно характеръ субъективности, а таковая оцѣнка начинаетъ становиться въ полной зависимости отъ научно-обставленной доказательности въ дѣлѣ пригодности даннаго метода, причемъ и эта пригодность его должна быть точно по мѣрѣ возможности опредѣлена присущими показаніями и противопоказаніями. При правильной установкѣ послѣднихъ невольно теряется шаблонность въ методахъ лѣченія, столь характерная для добраго стараго времени, — да и въ наше еще время насчитывающая не малое число адептовъ среди врачей-практиковъ, не осмѣливающихся сбросить съ себя тяжкій гнетъ тысячелѣтней рутины.

Въ отдѣлѣ современной акушерской терапіи эта ру-