

Физиологическія разстройства выражаются аменорреей, наступающей или сразу, или чаще постепенно, иногда метроррагіями.

Ложнымъ метритомъ менопаузы надо назвать совокупность явлений, состоящихъ изъ приливовъ крови къ маткѣ съ болями въ поясницѣ или въ нижней части живота, при усиленіи отдѣленій изъ матки, часто гнойнаго характера; сюда-же относятся, далѣе, разстройства менструаціи въ видѣ меноррагіи и общія разстройства сопутствующія имъ.

Доказательствомъ тому, что всѣ эти явленія не зависятъ отъ истиннаго воспаленія матки служитъ то обстоятельство (по автору), что примѣненіе антисептическихъ средствъ здѣсь остается безъ результата.

Лѣчение сводится на гидротерапію (прохладные души, ванны, влагалитыя вяжущія спринцеванія и широкое примѣненіе противогнилостныхъ средствъ, для предохраненія отъ послѣдующаго зараженія). Фарадизація. Діета растительная и молочная у артритиковъ. Иодистый калий внутрь. *М. М. Мионовъ.*

23. Vinay. Du traitement des kystes de l'ovaire chez la femme enceinte. (Nouvelles archives, d'obstetrique et degynecologie. 25 Nov. 1893). **О лѣченіи яичниковыхъ кистъ у беременныхъ.**

Киста можетъ быть распознана либо во время беременности, либо во время родовъ. Каждый изъ этихъ случаевъ разбирается авторомъ отдѣльно.

А) У беременныхъ, по мнѣнію автора, энергичное вмѣшательство врача показано какъ при наступленіи угрожающихъ явлений разрыва или ущемленія кисты, такъ и въ отсутствіи оныхъ. Примѣняются слѣдующіе оперативные приемы: 1) прерываніе беременности, 2) пункція опухоли и 3) овариотомія.

1) Выкидышъ или преждевременныя роды имѣютъ только палліативное значеніе и часто отдаляютъ овариотомію только на нѣсколько дней. Статистика *Vetu*, касающаяся 11 наблюденій, показываетъ слѣдующее:

Матерей 3 умер.	Дѣтей	5 умерл.
„ 8 ост. въ живыхъ.	„	5 живыхъ.
		относ. 1 неизвѣстно.

Этотъ приемъ, по мнѣнію автора, допустимъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль по своему положенію недоступна для операціи или когда опухоль плотной консистенціи и сращена съ окружающими органами, такъ что ни пункція, ни выправленіе не даютъ результатовъ.

2) Пункція опухоли также имѣетъ только палліативное значеніе и къ тому-же часто осложняется такими обстоятельствами, какъ нагноеніе кисты, кровотеченія изъ ея стѣнки, пораненія матки, мочевого пузыря, кишекъ и не всегда предотвращаетъ преждевременныя роды. Авторъ приводитъ единственный случай *Pippingskjöld'a*, гдѣ пункція привела къ радикальному излѣченію. Результаты пункціи, по статистикѣ *Remy, Heyberg'a*, сопоставленной еще съ нѣсколькими случаями, кое гдѣ опубликованными, слѣдующіе:

30 ж. была произведена пункція 95 разъ.
2 ж. " " " нѣсколько разъ.

Результаты:

Нагноеніе кисты	7 разъ
Перитонитъ	1 "
Потуги появились въ промежуткѣ отъ 1 до 10 дней.	8 "
Смерть (въ томъ числѣ 1 оваріотомія)	5 "

Причины смерти:

Atlee. . Кажется, была проколота матка.
Necker. . Содержимое кисты было гнойнымъ до операціи.
Herrgott. . Нагноеніе, перитонитъ.
Atlee. . Нагноеніе, септикемія.
Velpeau. . Угрожающія (?) явленія.

3) Первые оваріотоміи у беременныхъ были произведены благодаря ошибокъ въ діагнозѣ (*Atlee, Spencer—Wells, Marion Sims* и др.) Въ настоящее время число оваріотомій, произведенныхъ въ этомъ періодѣ, весьма значительно. *Olshausen* въ своей работѣ о болѣзняхъ яичниковъ собралъ 82 случая, изъ которыхъ 74 увѣнчались успѣхомъ, что составляетъ смертность въ 9,75%.

Авторъ приводитъ статистику оваріотомій, при чемъ большинство случаевъ, собранныхъ имъ лично, относится ко времени послѣ 1880 года:

а) Одностороннія оваріотоміи:

<i>Olshausen</i>	26 случ. 0 смерт.	<i>Galabin</i>
<i>Schroeder</i>	15 " 0 "	<i>F. Barnes</i>
<i>L. Tait</i>	11 " 1 "	<i>Ohage</i>
<i>S. Wells</i>	10 " 1 "	<i>Staude</i>
<i>Engstroem</i>	7 " 0 "	<i>Helbrun</i>
<i>Omori</i>	5 " 0 "	<i>Chambers</i>
<i>Ykeda</i>		<i>Chiara</i>
<i>Laroyenne</i>	4 " 0 "	<i>Meinert</i>
<i>A. Poncet</i>	3 " 0 "	<i>Gersuny</i>
<i>Mundé</i>	3 " 1 "	<i>Angelini</i>

Всѣ по одному случаю безъ смертельныхъ исходовъ.

Lee	3 случ. 1 смерт.	Kalderini	} Всѣ по одному случаю безъ смертныхъ исхо- довъ.
Martin	2 " 0 "	Lodewijks	
Pippingskjöld	2 " 0 "	Küstner	
Kehrer	2 " 0 "	Thornton	
Frommel	2 " 0 "	Kezmarsky	
Красовскій	1 " 1 "	Storry	
		Кузнецовъ v. Wahl	

Такимъ образомъ, на 122 оваріотоміи—5 смертныхъ случаевъ, что составляетъ 4,09%. Эта цифра, конечно, оставляетъ за собою далеко цифры *Remy* (19%) и *Heiberg'a* (15%).

b) Двустороннія оваріотоміи.

Thornton	1 сл. 0 смерт.	Veit	1 сл. 0 смерт.
Mundé	1 " 0 "	Meredith	2 " 0 "
Montgomery	1 " 0 "	Polaillon	1 " 0 "
Gardner	1 " 0 "	Martin	1 " 0 "
Patter	1 " 0 "	Cotterell	1 " 1 "
Flaischlen	1 " 0 "		

Сопоставляя обѣ таблицы, получаемъ 6 смертныхъ случаевъ на 131, т. е. 4,47%.

При выполненіи оваріотоміи у беременныхъ слѣдуетъ избѣгать всего того, что могло бы вызвать преждевременную сократительную дѣятельность матки, какъ то: натяженіе ножки опухоли, охлажденіе матки и т. п.

Въ 7 случаяхъ, опубликованныхъ *Olshausen'*омъ, матка была принята за полость кисты и пунктирована. Большинство операторовъ было произведено кесарское сѣченіе и 5 изъ этихъ больныхъ выздоровѣло.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда опухоль выполняетъ полость малаго таза и матка достигла значительнаго развитія, оваріотомія представляетъ значительныя затрудненія и въ одномъ изъ такихъ случаевъ *Engstroem* принужденъ былъ вызвать вначалѣ 7 мѣсяца преждевременные роды, а затѣмъ удалить опухоль.

Операция гораздо рѣже сопровождается родами, чѣмъ можно было бы предполагать: по *Olshausen'*у не чаще 20%, при чемъ вліяніе оперативнаго инсульта минимальное; гораздо большую роль играетъ септическая инфекция. Операция должна быть по возможности ранней; въ доказательство авторъ приводитъ изъ литературы двѣ статистическія таблицы. На основаніи этихъ таблицъ онъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ: операция во второмъ, третьемъ и четвертомъ мѣсяцахъ беременности представляется для матери наиболѣе благоприятною; наибольшее же число пе-

рерывовъ беременности приходится на долю оваріотоміи въ третьемъ и четвертомъ мѣсяцахъ.

В) Наибольше частымъ препятствіемъ для правильнаго хода родовъ являются кисты, располагающіяся въ маломъ тазу, въ большинствѣ случаевъ дермоидныя, обнаруживающіяся обыкновенно только во время родовъ. Авторъ рекомендуетъ сдѣлать прежде всего попытку перемѣщенія опухоли въ область надъ тазовымъ мысомъ. Перемѣщеніе удается довольно часто: по *Remy* въ 21 изъ 74 случаевъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, благодаря непосредственному разрыву мѣшка или перитониту, слѣдовала смерть (3 на 23, *Jeter*; 4 на 18, *Remy*). Въ случаяхъ, неподдающихся вправленію, прибѣгаютъ къ пункціи опухоли черезъ прямую кишку или черезъ влагалище. По статистикѣ *Plyfair*'а на 9 случаевъ пункціи не было ни одного смертельнаго исхода. *Fochier* совѣтуетъ при дермоидныхъ кистахъ производить пункцію троакаромъ нагрѣтымъ до 37°; иначе здѣсь легко можетъ случиться закупорка троакара свертками жироваго содержимаго, застывающаго при 30°. Пункція замѣняется разрѣзомъ (по *Fritsch*'у) въ тѣхъ случаяхъ, когда при посредствѣ троакара не могутъ быть удалены кашеобразное содержимое, частицы костей и волосы. Вслѣдъ за опорожненіемъ кисты заканчиваютъ роды при посредствѣ щипцовъ или краниокласта. По выходѣ послѣда тампонируютъ полость кисты іодоформенной марлей. Въ дальнѣйшемъ возобновляютъ дренажи.

Если не рѣшаются на пункцію и вправленіе не выполнимо, то прибѣгаютъ или къ краниокласту или къ кесарскому сѣченію; поворотъ не выполнимъ, а щипцы производятъ обширныя травматическія поврежденія. Оваріотомія во время родовъ не практикуется, хотя она была и выполнена однажды *Williams*'омъ съ успѣхомъ.

Жаботинскій.

24. **Arnould. Accouchement par le siège. Tête hydrocephale retenue dans l'uterus après arrachement du tronc.** (*Archives de Tocologie*, февраль, стр. 151). **Роды съ предлежаніемъ ягодицъ. Гидроцефальная головка, задержавшаяся въ маткѣ послѣ отрыва туловища.**

Авторъ предлагаетъ, для облегченія извлеченія послѣдующей оторвавшейся гидроцефальной головки и задержавшейся въ маткѣ, слѣдующій способъ, примѣненный имъ въ одномъ случаѣ, послѣ предварительныхъ тщетныхъ попытокъ извлечь головку за нижнюю челюсть, щипцами и т. п. Онъ совѣтуетъ вводить въ