

III.

Сообщенія изъ больничной практики.

В. А. Добберта.

Просматривая, при составленіи ежегоднаго цифроваго отчета, скорбные листы гинекологическихъ больныхъ, пользовавшихся въ Петропавловской больницѣ въ теченіи 1892 и 1893 годовъ, я позволилъ себѣ, въ виду интереса, который они представляютъ, обработать ихъ болѣе подробно для сообщенія товарищамъ.

I. Случай гнойнаго разрушенія лоннаго соединенія въ послѣ- родовомъ періодѣ.

Значительная рѣдкость встрѣчающихся въ литературѣ случаевъ гнойнаго разрушенія тазовыхъ сочлененій въ послѣродовомъ періодѣ ¹⁾, даже въ то время, когдѣ «родильныя горячки» принадлежали къ обыденнымъ явленіямъ, говорятъ за то, что эти «суставы» относительно рѣдко поражаются гнилостнымъ процессомъ и что нужны особенно неблагопріятныя обстоятельства для того, чтобы въ теченіи послѣродоваго періода дѣло дошло до гнойнаго ихъ разрушенія.

Значительно болѣе благопріятныя условія для зараженія существуютъ тогда, когда во время родовъ явились поврежденія въ этихъ суставахъ ²⁾. По *Ahlfeld*'у ³⁾ поврежденія

¹⁾ *A. Hempel*. Ein Fall von eitriger Zerstörung der Symphyse und rechten Neo-sacraljunctur im Puerperium. Archiv f. Gyn., т. VIII.

²⁾ *P. Zweifel*. Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur. Centralbl. f. Gyn., 1892, № 44. — *Plavajewicz*. Beiträge zur Frage der Diastase der Beckenknochen während der Geburt. Wiener med. Blätter., 1891, № 7—9. *Dührssen*. Ueber Symphysenruptur. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. in Berlin. Засѣданіе 9/xi 1888.

³⁾ *Ahlfeld*. Die Verletzungen des Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette. Schmidts Jahrb. f. d. Ges. Med., 1876.

суставовъ случаются не только во время родовъ, но и въ послѣродовомъ періодѣ и при томъ чаще, чѣмъ это принято думать. Какъ показываетъ случай *Galvagni* ⁴⁾ самопроизвольный разрывъ можетъ наступить и при правильномъ тазѣ и нормальныхъ размѣрахъ ребенка. *Ahlfeld* видѣлъ расхождение сустава, не смотря на то, что плодъ родился съ совершенно цѣлыми яйцевыми оболочками. *Fordyce Barker* ⁵⁾ наблюдалъ, что разрывъ лоннаго сращенія случается часто именно при нормальной ширинѣ таза или даже выше нормы, когда головка долгое время покоится глубоко на тазовомъ днѣ. Но и наступающіе вскорѣ за оперативнымъ вмѣшательствомъ разрывы лоннаго сращенія не всегда могутъ быть объяснены пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между черепомъ ребенка и тазомъ матери или чрезмѣрнымъ насилиемъ во время родоразрѣшенія. *Pouillet* при своихъ опытахъ нашелъ, что для разрыва тазоваго сочлененія нужно развить силу въ 8—10 разъ большую, чѣмъ для обычнаго наложенія щипцовъ. По этому онъ принимаетъ существованіе разрыхленія или особенной слабости костей и суставовъ, какъ условіе предрасполагающее къ разрывамъ лоннаго сращенія.

Basham ⁷⁾, *Феноменовъ* ⁸⁾, *Fraisse* ⁹⁾, *Gusserow* ¹⁰⁾ и др. показали, что и при нормальныхъ условіяхъ къ концу беременности и во время послѣродоваго періода наблюдается большая или меньшая подвижность лоннаго сращенія. *Braun v. Fernwald* ¹¹⁾ нашелъ, что «небольшая степень подвижности концовъ лонныхъ дугъ существуетъ почти въ каждомъ тазѣ беременныхъ и родильницъ». Подвижность эта не зависитъ ни отъ родовъ, ни отъ размѣровъ ребенка.

Легкіе случаи ненормальной подвижности лоннаго соединенія подвергаются обратному развитію въ нѣсколько дней и

⁴⁾ Ueber cinige Erkrankungen der Beckensymphyse etc. Rev. clin., VII, 1888. Цитир. по *Braun v. Fernwald*, въ Archiv f. Gyn., томъ 47.

⁵⁾ Цитированъ въ Lehrb. des Geburtshilfe *Winckel*'я, 1893, стр. 826.

⁶⁾ De la rupture des articulations du bassin pendant l'accouchement. Lyon médical, 1864.

⁷⁾ Fall von Lockerung der Beckensymphyse. Lancet., 1. 17/iv 1877.

⁸⁾ Zur Lehre von dem Kyphot. Becken und der Ruptur der Beckensymphyse während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., VII.

⁹⁾ Etude sur la disjunction de la symphyse pubienne dans l'accouchement. Paris, 1882.

¹⁰⁾ Ges. f. Geb. u. Gyn. Забѣданіе, 9/vi 88.

¹¹⁾ Ueber Symphyse lockerung u. Symphyse ruptur. Archiv. f. Gyn., томъ 47.

могутъ быть легко просмотрѣны и смѣшаны съ состояніемъ общей слабости. При болѣе сильныхъ степеняхъ нарушенія цѣлости лоннаго сочлененія поражается также обыкновенно, въ большей или меньшей степени, и связочный аппаратъ; при слабыхъ степеняхъ разрыва поврежденіе можетъ ограничиться самымъ сращеніемъ, не распространяясь на капсулу. Благодаря этому обстоятельству незначительныя поврежденія проходятъ незамѣченными и при покоѣ заживаютъ, не оставляя никакихъ дурныхъ послѣдствій для больной. Тѣ же случаи протекаютъ совсѣмъ иначе, если необходимый покой не соблюдается и если присоединяется септическое заболѣваніе родильницы. Въ этомъ случаѣ образованіе нарыва въ лонномъ сращеніи со всѣми послѣдствіями его обыкновенно надолго приковываетъ больную къ постели.

Случай, о которомъ я хочу говорить— слѣдующій:

Крестьянка М. Н., 27 лѣтъ, принята была въ Петропавловскую больницу 25 октября 1892 г. Изъ анамнеза видно, что больная до послѣдняго времени пользовалась цвѣтущимъ здоровьемъ и въ дѣтствѣ также не имѣла серьезныхъ заболѣваній. Регулы появились на 15 году, съ тѣхъ поръ держатся безъ болей по 3 дня. Послѣдніе регулы были въ началѣ января. Беременность протекла правильно. Больная чувствовала себя хорошо и перестала работать лишь за день до родовъ. Первые боли почувствовала 16 октября и тогда же поступила въ одинъ изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ. Теченіе родовъ, любезно сообщенное мнѣ изъ пріюта, было слѣдующее: больная поступила въ пріютъ съ очень сильными болями и съ зѣвомъ, расширеннымъ на два пальца, черезъ два часа она родила ребенка въ первомъ черепномъ положеніи. Механизмъ родовъ былъ выполненъ нормальный. Размѣры таза: Crist. 26, Spin. 24, Conj. ext. 18,5, Troch. 30. Ребенокъ вѣсилъ 2800 грм.; длина его тѣла была 47 см. Окружность головки 34, большой поперечный діаметръ 9, малый 7, лобно-затылочный 11, большой косою 12,5, малый косою 9.

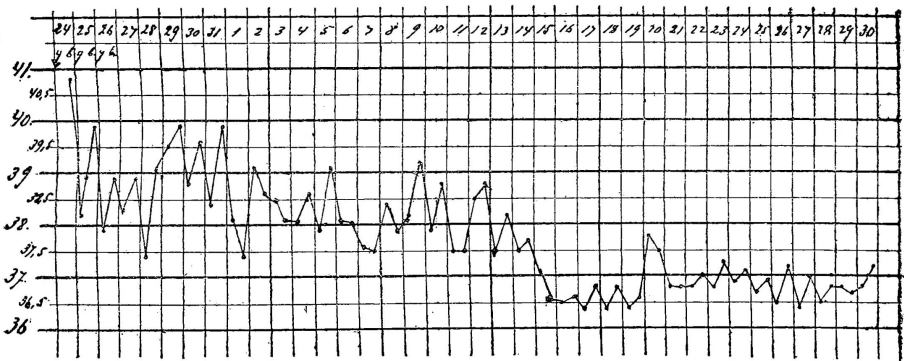
Въ первые дни послѣродоваго періода больная чувствовала себя хорошо, неохотно лежала въ постели и нѣсколько разъ, не смотря на запрещеніе, вставала. (t° 17/x 37,8°—37,8°. 18/x 37,0°—36,5°). На третій день у больной былъ легкій потрясающій ознобъ, утромъ t° 39,5°, пульсъ 110, вечеромъ t° 38,2°, пульсъ 100. Послѣродовыя очищенія въ скудномъ количествѣ, нормальнаго вида, болей нѣтъ. 20 утромъ t° 37,0°, вечеромъ 38,9°, матка хорошо сократилась, каналъ шейки проходима для пальца. Лохіи въ скудномъ количествѣ, дурнаго запаха нѣтъ. Своды свободны. 21/x t° 37,2°—39,0°, задержка стула. 22/x t° 37,2°—38,2°, самочувствіе больной лучше. 23/x t° 36,9°. Больная чувствуетъ себя настолько хорошо, что просится на выписку, но вечеромъ является потрясающій ознобъ съ послѣдующимъ повышеніемъ температуры до 41,0°. Больная уже нѣсколько дней кашляла, а теперь явилось осложненіе со стороны легкихъ; справа найденъ жесткій выдыхъ и сухіе и влажные

хрипы, вслѣдствіе чего больная 24/х переведена была въ Петропавловскую больницу.

Изъ скорбнаго листа я приведу слѣдующее: Status praesens. 25/х. Крѣпкаго сложенія блондинка; груди слегка нагрудли; дыханіе учащено и поверхностно. При постукиваніи легкихъ, тонъ получается нормальный, при выслушиваніи, особенно на спинѣ, крупно и мелко-пузырчатые хрипы. Мучительный кашель съ довольно обильною мокротою. Животъ слегка вздутъ въ нижней части, справа болѣзненъ. Шейка хорошо сформировалась, каналъ ея уже непроходимъ для пальца, въ сводахъ, кромѣ нѣкоторой сочности, ничего ненормальнаго не опредѣляется. Лохи слизисто-гнойныя, слегка окрашены кровью, безъ запаха.

Въ слѣдующіе дни улучшенія въ состояніи больной не наступило. Къ признакамъ катаррального воспаленія легкихъ присоединились въслѣдствіи еще признаки лѣвосторонняго плевритическаго выпота небольшихъ размѣровъ. Боли въ животѣ, которыхъ больная не могла отнести къ опредѣленному мѣсту, ожесточились. Больная имѣла очень безпомощный видъ, не могла сама двинуться съ мѣста, потому что малѣйшее движеніе вызывало сильныя боли внизу живота; всякая перемѣна положенія совершалась при помощи сидѣлокъ.

Ходъ температуры виденъ изъ слѣдующей кривой:



Пульсъ при этомъ былъ правильный, полный, частота его колебалась между 80—100 ударами въ минуту. За эти дни надъ лоннымъ сращеніемъ, образовалась довольно рѣзкоограниченная опухоль, болѣзненная при дотрогиваніи. 6/х/і, при изслѣдованіи пальцемъ, опредѣлялась черезъ передній сводъ влагалища, тѣстовато-эластическая опухоль, которая однако большею частью сидѣла на лонномъ сращеніи, такъ что черезъ влагалище можно было дойти пальцемъ только до нижней границы ея. Сила процесса въ легкихъ, между тѣмъ, значительно пала, дыханіе, правда все еще оставалось поверхностнымъ и учащеннымъ, но субкрепитирующие хрипы стали менѣе обильными и менѣе распространенными. Боли внизу живота, на которыя жаловалась больная и которыя значительно усиливались при движеніяхъ, ожесточились. Размѣры опухоли надъ симфизомъ также увеличились. 14/х/і. Состояніе больной слѣдующее: Portio vaginalis хорошо сформирована, матка въ ante flexio и retro positio, боковые и задній сводъ свободны; черезъ пе-

редній, слегка лишь выпяченный, сводъ прощупывается напряженно-эластическая опухоль, которая распространяется въ видѣ цѣлаго слоя подъ брюшной стѣнкой. Соответственно этому, надъ симфизомъ, на протяженіи ладони, прощупывается повышенное сопротивление, которое кверху доходитъ почти до пупка. Границы этой опухоли соответствуютъ приблизительно бокамъ треугольника, основаніемъ котораго служитъ лонное соединеніе и верхушка котораго достигаетъ пупка. Тотчасъ надъ симфизомъ, опухоль распространяется равномерно въ обѣ стороны; чѣмъ далѣе кверху, тѣмъ она все болѣе и болѣе переходитъ въ лѣвую половину брюшной стѣнки. Во всемъ этомъ отдѣлѣ брюшной стѣнки, существуетъ большая чувствительность, которая рѣзче всего выражена по направленію къ симфизу. На одной точкѣ, приблизительно на серединѣ разстоянія отъ пупка до лоннаго соединенія, опредѣляется ясная глубокая флюктуация.

Предполагая, что здѣсь имѣется нарывъ въ брюшной стѣнкѣ, я сдѣлалъ на мѣстѣ рѣзкой флюктуации, параллельно боковой линіи, разрѣзъ, которымъ нарывъ былъ широко вскрытъ, при чемъ выдѣлилось много густаго гноя. Войдя пальцемъ въ рану, можно было ощупать въ области симфиза обнаженную кость. При болѣе точномъ изслѣдованіи оказалось, что оба конца горизонтальной вѣтви лонной кости были на небольшомъ протяженіи обнажены отъ надкостницы и что между обоими концами былъ свободный промежутокъ, куда можно было ввести палецъ. Такъ какъ разрѣзъ былъ сдѣланъ довольно далеко отъ лоннаго соединенія, то пальцемъ можно было ощупать только верхнюю часть области симфиза; по той же причинѣ нельзя было рѣшить, распространяется ли вышеописанная щель на всю высоту симфиза или же она занимаетъ только верхній его отдѣлъ. Во всякомъ случаѣ связочный аппаратъ и хрящевой слой, повидимому, сохранились еще въ нижнихъ отдѣлахъ сустава, на болѣе прочныхъ мѣстахъ; замѣтной подвижности обоихъ лонныхъ вѣтвей нельзя было констатировать. Полость была промыта и затампонирована іодоформенной марлей.

Дальнѣйшее теченіе, противъ ожиданія, оказалось благоприятнымъ. Температура тотчасъ послѣ операціи пала до нормы и не повышалась и въ слѣдующіе дни.

При перемѣнѣ повязки на другой день, большая гнойная полость уже значительно сдузилась; гной отдѣлялся въ ничтожномъ количествѣ. Черезъ нѣсколько дней, которые больная провела въ постели въ положеніи на спинѣ съ эластическимъ бинтомъ вокругъ таза, въ глубинѣ нельзя уже было опредѣлить обнаженную кость. Палецъ вездѣ наталкивался на мягкія грануляціи. Болѣзненность въ области симфиза, ощущавшаяся еще довольно сильно въ первые дни, теперь почти совершенно исчезла, и больная могла въ положеніи на спинѣ безъ болей производить разныя движенія ногами. 27/xi больная въ первый разъ встала. Въ первый день она чувствовала себя еще не совсѣмъ прочно на ногахъ, но уже на второй день начала ходить смѣлѣе. При изслѣдованіи въ области лоннаго сращенія не опредѣлялось ничего ненормальнаго, кромѣ небольшой безболѣзненной припухлости. 6/xii и вся рана оказалась зажившей.

Я не имѣю намѣренія ставить выше описанный процессъ въ прямую зависимость отъ sepsis'a и объяснять появленіе нарыва метастазомъ. Частичное пораженіе сустава и паразитично быстрое выздоровленіе послѣ опорожненія гноя, чего мы обыкновенно не встрѣчаемъ при піэмическихъ абсцессахъ, скорѣе говорятъ за то, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ нагноеніемъ послѣ частичнаго поврежденія сустава. При покойномъ положеніи больной и нормальномъ, въ другихъ отношеніяхъ, теченіи послѣродового періода это поврежденіе зажило бы безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Но при выше указанныхъ обстоятельствахъ поврежденіе повлекло за собою образованіе нарыва и частичное разрушеніе лоннаго сращенія. Наше предположеніе оправдывается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что *Ahlfeld* въ упомянутой выше работѣ, на которую ссылается большинство авторовъ, утверждаетъ, что въ большинствѣ случаевъ, описываемыхъ какъ піэмически-метастатическое нагноеніе суставовъ, нужно принять существованіе первичнаго поврежденія.

II. О «неполныхъ» выкидышахъ.

При лѣченіи неполныхъ выкидышей старый выжидательный методъ, какъ извѣстно, все болѣе и болѣе теряетъ своихъ приверженцевъ, уступая мѣсто болѣе активному вмѣшательству. Активный методъ лѣченія состоитъ въ удаленіи изъ полости матки остатковъ яйца: а) просто пальцемъ и б) помощью инструментовъ. Что касается послѣдняго метода, то такъ называемая острая ложечка, со времени введенія ея въ гинекологическую практику *Recamier* (1846) и *Simon* (1870), пользуется столь большимъ распространеніемъ, что въ настоящее время всякое оперативное опорожненіе матки почти безъ исключенія производится тѣмъ или другимъ видоизмѣненіемъ острой ложечки.

Новѣйшее время дало намъ много ревностныхъ сторонниковъ инструментальнаго метода лѣченія выкидыша вообще и «неполнаго» выкидыша въ частности. (*Dührssen*¹²⁾, *Nejhoff*¹³⁾,

¹²⁾ Archiv f. Gyn., т. 31.

¹³⁾ Centralbl. f. Gyn., 1889 и 1890.

Fehling ¹⁴⁾, *Fritsch* ¹⁵⁾, *Zweifel* ¹⁶⁾, *Финшеръ* ¹⁷⁾, *Хазанъ* ¹⁸⁾, *Моргулисъ* ¹⁹⁾, *Фейнбергъ* ²⁰⁾, но нѣтъ недостатка и въ рѣшительныхъ противникахъ этого метода (*Winkel* ²¹⁾, *Winter* ²²⁾, *Auvard* ²³⁾, *Ahlfeld* ²⁴⁾), которые, кромѣ опасности прободенія матки или усиленія кровотеченія, боятся еще возможности гнилостнаго зараженія, въ особенности когда дѣло идетъ объ опорожненіи разложившихся остатковъ яйца.

Въ отчетахъ за 1892 годъ мы находимъ 45 случаевъ маточнаго кровотеченія послѣ выкидыша; въ 1893 году отмѣчено такихъ случаевъ 71. Чтобы имѣть дѣло съ нѣсколькими большими числами, я прибавлю еще 36 случаевъ, наблюдавшихся въ 1894 году до августа мѣсяца. Изъ этихъ 152 случаевъ въ 100 было произведено инструментальное удаленіе остатковъ яйца, при чемъ 31 разъ отмѣчено было разложеніе послѣдняго. Въ 52 случаяхъ дѣло окончилось или самопроизвольнымъ выходомъ остатковъ яйца или легко удававшимся ручнымъ удаленіемъ ихъ или же, наконецъ, въ маткѣ не оказывалось частей яйца, служившихъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ эта маленькая операція произведена была мною, небольшое число операций, произведенныхъ по тѣмъ же правиламъ, принадлежитъ товарищу д-ру *Буркову*. Такъ какъ матеріалъ въ отношеніи метода лѣченія нужно считать вполне однообразнымъ, то я позволю себѣ описать этотъ методъ въ нѣсколькихъ словахъ.

Послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, вставляютъ заднюю ложку *Simon*'скаго заркала, захватываютъ щипцами *Museux*'а переднюю губу

¹⁴⁾ Archiv f. Gyn., т. 13.

¹⁵⁾ Klinik Geburtshilf. Operationen.

¹⁶⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe., 1892.

¹⁷⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1887.

¹⁸⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1887.

¹⁹⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1892.

²⁰⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1893.

²¹⁾ Münchner med. Wochenschr., 1888.

²²⁾ Archiv f. Gyn., т. 39.

²³⁾ Traité pratique d'accouchements. Paris, 1890.

²⁴⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe. 1894.

матки и возможно больше низводятъ ее. Къ расширенію дилаторомъ прибѣгали только тогда, когда почему либо требовалось ввести палецъ въ полость матки или когда каналъ шейки не достигалъ ширины гусиного пера, что кстати сказать, бываетъ рѣдко. Выскабливаніе производилось обширными размахами возможно болѣе, не очень острой ложки и продолжалось до тѣхъ поръ пока повсюду не получался характерный «скребущій» шумъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ маткѣ оказывались болѣе значительные остатки яйца, или остатки уже образовавшагося послѣда, ихъ предварительно отдѣляли или пальцемъ или корнцангомъ и затѣмъ приступали къ выскабливанію, (комбинированное лѣченіе *Dührssen'a*). Послѣ выскабливанія полость матки вытиралась продолговатыми, скрученными и намоченными въ 5⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты кусочками ваты (*Leopold*). Этою манипуляціею можно было при нѣкоторомъ навыкѣ лучше и скорѣе удалить всѣ оставшіеся въ маткѣ куски отдѣленной слизистой оболочки, чѣмъ съ помощью внутриматочныхъ вливаній, въ чемъ я имѣлъ возможность неоднократно убѣждаться. Въ полость матки послѣ этого вводятъ небольшую полосу іодоформенной марли. Нѣсколько большій тампонъ помѣщаютъ впереди рыльца матки во влагалищѣ.

Операція, какъ извѣстно, не особенно болѣзненна; за исключеніемъ одного случая, она была произведена безъ наркоза. У чувствительныхъ женщинъ достаточно было вырыгнуть въ *portio vaginalis* 1—2 шприца 5⁰/₀ раствора кокаина.

Послѣдовательное лѣченіе чрезвычайно простое. На другой день послѣ операціи удаляютъ изъ рукава тампонъ и дѣлаютъ дезинфицирующее спринцеваніе рукава. На третій день удаляютъ марлевый тампонъ изъ матки и вновь проспринцовываютъ рукавъ дезинфицирующимъ растворомъ. Иногда съ этого дня прекращается всякое выдѣленіе изъ матки, но часто еще нѣсколько дней держатся незначительныя кровянисто-сывороточныя или сывороточно-волокнистыя выдѣленія. На 4-й день больной разрѣшается посидѣть въ кровати, а на пятый—она начинаетъ ходить.

Послѣ этого отступленія вернемся снова къ нашему отчету.

Въ описанныхъ 152 случаяхъ беременность прерывалась:

9 разъ черезъ 1 мѣсяць послѣ послѣднихъ регуль.					
16	»	»	1 1/2 мѣсяца	»	»
38	»	»	2	»	»
35	»	»	2 1/2	»	»
35	»	»	3	»	»
1	»	»	3 1/2	»	»
6	»	»	4	»	»
1	»	»	4 1/2	»	»
1	»	»	5 мѣсяцевъ	»	»

Въ 10 случаяхъ нельзя было собрать вѣрныхъ данныхъ о срокѣ беременности.

Какъ уже сказано, почти въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаяхъ было произведено выскабливаніе полости матки. Случаевъ смерти не наблюдалось. При дальнѣйшемъ обзорѣ нужно исключить изъ числа 100 оперированныхъ 3 случая, въ которыхъ выкидыши были «нечисты» (2 раза была бугорчатка легкихъ, 1 разъ больная поступила съ ожесточеніемъ гнойнаго тазоваго перитонита, перенесеннаго 9 мѣсяцевъ назадъ вслѣдствіе запущеннаго гнилостнаго выкидыша).

Изъ остальныхъ 97 случаевъ 54 ($=55,6\%$) не дали повышенія температуры ни до, ни послѣ операціи. Колебанія температуры въ остальныхъ 43 случаяхъ видны изъ слѣдующей таблицы:

Число случаевъ.	Передъ операціей имѣли.					Послѣ операціи имѣли.					Число случаевъ.
	Т Е М П Е Р А Т У Р У.					Т Е М П Е Р А Т У Р У.					
	Нормаль- ную.	37,5—38°.	38—38,5°.	38,5—39°.	Свыше 39°.	Нормаль- ную.	37,5—38°.	38—38,5°.	38,5—39°.	Свыше 39°.	
19	19	—	—	—	—	0	12	3	4	0	19
24	—	9	—	—	—	4	—	—	5	0	17
	—	—	3	—	—	2	—	—	1	0	
	—	—	—	5	—	1	2	1	1	0	
	—	—	—	—	7	0	1	1	5	0	
43						7					36

Такимъ образомъ, 19 больныхъ, имѣвшихъ до операціи нормальную температуру, дали послѣ операціи повышеніе ея. Изъ 24 больныхъ, лихорадившихъ уже до операціи, лишь въ 7 случаяхъ наблюдалось паденіе температуры до нормы послѣ операціи. Что касается продолжительности лихорадки, то изъ 36 случаевъ, давшихъ повышеніе температуры послѣ операціи, въ 31 случаѣ повышеніе это наблюдалось одинъ разъ въ первый вечеръ послѣ операціи, въ трехъ случаяхъ лихорадка держалась 2 дня, въ двухъ—3 дня. Въ двухъ случаяхъ послѣ операціи наблюдался сильный потрясающій ознобъ.

Хотя лихорадка держалась въ умѣренныхъ предѣлахъ и не превышала 39° , но все-таки поднятіе температуры свыше 38° въ 21% всѣхъ случаевъ указываетъ на то, что выскабливаніе матки вовсе не такое ничтожное вмѣшательство и что мы не въ состояніи удалить изъ организма всѣ вредныя вещества съ помощью выскабливанія. Возможно лучшимъ опорожненіемъ матки отъ разлагающихся веществъ и тщательнымъ примѣненіемъ асептики и антисептики мы должны по этому подготовить всѣ необходимыя условія для полной *restitutio ad integrum*. Я хочу здѣсь сказать нѣсколько словъ о тампонированіи полости матки. Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что послѣ обстоятельного выскабливанія матки кровотеченіе = 0, и потому для такихъ случаевъ тампонація, употреблявшаяся нами, можетъ показаться излишней. Но главное значеніе тампонирования заключается вовсе не въ остановкѣ кровотеченія. Мы знаемъ, что въ настоящее время въ хирургіи не только при гноящихся, но и при свѣжихъ полостныхъ ранахъ въ самыхъ обширныхъ размѣрахъ примѣняется тампонированіе, которое дѣйствуетъ на рану не только кровоостанавливающимъ, но и дренирующимъ и высушивающимъ образомъ. Въ маткѣ, которая послѣ выскабливанія можетъ быть приравнена къ полостной ранѣ, тампонъ вызываетъ еще сокращенія, которыя безусловно необходимы для правильнаго обратнаго развитія матки. Если тампонъ удаляется черезъ сутки, то онъ оказывается очень сильно приставшимъ къ слизистой оболочкѣ матки. Удаленіе тампона сопряжено съ болями и въ большинствѣ случаевъ вызываетъ кровотеченіе, хотя и незначительное, но достаточное для того, чтобы въ маткѣ образовался сгустокъ крови, который можетъ

служить очень благопріятной средой для всякаго рода процессов разложенія. Когда же тампонъ пролежить 36 или 48 часовъ, то онъ больше пропитывается секретомъ, дѣлается скользкимъ и можетъ быть удаленъ безъ болей и кровотеченія. Тамъ гдѣ остатки яйца совершенно разложились, я предпочиталъ удалять тампонъ черезъ сутки и вводить еще на сутки новый тампонъ.

Что выскабливаніе матки дало и въ нашихъ случаяхъ условія, благопріятныя для излѣченія, видно изъ того, что лихорадка, если она и была, продолжалась недолго и не сопровождалась явленіями общаго зараженія или локализаціи яда (endometritis, para-perimetritis). Всѣ больныя, благодаря операціи, скоро и надолго выздоравливали. Изъ всѣхъ 152 больныхъ тѣ, которые не подверглись операціи (52) пробыли въ больницѣ 625 дней, что составитъ въ среднемъ на каждую больную 12 дней, 97 больныхъ, подвергавшихся операціи, 929 дней или каждая 9,5 дней послѣ операціи. Эти послѣднія числа должны бы быть еще меньше, если бы мы не считали нужнымъ не торопиться съ выпиской нашихъ больныхъ, которыя всѣ принадлежали къ бѣднѣйшему классу населенія. Задерживая нѣкоторыхъ больныхъ въ больницѣ нѣсколько дальше, чѣмъ необходимо, мы вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивали среднее число дней, проведенныхъ каждою больною въ больницѣ. Среднимъ числомъ больныя могутъ приступать къ работѣ черезъ 6—7 дней послѣ операціи.

Несчастныхъ случаевъ во время операціи, въ родѣ прободенія матки и проч., не было. Нужно только упомянуть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время выскабливанія наблюдалось чрезвычайно сильное кровотеченіе, которое однако очень скоро останавливалось послѣ окончанія операціи и введенія въ полость матки марлевого тампона. Послѣдовательныхъ кровотеченій не было.

Повторяя вкратцѣ все сказанное, мы видимъ, что, за исключеніемъ небольшой лихорадки (въ 21% случаевъ), никакого вреда, впрочемъ, не причинившей, операція ничего кромѣ пользы не приносила. Указанныя уже *Dührssen*'омъ и другими преимущества—меньшее кровотеченіе во время и послѣ выкидыша, болѣе скорое обратное развитіе матки, предохраненіе

отъ заболѣванія эндометритомъ и параметритомъ, большія удобства для больной и врача—преимущества которыя и мы можемъ подтвердить, сильно говорятъ въ пользу инструментальнаго лѣченія «неполнаго» выкидыша.

III. 21 СЛУЧАЙ HAEMATOCЕLE RETROUTERINA.

Благодаря большому числу опубликованныхъ случаевъ внѣматочной беременности и нѣсколько сангвиническимъ статьямъ нѣкоторыхъ авторовъ, какъ напр., *Veit*'a ²⁵⁾, образованіе внутрибрюшныхъ кровяныхъ опухолей въ настоящее время многими ставится въ тѣсную связь съ существованіемъ эктопической беременности. Такой взглядъ на происхожденіе haematocеле не вполне соотвѣтствуетъ истинѣ (*Zweifel* ²⁶⁾). Не подлежитъ сомнѣнію, что интраперитонеальныя кровоизліянія часто наблюдаются въ связи съ внѣматочной беременностью, но встрѣчаются и многіе случаи, въ которыхъ не только анамнезъ и изслѣдованіе, но даже препараты, добытые при операціи или вскрытіи, говорятъ не въ пользу такого происхожденія кровоизліяній.

Въ Петропавловской больницѣ въ 1892 г. наблюдалось 9, въ 1893 г.—12 случаевъ haematocеле retrouterina, въ которыхъ присутствіе крови въ Дугласовомъ пространствѣ было съ положительностью доказано пробнымъ проколомъ или операціей. Въ 8 изъ этихъ случаевъ причиною кровотеченія безусловно была внѣматочная беременность; въ 4 случаяхъ существованіе такого этиологическаго момента весьма вѣроятно (отсутствіе регулъ, нагрубаніе грудей, выдѣленіе молозива и наличность другихъ признаковъ беременности). Въ остальныхъ 9 случаяхъ для предположенія внѣматочной беременности не было никакихъ данныхъ.

Не хочу затруднять читателей изложеніемъ всѣхъ исторій болѣзней, тѣмъ болѣе, что картина заболѣванія въ 9 случаяхъ не представляла какихъ либо своеобразностей. Внутрибрюшинныя опухоли были среднихъ размѣровъ; повторныхъ крово-

²⁵⁾ Die Eileiterschwangerschaft. Shuttgart. 1884. и Ueber intraperitoneale Blutergüsse. *Volkmann's Saml.*, klin., Vortr. N. F. № 15.

²⁶⁾ Ueber Extrauterin gravidität u retrouterine Hoematome. Festschrift z. 25 jährigen Jubiläum Prof. *Gusserow's*, Berlin, 1891.

течений не замѣчалось, самочувствіе больныхъ улучшалось довольно скоро и всасываніе крови, не сопровождавшееся продолжительными повышеніями температуры, происходило быстро. При выпискѣ больныя еще не могли считаться излеченными, но онѣ на столько поправлялись, что остатки кровоизліянія при нѣкоторой осторожности со стороны больныхъ не представляли для нихъ никакихъ опасностей. Какъ извѣстно, исходъ haematocoele не всегда такой благопріятный. Кровоизліянія имѣютъ иногда мало наклонности къ всасыванію и нагнаиваются. Значительныя боли и продолжительная лихорадка, изнуряющія силы организма, дѣлаютъ положеніе больной очень мучительнымъ. Но даже въ такихъ безнадежныхъ случаяхъ можно надѣяться на *vis medicatrix naturae*. Прободеніе въ прямую кишку или во влагалище спасаетъ больную отъ угрожающей ей опасности. Примѣромъ такого самоизлѣченія можетъ служить слѣдующій случай, исторія болѣзни котораго вкратцѣ слѣдующая:

Скорбный листъ № 4630. Матрена А., 27 лѣтъ, кр-ка, крѣпкого тѣлосложенія, поступила 29/ix 1893 г. въ больницу. Въ дѣтствѣ не хворала. Первые регулы у нея появились на 12 году и приходили то черезъ 3, то черезъ 4 недѣли; продолжались они около 7 дней. Родила одинъ разъ благополучно, 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Послѣ родовъ крови стали путаться. Послѣдніе два мѣсяца страдаетъ кровотеченіемъ.

Status praesens. Влагалищная часть матки немногого объема, плотна. Матка плотная, немного удлинена и смѣщена къ симфизу. Задній и правый своды значительно выпячиваются и заняты плотно-эластическою опухолью безболѣзненной, величиною съ кулакъ, лѣвый сводъ свободенъ. Подвижность матки ограничена, изъ полости ея выдѣляется кровянистая жидкость. При пункции въ заднемъ сводѣ получается жидкая кровь. До 23/x въ состояніи больной особенныхъ перемѣнъ не происходило. При спокойномъ положеніи въ постели, она болѣе почти не ощущала. Температура все время была нормальна, но опухоль внизу живота не уменьшалась и кровянистыя выдѣленія то усиливались, то прекращались почти совсѣмъ. 24/x т^о утромъ была 38,2°, вечеромъ 38,7°; появились боли въ спинѣ и животѣ. Съ этого дня больная до 4/xi все время лихорадила и чувствовала себя не хорошо. Температура колебалась между 38° и 39,6°, по временамъ появлялись схваткообразныя боли въ животѣ и поясницѣ. 4/xi съ испражненіями выдѣлилось много жидкой крови. На другой день температура утромъ была 37,5°, къ вечеру спала до 37,3° и уже больше не повышалась. Опухоль внизу живота значительно уменьшилась въ объемѣ. Въ испражненіяхъ крови больше не замѣчалось. Кровянистыя выдѣленія изъ матки прекратились, больная стала хорошо поправляться. Всасываніе остатковъ кровоизліянія совершалось довольно быстро и 6/xii больную можно уже было выписать.

Къ этому времени матка сдѣлалась подвижною и стояла въ нормальной anteversio. Въ заднемъ сводѣ прощупывались небольшіе, плотные остатки кровоизліянія.

Сравнительно рѣдко встрѣчается такое самоизлѣченіе. При выше изложенныхъ обстоятельствахъ часто приходится прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, чтобы спасти жизнь больной. На этомъ поприщѣ оперативная гинекологія празднуетъ свои важнѣйшія побѣды.

Скорбный листъ № 5221. Фекла Л., кр-ка 28 лѣтъ, была принята въ больницу 21/xi 92 г., съ жалобами на сильную боль внизу живота и въ поясницѣ; общая слабость. Первые регулы имѣла на 17 году, родила одинъ разъ благополучно, 5 лѣтъ тому назадъ. Послѣ родовъ не хворала. Крови съ этого времени приходили правильно, но продолжались дольше (7—8 дней), чѣмъ до родовъ. Въ послѣдніе годы, крови часто неправильны, приходятъ то черезъ недѣлю, то черезъ три, но продолжаются не долгое время. Три недѣли тому назадъ у больной появились крови, которыя, съ нѣкоторыми перерывами, продолжались до поступленія въ больницу.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, немного малокровна. Животъ напряженъ и болѣзненъ, особенно въ нижней части. Температура 37,4°, пульсъ правильный, нормальной напряженности. Языкъ обложенъ, влаженъ. Изъ половой щели выдѣляется кровянистая жидкость буроватаго цвѣта. Portio vaginalis стоитъ высоко, немного укорочена. Наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Боковые своды слегка опущены. Задній сводъ сильно выпячивается, занять плотно эластическою, неподвижною опухолью, лежащею за маткой и распространяющею болѣе въ лѣвую, чѣмъ въ правую половину таза. Верхняя граница опухоли находится приблизительно между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Пункціей въ заднемъ сводѣ опредѣляется, какъ содержимое опухоли, темная кровь.

Такъ какъ больная чувствовала себя еще довольно сносно, то она на предложенную операцію не согласилась.

Съ 1/xii замѣчается перемѣна въ состояніи больной; она начинаетъ лихорадить. Вначалѣ температура только по вечерамъ была значительно повышена, а по утрамъ еще была субфебрильная, но уже чрезъ нѣсколько дней лихорадка приняла характеръ febris continua. Появились сильнѣйшія боли внизу живота, сопровождаемыя увеличеніемъ опухоли. Пульсъ все время учащенъ и слабъ. По ночамъ больная не спитъ и страдаетъ отсутствіемъ аппетита. Продолжительною лихорадкою силы больной постепенно истощаются, температура колеблется между 38,3° и 39,2°. Въ теченіи десяти дней больной такъ много пришлось выстрадать, что она изъявила свое согласіе на небольшую операцію 11/xii была произведена elytrotomy. Послѣ вскрытія мѣшка haematocoele широкимъ разрѣзомъ изъ полости выдѣлилось большое количество икорозной крови. Послѣ опорожненія полости отъ сгустковъ, въ верхнихъ частяхъ мѣшка, пальцемъ можно было прощупать болѣе плотныя части, которыя однакожь удалить не удалось. Въ полость введенъ

тампонъ, который въ послѣдствіи замѣненъ дренажемъ. Въ жидкой крови и въ сгусткахъ частей плоднаго яйца опредѣлить не удалось.

Послѣ операціи общее состояніе больной значительно улучшилось, температура вечеромъ была $38,2^{\circ}$, на другой день нормальная. Хотя въ послѣдующіе дни температура по вечерамъ иногда еще доходила до 38° и $38,5^{\circ}$, но больная видимо стала поправляться. Первую недѣлю послѣ операціи изъ раны выдѣлялось значительное количество кровянисто-гнойной жидкости. На второй недѣлѣ выдѣленія стали менѣе обильны и опухоль внизу живота постепенно уменьшалась. Вслѣдствіе уменьшенія опухоли влагалищная часть матки опускалась все ниже и ниже, при чемъ отчасти закладывала сдѣланное въ заднемъ сводѣ отверстіе, которое имѣло значительную наклонность къ суженію; пришлось вторично разрѣзомъ расширить рану. Въ началѣ января больная на столько поправилась, что могла начать ходить. При изслѣдованіи въ окружности матки все еще прощупывались плотныя безболѣзненные инфильтраціи. 29/1 93 г. больная, по ея настоятельной просьбѣ, была отпущена домой. Въ заднемъ сводѣ имѣлось отверстіе, съ трудомъ пропускающее палецъ, изъ котораго выдѣлялось незначительное количество серозно-гнойной жидкости. Въ началѣ февраля больная зашла показаться. Она пополнила и чувствуетъ себя хорошо; только при ходьбѣ или работѣ жалуется на боль внизу живота. Отверстіе въ заднемъ сводѣ почти срослось. Матка немного подвижнѣе, въ сводахъ плотныя сращенія.

Здѣсь слѣдовало бы привести еще исторіи болѣзни двухъ больныхъ, но такъ какъ онѣ уже опубликованы мною въ другой статьѣ,²⁷⁾ то ограничусь слѣдующими примѣчаніями. Въ обоихъ случаяхъ кровяная опухоль была величиною болѣе чѣмъ съ кулакъ. Вслѣдствіе начинающагося разложенія въ этихъ случаяхъ была произведена *coeliotomia* съ благополучнымъ исходомъ. Въ препаратахъ, добытыхъ при операціи, макроскопическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ не удалось найти измѣненій, доказывающихъ присутствіе внѣматочной беременности.

Перехожу теперь къ описанію случаевъ, въ которыхъ эктопическая беременность служила источникомъ внутрибрюшинной кровяной опухоли.

Скорбный листъ № 318. Марія А., солдатка, 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 23/1 1893 г. Родила одинъ разъ шесть лѣтъ тому назадъ. На 13 году первый разъ менструировала. Регулы приходили постоянно правильно, черезъ три недѣли и продолжались 7 дней. Послѣдніе нормальные регулы были въ октябрѣ. Около мѣсяца больная страдаетъ тошнотой и рвотой. Три недѣли до поступленія въ больницу у А.

²⁷⁾ Beiträge zur Lehre von der Tubenschwangerschaft. St. Petersburg. med. Wochenschr., 1892., № 48.

появились схваткообразныя боли и затрудненіе при мочеиспусканіи. Изъ половыхъ органовъ стала выдѣляться темная кровь. Больная очень поблѣднѣла и ослабла.

Status praesens. Больная хорошаго тѣлосложенія. Значительная анемія кожи и слизистыхъ оболочекъ. Языкъ немного обложенъ, влаженъ. Температура $36,8^{\circ}$, пульсъ слабый. Животъ вздутъ, при дотрагиваніи очень болѣзненъ, особенно въ нижней части. *Portio vaginalis* стоитъ очень высоко, прижата къ лонному соединенію. Наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Матка немного увеличена, въ *anteflexio*. Своды, особенно задній, опущены, заняты плотно-эластическою опухолью, выполняющей почти весь малый тазъ. Верхняя граница опухоли стоитъ почти на уровнѣ пупка. Болѣе точное опредѣленіе границъ опухоли, вслѣдствіе сильной чувствительности, не удается. При пункции въ заднемъ сводѣ получается темная жидкая кровь.

Въ слѣдующіе дни самочувствіе больной, благодаря полному покою и наркотическимъ средствамъ, немного улучшилось. Она все еще жаловалась на сильную слабость и головокруженіе. Опухоль внизу живота начала немного плотнѣть. Температура была нормальная.

28 і въ два часа дня, при сильныхъ схватывающихъ боляхъ, изъ полости матки выдѣлился кусокъ ткани, оказавшійся при болѣе тщательномъ осмотрѣ цѣликомъ отдѣлившейся *decidua uterina*. Вечеромъ температура $37,8^{\circ}$. Въ слѣдующіе 9 дней, температура по утрамъ была субфебрильная, а по вечерамъ колебалась между 38° и $38,5^{\circ}$. Самочувствіе больной между тѣмъ не ухудшилось. По временамъ бывали не сильныя боли въ животѣ и поясницѣ. Выдѣленія изъ матки не обильныя, кровянистыя, иногда съ примѣсью небольшихъ хлопьевъ. Кровяная опухоль принимаетъ болѣе твердую консистенцію и при пальпаціи дѣлается менѣе болѣзненной. Съ 7/II больная по вечерамъ больше не лихорадила. Выдѣленія изъ матки почти прекратились. Опухоль внизу живота сдѣлалась очень плотною, но медленно уменьшалась. Спустя нѣкоторое время, больная чувствовала себя такъ хорошо, что она настоятельно требовала, чтобы ее отпустили домой. Въ день выписки 26/III изслѣдованіе дало слѣдующій результатъ. Матка стоитъ еще высоко за лоннымъ соединеніемъ. Сзади и справа отъ нея прощупывается плотная опухоль величиною съ дѣтскую головку. Правая утолщенная труба, постепенно расширяясь, переходитъ въ вышеописанную опухоль. Въ сравненіи съ прежними размѣрами опухоль немного уменьшилась, границы ея яснѣе опредѣляются.

Въ августѣ, 13 и 28 числа, мнѣ удалось увидѣть больную. Она имѣла очень хорошій видъ и чувствовала себя прекрасно. При изслѣдованіи матка найдена немного увеличенной, но подвижной. Справа прощупывается плотная, безболѣзненная опухоль, величиною съ куриное яйцо. Въ заднемъ и правомъ сводахъ незначительныя, плотныя инфильтраты. До августа у больной регуль не было. Въ 20 числахъ этого мѣсяца, показались крови, которыя продолжались три дня и не сопровождались никакими особенными явленіями.

Скорбный листъ № 2961. Марія А., жена запаснаго рядоваго, 32 лѣтъ, поступила 6/ѵп 1893 г. въ больницу, съ явленіями острой анеміи и жалобами на сильную боль въ животѣ. Изъ анамнеза выяснилось: родила два раза, одинъ разъ выкинула. Регулы появились на 14 году, приходятъ черезъ 4 недѣли и продолжаются три дня. Послѣднія мѣсячныя имѣла вначалѣ марта. Съ мая мѣсяца больная чувствуетъ себя плохо: по утрамъ бывала тошнота и часто боли въ животѣ. Предполагая, что она беременна, она обратилась къ акушеркѣ, которая ей посоветовала брать ванны. Послѣ ваннъ боли внизу живота усиливались и временами являлось обильное выдѣленіе крови изъ половыхъ органовъ. 4/ѵп послѣ ванны больная почувствовала сильнѣйшую боль въ животѣ, голова закружилась, ей сдѣлалось дурно и она упала въ обморокъ.

Status praesens. Общая значительная анемія. Пульсъ слабый, едва прощупывается. Грудь нагнута, изъ нее при надавливаніи выжимается молозиво. Животъ вздутъ. При дотрогиваніи больная ощущаетъ сильную боль. Въ нижней части живота получается при перкуссии притупленіе тона. Моча задерживается и отдѣляется съ болью. Больную очень клонитъ ко сну, по временамъ появляется икота. Выдѣленія изъ половыхъ органовъ кровянистыя. Температура 37,9°. Назначено: опій внутрь, лёдъ на животъ. 7/ѵп температура 37,0° — 37,0°, ночь больная провела плохо. Икота прекратилась. Животъ еще вздутъ, но чувствительность немного уменьшилась. Частые позывы къ мочеиспусканію. Видъ больной немного бодрѣе. Пульсъ нитевидный. 8/ѵп температура 37,2° — 37,9° больная чувствуетъ себя лучше. Пульсъ полнѣе. Рвало одинъ разъ. Вздутость и болѣзненность живота на столько уменьшились, что можно было приступить къ гинекологическому изслѣдованію. *Portio vaginalis* немного объемиста, стоитъ низко, не подвижно. Матка въ *anteflexio* увеличена соотвѣтственно двумъ мѣсяцамъ беременности. *Fundus* наклоненъ вправо. Задній и лѣвый своды опущены, заняты плотно-эластическою опухолью, величиною съ дѣтскую головку. При пункціи въ заднемъ сводѣ получается жидкая темная кровь. 10/ѵп температура 37,0° — 37,3°. Состояніе больной значительно улучшилось, она ночь спала хорошо и чувствуетъ себя гораздо бодрѣе. Пульсъ правильный, довольно полный. Икоты не было. Животъ менѣе болѣзненъ. Консистенція опухоли болѣе плотная и границы ея, особенно съ лѣвой стороны, яснѣе опредѣлимы. Не обильныя кровянистыя выдѣленія изъ матки. 12/ѵп изъ влагалища удаленъ кусокъ отпадающей оболочки. Ткань на столько подверглась разложенію, что она для постановки микроскопическаго діагноза не пригодна. Начиная съ этого дня больная быстро стала поправляться, температура не превышала нормы. Кровянистыя выдѣленія изъ матки прекратились и силы больной довольно скоро возстановились. Кровяная опухоль плотнѣла и постепенно уменьшалась въ объемѣ. 30/ѵп при изслѣдованіи матка найдена въ *anteflexio*. Влагалищная часть матки объемиста. Задній сводъ выпячивается меньше. *Corpus uteri* спаянъ съ плотнымъ инфильтратомъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Слѣва прощупывается довольно ясно ограниченная и немного подвижная продолговатая опухоль, переходящая въ вышеописанныя плотныя массы въ заднемъ сводѣ. Не смотря на всѣ увѣщанія, больная выписалась изъ больницы и о дальнѣйшей судьбѣ ея свѣдѣній не имѣется.

Скорбный листъ № 2325, 1893 г. Евдокія К., 23 лѣтъ. Имѣла первыя регулы на 14 году. Menstrua все время приходили правильно, черезъ 4 недѣли по 5 лней. Родила одинъ разъ благополучно годъ и три мѣсяца тому назадъ. Послѣ послѣднихъ регулъ болѣе пяти недѣль кровей не носила. 15 у больная подняла тяжелое ведро, при чемъ почувствовала сильныя схваткообразныя боли въ животѣ. Больная упала въ обморокъ и нѣкоторое время лежала безъ чувствъ. Появилось сильное кровотечение изъ матки, которое въ послѣдствіи уменьшилось, но кровянистыя выдѣленія продолжались до дня поступления въ больницу, т. е. 1/VI.

Status praesens. Организмъ средняго сложенія. Ясно выраженная анемія. Животъ мало напряженъ, но при дотрагиваніи очень болѣзненъ. Влагилищная часть матки укорочена, стоитъ высоко за лоннымъ соединеніемъ. Своды, особенно задній, выпячиваются. Весь малый тазъ занятъ плотною эластическою опухолью, окружающею матку. Верхняя граница опухоли стоитъ почти на уровнѣ пупка. При пункции въ заднемъ сводѣ получается темная кровь. Мочеиспусканіе затруднено. Больная жалуется на частыя схваткообразныя боли. Температура 37,9°. Пульсъ немного учащенъ, слабый. До 11/VI въ состояніи больной особенныхъ перемѣнъ не происходило. Температура была большею частью субфебрильная, но иногда наблюдались также вечернія повышенія. 11/VI появились схватки, которыя продолжались всю ночь, къ утру изъ матки выдѣлились довольно большіе куски ткани, которые при изслѣдованіи оказались отпадающей оболочкой. Въ необильныхъ кровянистыхъ выдѣленіяхъ изъ матки въ послѣдующіе дни еще иногда находились кусочки deciduae. Кровяная опухоль показывала мало наклонности къ уплотненію и уменьшенію; температура постепенно повышалась и колебалась между 38 и 39 градусами. Дни съ субфебрильною температурою бывали весьма рѣдко. Общее состояніе больной также не улучшилось. Она слабѣла, жаловалась на тошноту. Въ такомъ положеніи больная находилась до 23/VI. 24/VI вечеромъ больную сильно знобило и температура повысилась до 40 градусовъ, появились сильныя боли въ правой половинѣ живота, тошнота, рвота. Температура въ слѣдующіе дни была повышена; по утрамъ она держалась около 38 градусовъ, по вечерамъ повышалась до 40°. Вечернія повышенія обыкновенно сопровождалась знобомъ. Не смотря на очень мучительное состояніе больной, она на операцію не соглашалась. 28/VI у больной, которая въ послѣднее время страдала запорами, самопроизвольно было два обильныхъ испраженія темно-буроватыми жидкими массами. На другой день температура упала до нормы, знобовъ больше не было и общее состояніе здоровья значительно улучшилось. Объемъ опухоли сразу уменьшился. Въ слѣдующіе дни въ испраженіяхъ замѣчались такіе же темныя вонючія массы.

1/VII при изслѣдованіи найдено: portio vaginalis небольшихъ размѣровъ, стоитъ ниже. Матка въ anteflexio, немного подвижна. Лѣвый сводъ свободенъ. Въ заднемъ, но особенно въ правомъ сводѣ прощупывается плотная, неболезненная инфильтрація, которая не выходитъ изъ предѣловъ малаго таза. Больная настолько поправилась, что 18/VII, по ея просьбѣ, была отпущена домой. 24/IX больная опять была изслѣдована. Матка подвижна въ anteflexio. Въ правомъ сводѣ прощупывается плотная, немного подвижная и безболѣзненная опухоль, величиною съ куриное яйцо.

Въ противоположность этимъ случаямъ выжидательнаго лѣченія привожу слѣдующія исторіи болѣзни, въ которыхъ пришлось прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству.

Скорбный листъ № 4695. Акулина В. поступила 8/х 92 г., въ Петропавловскую больницу. Въ дѣтствѣ была постоянно здорова. Первые регулы на 14-мъ году. Родила 6 разъ, послѣдніе роды (двойни), 9 лѣтъ тому назадъ, были преждевременные. Послѣродовыми болѣзнями не страдала. Послѣ послѣднихъ родовъ регулы появлялись не совсѣмъ правильно и были немного обильны, но особенныхъ болей во время менструацій не было. Послѣдніе нормальные регулы приблизительно два мѣсяца тому назадъ. Около 4-хъ дней больная страдаетъ сильными болями въ животѣ и поясницѣ. Рвота замѣчалась одинъ разъ.

Status praesens. Брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія; кожа блѣдно-желтоватаго цвѣта. Пульсъ слабый и учащенный. Температура 36,3°. Органы грудной полости нормальны. Животъ сильно вздутъ. При малѣйшемъ дотрагиваніи больная вскрикиваетъ отъ боли. При перкуссіи въ области надъ лоннымъ соединеніемъ получается притупленіе тона. Бимануальное изслѣдованіе невозможно. Влагалищная часть матки объемиста, плотна. Подвижность повидимому увеличенной матки ограничена. Своды сравнительно мало опущены, въ нихъ не ясно прощупывается эластическое очень болѣзненное уплотненіе. Въ такое состояніе больная впала безъ всякихъ уважительныхъ причинъ 7/х вечеромъ. До этого времени, за исключеніемъ болей, она чувствовала себя сносно. 9/х температура 37,4—37,5°. Больная ночь спала довольно хорошо. Животъ немного менѣе болѣзненъ. Изъ половыхъ органовъ выдѣляется окрашенная жидкость. Обильное испражненіе послѣ клистира. 10/х t° 37,2—38,2°. Самочувствіе улучшается, отдѣленіе крови изъ матки менѣе обильное. Пульсъ еще немного учащенъ, но гораздо полнѣе. 11/х t° 37,4—37,8°. Ночью появились схваткообразныя боли. Въ общемъ больная себя чувствуетъ довольно хорошо. Животъ не вздутъ и мало болѣзненъ. Выдѣленій изъ матки нѣтъ. 12/х t° 37,5—37,8°. При ощупываніи живота больная не жалуется на особенныя боли и потому приступлено къ гинекологическому изслѣдованію. *Portio vaginalis* стоитъ нѣсколько выше нормы, наружный звѣз пропускаетъ палецъ. Матка увеличена соотвѣтственно 2-му мѣсяцу беременности, *fundus* наклоненъ вправо. Въ лѣвомъ параметріи прощупывается неплотная и неясно ограниченная опухоль, которая переходитъ въ Дугласово пространство, выпячиваетъ довольно значительно задній сводъ. Изъ груди выжимается молозиво. 13/х t° 37,2—37,8°. Изъ матки опять появились кровянистыя выдѣленія. Боль въ животѣ *in statu quo*. Запоръ. 14/х t° 37,3—38,1°. Больная жалуется опять на сильную боль въ животѣ. Консистенція опухоли въ лѣвой половинѣ живота дѣлается болѣе плотной, но размѣры ея немного увеличились — она соотвѣтствуетъ теперь величинѣ головкѣ новорожденнаго. Верхняя граница находится почти на уровнѣ пупка. 16/х t° 37,5—37,9°. Опухоль внизу живота плотнѣетъ. Больная чувствуетъ себя не хорошо; особенно сильныхъ болей она не ощущаетъ, но она находитъ такое положеніе невыносимымъ и изъявляетъ свое согласіе на операцію. 18/х t° 38° — 38°. *Koeliotomia* (д-ръ Домбровский). Разрѣзъ параллельно

бѣлой линіи, черезъ лѣвый *m. rectus abdominis*. Послѣ вскрытія брюшины, нижняя часть полости живота оказалась наполненною кровяными сгустками. Послѣ удаленія ихъ, сдѣлалось виднымъ дно увеличенной матки. Лѣвая труба значительно расширена, абдоминальное отверстіе ея находится въ полости, выполненной кровяными сгустками, которые распространяются съ боку и сзади отъ матки. Лѣвая широкая связка значительно расширена и, куполообразно выпячиваясь, образуетъ переднюю стѣнку кровяной опухоли. Задняя и правая стѣнка *haematocoele* образуется склеенными между собою петлями кишекъ. Лѣвая труба была перевязана около лѣваго угла матки и удалена вмѣстѣ съ частью широкой связки. Оставшаяся культи широкой связки, впитана въ брюшную рану. Послѣ возможно тщательнаго удаленія сгустковъ, полость была затампонирована, одинъ тампонъ былъ проведенъ во влагалище, черезъ сдѣланный въ заднемъ сводѣ разрѣзъ. Препаратъ, добытый при операциі, состоитъ изъ измѣненной трубы, яичника и части *lig. lat.* Труба, имѣющая въ длину около 9 сант., почти совсѣмъ не представляетъ извивовъ; она постепенно расширяется до діаметра въ 5 сант. Стѣнка ея довольно тонка, надрывовъ въ ней нѣтъ. Къ значительно расширенному абдоминальному концу, прилегаетъ часть стѣнки мѣшка *haematocoele*. Просвѣтъ трубы совершенно выполненъ плотнымъ кровянымъ сгусткомъ. Яичникъ увеличенъ, частью пропитанъ кровью; на разрѣзъ видно свѣжее *corpus luteum verum*.

Микроскопическія данныя: атрофическая *muscularis*, тонкій слой соединительной ткани частью съ мелко-кѣлочной инфильтраціей. Въ истонченной стѣнкѣ трубы видны многочисленные кровеносные сосуды и продолговатые наполненные кровью полости. Близъ слизистой оболочки вокругъ сосудовъ имѣются группы децидуальныхъ кѣлокъ. Большая часть слизистой оболочки или отслоена кровоизлияніемъ или вполне разрушена имъ. Въ кровяномъ сгусткѣ, плотно прилежащемъ къ стѣнкѣ трубы, кромѣ остатковъ кѣлокъ и обрывковъ слизистой оболочки, видны многочисленные ворсинки *chorion'a*.

19/x 1° 38,1° — 38,4°. Животъ немного вздутъ, не болѣзненъ, рвоты не было, на икоту больная не жалуется. Пульсъ удовлетворительный. Послѣоперационный періодъ до 1/x протекаетъ несовсѣмъ безлихорадочно; по вечерамъ обыкновенно замѣчались повышенія температуры до 38°, рѣже до 38,4°. Больная все это время чувствовала себя довольно хорошо. Въ началѣ при перевязкахъ выдѣлялось довольно много старыхъ сгустковъ, но полость сравнительно скоро уменьшилась и кровянисто-гнойныя выдѣленія сдѣлались менѣе обильными. Съ 1/x больная больше не лихорадила и такъ какъ отдѣленія изъ полости сдѣлались незначительными, то 12/x брюшная рана была зашита вторичнымъ швомъ и хорошо срослась. Послѣ удаленія тампона изъ отверстія въ заднемъ сводѣ, рана скоро затянулась. При выпискѣ 5/x больная чувствовала себя очень хорошо, при ходьбѣ болѣе не ощущала. Матка найдена въ *anteflexio*, притянута немного лѣвымъ краемъ по направлению къ нижнему углу брюшной раны, вслѣдствіе чего подвижность ея еще не совсѣмъ нормальная. Своды свободны.

Скорбный листъ № 5516. Екатерина Н., 23 лѣтъ, была принята 12/x въ больницу. Nulipara. Первые регулы у нее появились на 19 году,

приходили каждую четвертую недѣлю и продолжались около 7 дней. Послѣдніе регулы въ началѣ октября. Приблизительно двѣ недѣли тому назадъ, у больной появились схваткообразныя боли въ животѣ, ей сдѣлалось дурно и она упала въ обморокъ. Появившееся кровотечение изъ матки продолжалось приблизительно 1½ недѣли. Къ усиливающимся болямъ внизу живота за послѣднее время присоединилось еще болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, хорошо упитана. Кожа блѣдноватого цвѣта. t^0 повышена. Пульсъ учащенъ, средней напряженности. Груды не нагрудли, изъ лѣвой при надавливаніи выдѣляется нѣсколько капель молокообразной жидкости. Животъ не вздутъ. Перкуссия нижней части живота даетъ до пупка тупость тона. При пальпации въ этой области прощупывается уплотненіе, занимающее главнымъ образомъ лѣвую и среднюю часть живота и доходящее почти до пупка. Матка увеличена, прижата къ лонному соединенію. Задній сводъ занятъ плотно-эластическою опухолью, выпячивающей также боковые своды и сливающейся кверху съ вышеупомянутымъ уплотненіемъ въ животѣ. Пункція въ заднемъ сводѣ открываетъ присутствіе разлагающейся крови съ сильнымъ запахомъ. Въ послѣдующіе дни температура по утрамъ была субфебрильная ($37,6-37,9^0$), по вечерамъ замѣчались повышенія до $39,1^0$. Не смотря на примѣненіе холода, наркотическихъ средствъ и полного покоя, состояніе больной не улучшалось, она видимо слабѣла. Боли продолжались и замѣчалось скорѣе увеличеніе, чѣмъ уменьшеніе кровяной опухоли. Въ виду такого безвыходнаго положенія, я 19/xii приступилъ къ операціи. Поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; выдѣлилось большое количество вонючей кровянисто-гнойной жидкости. Въ отверстіе въ заднемъ сводѣ былъ введенъ тампонъ. Больную уложили на операціонный столъ въ положеніи *Trendelenburg'a* для вскрытія брюшной полости. Разрѣзъ параллельно бѣлой линіи черезъ *mus. rectus abdom. sin.* Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что подлежащій мѣшокъ кровяной опухоли въ верхней части былъ уже склеенъ съ *peritoneum parietale*. Книзу такого сращенія съ брюшными стѣнками не существовало, здѣсь прощупывалось дно увеличенной матки и расширенная лѣвая труба, которая, перегибаясь взадъ, непосредственно переходило въ стѣнки кровяной опухоли. Мѣшокъ *haematocoele* былъ вскрытъ разрѣзомъ и изъ полости выдѣлено значительное количество отчасти уже организованныхъ кровяныхъ сгустковъ. Послѣ перевязки измѣненный яичепроводъ съ частью широкой связки и по возможности большимъ отдѣломъ мѣшка были удалены. Съ правой стороны имѣлся *ruosalpinx*, вслѣдствіе чего и эта труба была экстирпирована. Оставшаяся полость плотно затампонирована; концы тампоновъ выведены какъ въ брюшную рану, такъ и въ отверстіе въ заднемъ сводѣ.

Препаратъ, добытый при операціи, представляетъ главнымъ образомъ часть стѣнки мѣшка, толщиною въ 1 — 1½ сант. и шириною въ небольшую ладонь. Стѣнка эта состоитъ изъ организованныхъ уже частью кровяныхъ сгустковъ. Къ внутренней поверхности на нѣкоторомъ протяженіи прикрѣпленъ кусокъ водной оболочки съ остаткомъ цуповины. Придатокъ, который нужно считать концомъ трубы, на-

столько измененъ кровоизліяніемъ, что точно установить существованіе тканей, характерныхъ для трубы, не удается. Ворсинки chorion имѣются въ значительномъ числѣ.

Послѣ операціи больная чувствовала себя довольно хорошо. Температура иногда по вечерамъ была повышена до 38°, но въ общемъ больная не лихорадила. Пульсъ былъ вначалѣ учащенъ (100—110 ударовъ въ минуту), но довольно полный. Первые дни послѣ операціи была небольшая икота. Изъ полости съ 6 дня выдѣлялась обильная, зловонная кровянисто-гнойная жидкость. Съ уменьшеніемъ полости, нагноеніе становилось менѣе обильнымъ и 4/1 уже можно было приступить къ наложенію вторичнаго шва на брюшную рану. Брюшная рана впослѣдствіи отчасти опять разошлась и зажила вторичнымъ натяженіемъ. Выдѣленіе гноя изъ отверстия въ заднемъ сводѣ, продолжалось еще довольно долгое время. Съ 7/11 отверстіе въ Дугласовомъ пространствѣ больше не тампонировалось и постепенно затягивалось. 18/11 больная выписалась здоровою.

Остальные три случая (скорбный листъ № 1065, 1145, 1266), въ которыхъ кровяная опухоль, образовавшаяся вслѣдствіе трубной беременности, была удалена посредствомъ операціи (coeliotomia et elytrotomia) съ благопріятнымъ исходомъ, подробнѣе уже изложены въ вышеупомянутой статьѣ, почему я и ограничусь этими указаніями.

Терапія въ нашихъ случаяхъ была проведена различнымъ образомъ. Примѣнялись три главные типа лѣченія внутрибрюшинной кровяной опухоли. Выжидательнымъ способомъ лѣчились 12 случаевъ. Больныя всѣ выписались поправившимися. Во время пребыванія въ больницѣ онѣ благополучно пережили тотъ періодъ, въ которомъ обыкновенно появляются припадки, угрожающіе жизни, но можемъ ли мы ихъ назвать уже излѣченными? До полного всасыванія крови или частей плоднаго яйца въ случаяхъ вѣматочной беременности пройдетъ еще много времени. Въ эти недѣли, а можетъ быть и мѣсяцы, пластическія residua во многихъ случаяхъ для пациентокъ будутъ источникомъ болей и неспособности къ труду. Какъ разъ въ случаяхъ, гдѣ женщины должны искать себѣ пропитанія тяжелымъ трудомъ, часто является желаніе возстановить по возможности скоро оперативнымъ пособіемъ нормальныя условія. Но если обратить вниманіе на то, что сравнительно такая небольшая операція, какъ elytrotomia, все еще даетъ около 7,4% смертности, то будетъ понятно, что въ настоящее время опять чаще прибѣгаютъ въ выжидательному методу лѣченія и счи-

таютъ операцию только тогда показанной, когда не разлагающаяся кровяная опухоль, достигаетъ громаднѣхъ размѣровъ.

При начинающемся нагноеніи haematocoele — лихорадка, увеличеніе опухоли и общій упадокъ силъ дѣлаютъ операцию неизбѣжной. *Zweifel* ²⁸⁾, *Strauch* ²⁹⁾ и др. въ такихъ случаяхъ лучшимъ оперативнымъ пособіемъ считаютъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Elytrotomia въ нашихъ случаяхъ производилась только одинъ разъ. Результатъ этого метода лѣченія былъ quo ad vitam хорошій, quo ad valetudinem completam не удовлетворительный. Данный случай подтвердилъ уже ранѣе сдѣланное наблюденіе. Причина кровотеченія осталась неизвѣстной. Удаленіе патологически-измѣненныхъ частей не удалось; выздоровленіе, не говоря уже, о трудности послѣоперационнаго лѣченія, продолжалось долгое время, а не двѣ или три недѣли, какъ утверждаетъ *Zweifel*. Въ концѣ концовъ больная не была излѣчена операцией.

Полное выздоровленіе мы наблюдали только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ была сдѣлана koeliotomia. Примѣнялся способъ, подробнѣе описанный мною въ другомъ мѣстѣ ³⁰⁾ и состоящій главнымъ образомъ въ комбинаціи koeliotomia съ elytrotomia и дающій возможность тампонировать брюшную полость черезъ рану въ стѣнкахъ живота и черезъ влагалище. Смертныхъ случаевъ, какъ видно изъ вышеизложенныхъ исторій болѣзни, не было. Въ большинствѣ случаевъ въ брюшной полости пришлось оставить части мѣшка haematocoele, но не смотря на это при выпискѣ больныхъ, матка всегда была находима подвижною и уплотненій въ ея окружности не замѣчалось. Что всасываніе оставленныхъ частей мѣшка дѣйствительно происходитъ вполне, если измѣненная труба или плодное яйцо, т. е. главныя причины усиленнаго кровообращенія, удалены, въ этомъ я могъ убѣдиться въ трехъ случаяхъ вторичнаго чревосѣченія вслѣдствіе грыжъ бѣлой линіи. Неболшія перемычки и спайки брюшины въ этихъ случаяхъ были единственными остатками бывшихъ патологическихъ процессовъ.

²⁸⁾ l. c.

²⁹⁾ St. Petersburg. Med. Wochenschrift, 1890, № 52, стр. 47.

³⁰⁾ l. c.

Если по какимъ бы то не было соображеніямъ при операциі покажется неудобнымъ сейчасъ же зашить брюшную рану, то возможность образованіе грыжи при заживленіи раны *per secundam* надо постоянно имѣть въ виду. Опасность эта одинаково велика, дѣлается ли разрѣзъ вдоль бѣлой линіи или параллельно къ ней черезъ прямые мышцы брюшныхъ покрововъ. Эти недостатки операциі легко исправимы тщательнымъ наложеніемъ мускуло-апоневротического шва при вторичной операциі и далеко не такъ существенны, какъ выгоды этого метода лѣченія.

При внутрибрюшинныхъ кровяныхъ опухоляхъ большихъ размѣровъ, если онѣ происходятъ вслѣдствіе внѣматочной беременности, *koeliotomia*, по нашимъ наблюденіямъ, остается самымъ удобнымъ и радикальнымъ оперативнымъ пособіемъ.

IV. СЛУЧАЙ HYDROCELE FEMINAE.

Кр-ка Евдокія И., 21 г., поступила, 23/VI 1892 г., въ больницу съ жалобами на боль внизу живота, запоры и тошноту. Больная слабого тѣлосложенія, плохо упитана, цвѣтъ лица блѣдный. Исслѣдованіе органовъ грудной полости не даетъ уклоненій отъ нормы. Языкъ обложенъ животъ немного вздутъ, болѣзненъ. Правая *regio inguinalis* немного выстоятъ надъ общимъ уровнемъ брюшныхъ стѣнокъ. При пальпациі въ области праваго паховога канала прощупывается довольно плотная продолговатая опухоль, величиною съ гусиное яйцо. Вся эта область очень болѣзненна при дотрагиваніи. Температура и пульсъ нормальны. Больная заявляетъ, что больно въ паху, страдаетъ третій день; уже нѣкоторое время до заболѣванія замѣчала припухлость въ правой сторонѣ живота, но такъ какъ опухоль ей не причиняла какихъ либо болей, то она особеннаго вниманія на нее не обращала.

На другой день, не смотря на полный покой, примѣненіе холода и опорожненіе кишечника, боли въ паховой области скорѣе усилились, чѣмъ уменьшились. По этому 25/VI было приступлено къ удаленію опухоли (д-ръ Домбровский). Разрѣзъ надъ опухолью по направленію паховога канала. Предлежала опухоль грушевидной формы съ довольно плотными стѣнками и жидкимъ содержимымъ. Болѣе узкая часть опухоли находилась въ паховомъ каналѣ и была плотно спаяна съ круглой связкой. Большая часть опухоли находилась внѣ канала. Полное отдѣленіе мѣшка отъ круглой связки не удалось, почему она послѣ перевязки была экстирпирована вмѣстѣ съ частью *lig. rotundi*, конецъ котораго былъ вшитъ въ рану. Наложеніе нѣсколькихъ швовъ на наружную рану и тампонація полости. Послѣоперационный періодъ протекъ совершенно безлихорадочно, рана хорошо срослась и больная вскорѣ выписалась здоровой.

Весь извѣстный матеріаль о патологіи круглыхъ связокъ впервые былъ собранъ *Rau* ³¹⁾, но такъ какъ большинство имъ описанныхъ случаевъ не были провѣрены вскрытіемъ или тщательнымъ осмотромъ во время операціи, то матеріаль этотъ для дальнѣйшихъ изслѣдованій мало пригоденъ. Только съ появленіемъ изслѣдованій *Zuckerkan del*'а ³²⁾ извѣстная клиническая картина hydrocele feminae получила свое объясненіе въ патолого-анатомическомъ отношеніи. Въ своей статьѣ «Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles etc.», этотъ авторъ приводитъ, что онъ въ 19 трупахъ дѣвочекъ, отъ 1 до 12 недѣль отъ роду, 4 раза находилъ diverticulum *Nuckii*, и при томъ 3 раза съ обѣихъ сторонъ. *Schröder* ³³⁾ описываетъ одинъ случай, въ которомъ серозное содержимое опухоли при надавливании опорожнялось въ брюшную полость. Въ большинствѣ случаевъ diverticulum *Nuckii* зарастаетъ на какомъ нибудь выпележащемъ мѣстѣ. Въ оставшейся полости вслѣдствіе разныхъ причинъ можетъ накопиться жидкость, что и ведетъ къ извѣстной картинѣ hydrocele.

Въ настоящее время большинствомъ авторовъ ³⁴⁾, hydrocele lig. rotundi строго выдѣляется изъ патологіи круглыхъ связокъ и по этому названіе hydrocele feminae болѣе подходящее.

Заболѣваніе встрѣчается не очень часто. До 1884 года *Hennig* ³⁵⁾ изъ литературы могъ собрать только 41 случай. За послѣднее время такіе случаи описали: *Bergmann* ³⁶⁾, *Osborn* ³⁷⁾, *Pena* ³⁸⁾, *Wright* ³⁹⁾, *Szénasy* ⁴⁰⁾, *Gayraud* ⁴¹⁾,

³¹⁾ Neue Zeitschr. f. Geb., т. 28, 1850.

³²⁾ Langenbeck's Archiv., т. 21, стр. 215.

³³⁾ Handbuch der Kr. d. weibl. Geschlechtsorgane. Leipzig, 1881.

³⁴⁾ *Martin*. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., т. 22, стр. 445.

³⁵⁾ Archiv f. Gyn., т. 25, стр. 103.

³⁶⁾ Hydrocele feminae. Diss. inaug. Bonn, 1887.

³⁷⁾ Hydrocele in female. Brit. med. Journ., 1887, II, 1377.

³⁸⁾ Hydrocele del ligaments redondo etc. An. d. Circ. med. argent. Buenos-Aires, т. 15, стр. 317—320.

³⁹⁾ Three cases of hydrocele in the female. New-York med. Journ., 1887, стр. 357.

⁴⁰⁾ Hydrocele muliebris. Pester med. chir. Presse, 1887, стр. 1008.

⁴¹⁾ De l'hydrocèle de la femme. Gaz. hebdom. des sc. med. de Montpellier, 1888. 61.

Hinterstoisser ⁴²⁾, *Serb* ⁴³⁾, *Lammert* ⁴⁴⁾ и *Lethaus* ⁴⁵⁾. По *Гейнау* ⁴⁶⁾ число опубликованных несомнѣнныхъ случаевъ hydrocele у женщинъ доходить до 80.

⁴²⁾ Ein Fall von hydrocele cystica beim Weibe. Wiener. klin. Wochenschr 1888, № 12.

⁴³⁾ Ein Fall von hydrocele muliebris. Würzb., 1888, *A. Bogler*.

⁴⁴⁾ Beitrag zur Kasuistik der Hydrocele feminae. Münchner med. Wochenschr 1891, № 29.

⁴⁵⁾ Hydrocele muliebris. Diss. inaug. Bonn 1893, рефер. въ Centralbl. f. Gyn., 1893, № 35.

⁴⁶⁾ Хирург. Вѣстн., 1894, VIII—IX.