

#### IV.

### Къ вопросу объ оваріотоміи въ послѣродовомъ періодѣ.

М. Н. Порошина.

(Ординатора клиники акуш. и женск. болѣз. проф. К. Ф. Славянскаго).

Въ статьѣ «Чревосѣченія во время беременности», \*) говоря объ осложненіи послѣдней кистами яичника, я вполне присоединился къ мнѣнію большинства авторовъ, что осложненіе это требуетъ лѣченія, именно, оваріотоміи въ ранніе мѣсяцы беременности, — хотя и наблюдаются случаи, когда и беременность, и роды, и послѣродовой періодъ протекають вполне благополучно и при существованіи кисты. Какъ примѣръ возможности послѣдняго я привелъ двухъ роженицъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго. Одна изъ нихъ въ послѣднее время снова разрѣшилась въ клиникѣ, но на этотъ разъ въ виду симптомовъ какъ бы развившагося перекручиванія ножки *in peroperio* и, повидимому, нагноенія кисты пришлось на 8-й день послѣ родовъ прибѣгнуть къ оваріотоміи, которая, къ сожалѣнію, не спасла больной.

---

\*) Пользуясь случаемъ, я позволю себѣ здѣсь возразить многоуважаемому д-ру *Михину* (Ж. Ак. и Ж. б. № 4) на его замѣчаніе по поводу таблицъ „опубликованныхъ случаевъ оперативныхъ пособій при фиброміомахъ, осложненныхъ беременностью“. У меня собраны только случаи *консервативной* міомотоміи при беременности *per coeliotomiam abdominalem*. Случаи же надвлагалищныхъ ампутацій матки, ея вылушенія, Кесарскихъ сѣченій и пр. въ мою задачу не входили. Случаи консервативной міомотоміи *Kleinhaus'a* приведены у меня подъ № 62—64 (операторъ *Rosthorn*).

Въ виду сравнительной рѣдкости оваріотоміи въ послѣродовомъ періодѣ я и позволяю себѣ, пользуясь даннымъ случаемъ, остановиться на этомъ вопросѣ.

Приведу сначала исторію предыдущихъ родовъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ.

„Въ 11 ч. утра 18/II 1896 г. въ родильный покой клиники проф. К. Ф. Славянского поступила роженица Дарья В—ва, 29 лѣтъ, беременная 3-ій разъ. Половой жизнью живетъ съ 21 года; регулы пришли на 17-омъ году, установились черезъ 4 нед. по 7 дней. Изъ болѣзней перенесла корь, оспу; были бѣли, повидимому, гонорройнаго характера. Роды и послѣродовое время протекало совершенно нормально,—ни на какія отклоненія со стороны половой сферы не жалуетъ. Беременность продолжается 10 лунныхъ мѣсяцевъ, прошла безъ осложненій. Роды начались 18/II въ 1-омъ часу ночи. Поступила съ открытіемъ зѣва на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца и цѣлыми водами. Животъ при ощупываніи ничего ненормальнаго не представлялъ. Положеніе плода 2-ое затылочное зад. в.; сердцебиеніе ясное, справа. Родовыя боли были довольно слабы, послѣ дозы chinini muriat (0,5) онѣ усилились; въ 3 ч. 20' дня отошли воды при полномъ открытіи зѣва и въ 3 ч. 45' дня родилась доношенная дѣвочка. Послѣдъ былъ выведенъ по *Credé*, послѣ чего при ощупываніи сократившейся матки справа отъ нея оказалась плотная круглая опухоль, совершенно подвижная на ножкѣ, съ кулакъ величиною, безболѣзненная, по всей вѣроятности, киста праваго яичника. На 3-ій день вечеромъ родильница подвергнута наружному изслѣдованію, послѣ чего ночью у нея начались боли въ животѣ, повышеніе температуры и знобъ; опухоль при ощупываніи чувствительна.

Назначены narcotica въ supposit и salol. Боли исчезли, температура черезъ день спала, и родильница выписалась на 9-ый день здоровой. Опухоль потеряла чувствительность, но не уменьшилась въ объемѣ. Подвижность прежняя“.

Родильницѣ была разъяснена опасность, грозившая ей отъ присутствія опухоли и предложено, когда она нѣсколько выправится, поступить для операціи. Больная согласилась и, дѣйствительно, явилась въ клинику черезъ нѣкоторое время, но почти въ послѣднюю минуту, послушавшись увѣщаній родныхъ, отказалась отъ операціи и выписалась изъ клиники, не смотря на то, что присутствіе опухоли стало тяготить ее и по временамъ вызывало боли въ животѣ, недомоганіе и др. припадки. Въ маѣ 1897 года Д. В—ва снова забеременѣла. Беременность протекала безъ особыхъ осложненій—безпокоили только отеки, непомѣрное увеличеніе живота и боли въ „шишкѣ“. 14/II 98 г. въ 4 ч. дня почувствовала родовыя боли; въ клинику поступила въ 7 ч. 30м. вечера и здѣсь разрѣшилась двумя крупными мальчиками въ 3200 и 3100 grm. вѣсомъ. Боли съ самаго начала родовъ были слабыя, послѣ же рожденія перваго плода (8 ч. 15 м. веч.) совершенно прекратились, такъ что пришлось для возбужденія потугъ

примѣнять растираніе дна матки. Въ 10 ч. 30 м. вечера вскрытъ пузырь, а въ 11 ч. 40 м. при осторожномъ примѣненіи способа *Kristeller'a* родился второй плодъ. По выведеніи послѣдовъ по *Credé* матка продолжала оставаться атоничной, не смотря на всѣ обычно примѣняемые средства, такъ что пришлось для остановки кровотеченія прибѣгнуть къ тампонаціи полости матки по *Dührssen'у*. Въ полость матки было введено два куска іодоформенной марли длиною въ 1 аршинъ и шириною въ 8 верш.; концы марли выведены наружу, а шейка матки плотно затампонирована бѣлымъ асептическимъ марлевымъ бинтомъ. Благодаря тампонаціи кровотеченіе прекратилось, и родильница съ помощью возбуждающихъ средствъ и самопереливанія крови понемногу оправилась отъ остраго малокровія и была перенесена въ палату. Марля была вынута 15/II въ 9 ч. утра.

Вслѣдствіе того, что на родахъ присутствовалъ персоналъ, не выдавшій раньше больной, да и сама роженица не упоминала о кистѣ, послѣдняя не была замѣчена ни при родахъ, ни въ первые дни р. partu, не смотря на повторное ощупываніе живота: киста, очевидно, находилась въ Дугласовомъ пространствѣ и была закрыта объемистой дряблой маткой (размѣры ея 17/16 см. р. part. и въ первые дни). Родильница первые два дня чувствовала себя хорошо, но въ ночь на 3-ьи сутки появились сильныя боли въ животѣ, особенно справа, знобъ, смѣнившійся жаромъ, температура поднялась до 39,7. Въ виду сильнаго вздутія живота дано слабительное и поставлено промывательное. Ледъ на животъ.

18/II. Утромъ 38,2 п. 90 д. 22. Самочувствіе лучше. Выдѣленія кровянистыя, безъ запаха. Вечеромъ 38; п. 90 д. 22.

19/II 37,8; п. 90; д. 22; Выдѣл. серозно-кров. Болѣзненность справа отъ матки, размѣры которой 13/13 ст. Вечеромъ 39,1; п. 96 д. 24.

20/II 38,8 п. 93 д. 22. Выд. серозныя. Справа отъ матки, сократившейся до середины разстоянія между пупкомъ и лобкомъ, начинается образовываться чувствительное оплотнѣніе. Днемъ нѣсколько разъ чувствовала себя плохо. Около 1 часу ночи больной сразу стало дурно. Въ это время справа отъ срединной линіи въ области fossae iliacaе dextrae была констатирована внезапно появившаяся большая, въ кулакъ величину, болѣзненная опухоль на ножкѣ—вышедшая изъ Дугласова пространства киста. Въ виду того, что матка въ послѣдующіе дни продолжала постепенно инволютироваться, выдѣленія серознаго характера были безъ всякаго запаха, боли локализовались главнымъ образомъ справа отъ матки, на мѣстѣ прощупывавшейся кисты, въ сводахъ же никакого выпота не наблюдалось, температура продолжала держаться на высокихъ цифрахъ (38,8—39,1), было естественно—не смотря на полную возможность самостоятельнаго послѣродоваго заболѣванія—всѣ припадки поставить въ связь съ перекручиваніемъ ножки кисты, которое могло случиться при выхожденіи опухоли изъ Дугласова пространства, и съ ея нагное-

ніемъ, тѣмъ болѣе что, по всѣмъ признакамъ, можно было предположить присутствіе кисты дермоидной, способность которой нагнаиваться особенно велика. Поэтому рѣшено было прибѣгнуть къ оваріотоміи, на которую больная согласилась.

23/II въ 10 ч. утра подъ хлороформнымъ наркозомъ д-ромъ А. Р. Фишеромъ сдѣлано чревосѣченіе: Стѣнки живота очень толсты и кровоточивы. Брюшная полость чиста, ни жидкости, ни крови. Брюшина значительно гиперемирована. Матка синеватаго цвѣта, безъ сращеній, доходитъ до середины разстоянія между лобкомъ и пупкомъ. Справа отъ нея киста съ кулакъ величиною, на длинной ножкѣ, покрытая свѣжими плоскотными и старыми въ видѣ перемычекъ сращеніями съ передней и задней брюшиною, сальникомъ и петлями кишекъ.

Кромѣ того въ разныхъ направленіяхъ отъ кисты отходили сращенія, въ видѣ длинныхъ нитей, состоящія изъ однихъ венъ. Ножка перекручена въ 1½ раза. Стѣнки кисты синеватаго цвѣта, сосуды переполнены кровью. По отдѣленіи сращеній ножка была перевязана въ 2 пучка, и киста отрѣзана. Львые придатки безъ особыхъ измѣненій. Особеннаго туалета брюшины дѣлать не пришлось. Непрерывный шелковый шовъ на брюшину и узловатые швы на апоневрозъ и мышцы и на кожные покровы (3-хъ этаж. шовъ). Операция продолжалась 30 м., хлороформа истрачено 40 gm, наркозъ безъ всякихъ осложненій.

До операции t° 37,5; п. 120: Послѣ операции въ 1 ч. дня 37,3, п. 120. Вообще оправилась отъ наркоза. Рвоты не было. Самочувствіе хорошее. Вечеромъ: 37,5; п. 120.

24/II. Ночью были боли въ правой сторонѣ живота, къ утру исчезнувшія. При дотрогиваніи эта область болѣзненна. Небольшой кашель, 37,5 п. 120. Въ 1 ч. дня жалобы на жаръ: 38,6; п. 120 д. 24. Выдѣл. сер. съ небольшимъ запахомъ. Спринцеванія. 6 ч. веч. 38,2, п. 130.

25/II 37,8; п. 140. (Въ 4 ч. утра малый, съ перебоями). Выдѣл. безъ запаха животъ нѣсколько вздутъ, болѣзненъ лишь съ правой стороны, кашель. Въ лѣвомъ легкомъ внизу хрипы и легкій шумъ тренія.

Въ слѣдующіе дни при температурѣ, державшейся на 37°, съ десятинами, наблюдался постепенный упадокъ дѣятельности сердца, не смотря на возбуждающія средства. Животъ вздувался все сильнѣе, не смотря на клизмы и газоотводную трубку. 27/II при спринцеваніи подмочена повязка; при перемѣнѣ ея оказалось, что въ одномъ мѣстѣ, между двумя средними швами, рана разошлась, и изъ глубины выдѣляется гноевидная жидкость. Швы сняты, вставленъ небольшой дренажъ.

Не смотря на всѣ принимаемыя мѣры вздутіе кишекъ увеличилось все болѣе и болѣе, сердечная слабость возрастала, и 1/III въ 6 ч. утра больная умерла при явленіяхъ септического перитонита.

3/III въ 1 ч. дня произведено вскрытіе. Въ полости перикардія около 3-хъ столовыхъ ложекъ свѣтлой прозрачной жидкости.

Сердце по бороздамъ значительно обложено жиромъ; длина сердца  $9\frac{1}{2}$ , ширина 11 см.; отверстія и клапаны безъ измѣненій: мышца сердца дрябла, сѣроватожелтаго цвѣта; толщина стѣнки праваго желудочка 3 мм., лѣваго 8 мм.; полости нѣсколько расширены.—Легкія безъ особыхъ измѣненій, только лѣвое почти сплошь сросшено съ грудной клѣткой и діафрагмой. Селезенка сильно увеличена въ объемѣ, представляется дольчатой; ткань дрябла, малокровна, пульпа соскабливается въ большомъ количествѣ, трабекулы замѣтны. Почки сильно увеличены въ объемѣ, капсулы напряжены, отдѣляются легко, vv. stellatae сильно наполнены кровью; ткань дрябла, желтоватаго цвѣта; корковое вещество утолщено, плохо отличается по цвѣту отъ мозговаго. Въ мозговомъ веществѣ правой почки видны гнойные фокусы величиною отъ просянаго зерна до лѣснаго орѣха. Слизистая лоханки мочеточниковъ, нижней части мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала мѣстами слегка гиперемирована, обложена гноевидною жидкостью; на задней стѣнкѣ средней части мочеиспускательнаго канала замѣтны два отверстія, ведущія къзади и нѣсколько къверху въ мѣшковатыя углубленія величиною съ кедровый орѣхъ. Эти полости не сообщаются между собой, раздѣлены тонкой перегородкой и наполнены гноемъ. Матка сильно увеличена въ объемѣ (длина 18 ст., ширина 9,5 ст.), дрябла. Внутренняя ея поверхность по мѣстамъ на задней стѣнки бургиста. Стѣнки обложены кровянисто-грязной жидкостью. При разрѣзѣ лѣвой трубы изъ просвѣта выдавливается гной, остатокъ же правой трубы, входящей въ культу, свободенъ отъ гноя. Лимфатическіе сосуды lig. latі infiltрированы гноемъ. Лѣвый яичникъ слегка увеличенъ въ объемѣ, по периферіи усѣянъ кистами величиною не болѣе перечнаго зерна. Правый яичникъ удаленъ, на культу наложены шелковыя лигатуры; воспалительныхъ явленій въ культѣ не замѣчается. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ замѣчаются старыя фибринозныя перепонки. Въ полости брюшины около 700 кб. см. гнойной жидкости. Нѣкоторыя петли кишекъ спаяны между собой фибринозными, легко рвущимися перемычками. Въ печени измѣненія, свойственныя септическому процессу. Желудокъ и кишки вздуты. По linea alba въ нижней части сдѣланъ разрѣзъ около 18 см., проникающій черезъ всю толщу брюшной стѣнки. Въ верхней части нижней трети разрѣза края представляются разошедшимися на протяженіи 5 ст. Окружающія ткани, особенно клѣтчатка, прилежащая къ мышцамъ, инфiltрированы гноемъ. Epicrisis: Coeliotomia. Peritonitis purulenta acuta. Ovariectomy dextra. Septicaemia. Urethritis, cystitis, urethritis et pyelonephritis ac. Uterus post partum.

Удаленная киста достигаетъ величины большаго мужскаго кулака; поверхность ея матовоблестящаго цвѣта, съ просвѣчивающими расширенными сосудами. Во многихъ мѣстахъ обрывки сращеній. У корня опухоли, около ножки, повидимому, остатокъ яичника съ лѣсною орѣхъ величиною. Ножка состоитъ изъ lig.

ovar., широкой связки и Фаллопиевой трубы. При разрывѣ киста оказалась однополостною, наполненною содержимымъ, имѣющимъ видъ vernicis caseosae, перемѣшанной съ тонкими короткими волосами 3—4 см. длиною. Нѣсколько болѣе длинные волосы замѣчаются по внутренней поверхности кисты. Содержимое мѣстами имѣеть гнойный видъ. Толщина стѣнки опухоли довольно равномерная до 3—4 мм., у ножки нѣсколько толще. При микроскопическомъ изслѣдованіи (двойная окраска гематоксилиномъ и эозиномъ) она оказалась состоящей изъ волокнистой соединительной ткани, пронизанной сосудами. Кое гдѣ по периферіи встрѣчаются образованія, похожія на фолликулы; въ остаткѣ яичника такихъ образованій больше, и они выражены яснѣе. Вся толща стѣнки инфильтрирована круглыми элементами съ тою только разницею, что въ болѣе поверхностныхъ слояхъ инфильтрація имѣеть гнѣздный характеръ, во внутреннихъ же слояхъ инфильтрація идетъ сплошнымъ слоемъ. На срѣзахъ, окрашенныхъ по *Gramm* у, на внутренней поверхности кисты найдены въ большомъ количествѣ стрептококки, главнымъ образомъ короткая разновидность (*streptococcus pyogenes brevis*). Мѣстами встрѣчаются кокки, расположенные въ видѣ кучекъ,—вѣроятно, стафилококки. Тѣ же микроорганизмы найдены и въ содержимомъ кисты. Въ толщу стѣнки они не распространяются. Окраска срѣзовъ на гонокки дала отрицательные результаты. Путь, по которому проникли микроорганизмы въ опухоль, точно выяснитъ не удалось: на срѣзахъ, приготовленныхъ изъ сращеній и изъ ножки, кокки не были найдены; но составныя части ножки, въ особенности труба, представляли сильныя воспалительныя измѣненія,—обильную мелкокѣлочную инфильтрацію, громадное расширение сосудовъ съ массою лейкоцитовъ въ нихъ. Бактеріологическаго изслѣдованія лохий, къ сожалѣнію, произведено не было. Но принимая во вниманіе данныя вскрытія (гнойная инфильтрація широкихъ связокъ, гной въ трубѣ) не будетъ большой натяжкой предположить, что заразное начало по лимфатическимъ сосудамъ или венамъ поступило въ опухоль изъ полости матки. Помятая и сдавленная при родахъ киста представила хорошую почву для воспріянія инфекции. Но, очевидно, вмѣстѣ съ тѣмъ болѣзнетворныя зародыши поступили по тѣмъ же путямъ и въ общій кругъ кровообращенія. Развившіеся же рѣзкіе припадки воспаленія кисты совершенно затемнили явленія общаго зараженія, обусловившаго неудачный исходъ операціи.

При обсужденіи приведеннаго случая самъ собой возникаетъ вопросъ, умѣстна ли и полезна ли вообще овариотомія въ послѣродовомъ періодѣ при явленіяхъ пуерперальной инфекции женщины.

Чтобы рѣшить эту задачу, я считаю не лишнимъ привести существующіе теперь въ литературѣ взгляды относительно инфекции кистъ въ послѣродовомъ періодѣ и ихъ лѣченіи.

До послѣдняго времени вопросъ объ инфекціи кистъ мало разрабатывался въ литературѣ съ бактериологической точки зрѣнія. *Mangold* <sup>3)</sup> (въ 1895 г.), а послѣ него *Heinricius* <sup>4)</sup> взяли на себя трудъ пополнить этотъ пробѣлъ и пришли — въ частности, относительно пuerперальной инфекціи — къ слѣдующимъ выводамъ:

Кисты въ послѣродовомъ періодѣ могутъ подвергаться какъ гниlostной (*putrefique*) инфекціи, такъ и гнойной (*septique*). Первая обуславливается сапрофитами, проникающими въ кисту, по *Mangold*'у, — изъ кишекъ, чрезъ сращенія, которыя развиваются вълѣдствіе механическихъ инсультовъ при родахъ, а по *Heinricius*'у — и непосредственно изъ половыхъ путей по кровеноснымъ сосудамъ, напимѣрь, при гниlostномъ эндометритѣ. Симптомы гниlostнаго разложенія кисты — какъ знобъ, жаръ, учащеніе пульса выражены слабѣе, чѣмъ при гнойномъ зараженіи. Упадокъ силъ развивается медленно. Мѣстные симптомы выражены также слабо. Внезапное увеличеніе кисты, сопровождаемое иногда образованіемъ газовъ, обнаруживаетъ часто присутствіе гниlostнаго распадения. Овариотомія, всегда показанная при гниlostномъ распадении опухоли, даетъ блестящіе результаты.

Септическое (гнойное) зараженіе кисты въ послѣродовомъ періодѣ вызывается пиогенными микроорганизмами — *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, *albus et citreus*. Во многихъ случаяхъ, когда содержимое кисты имѣетъ явно гнойный характеръ, можно допустить, что зараженіе обусловили *сосси pyogenes*. Но все же не слѣдуетъ забывать, что иногда и *bacterium coli commune* можетъ обладать пиогенными свойствами, а иногда встрѣчается гной безъ всякихъ признаковъ болѣзнетворныхъ зародышей.

Въ послѣродовомъ періодѣ септическое начало можетъ проникнуть въ кисту четырьмя путями: 1) по лимфатическимъ путямъ; 2) при тазовомъ перитонитѣ зараженіе передается въ кисту черезъ ея брюшинный покровъ; 3) черезъ кровеносные сосуды въ полость ея; 4) по Фаллопиевой трубѣ. Болѣзнетворные зародыши, проникнувъ въ кисту, могутъ долго сохранять свою вирулентность, даже когда явленія пuerперального зараженія уже совершенно ослабѣваютъ.

При гнойномъ зараженіи кисты яичника, въ противоположность зараженію гнилостному, почти всегда развиваются воспалительныя явленія въ серозномъ покровѣ опухоли и образуются сращенія съ сосѣдными органами. Симптомы разнообразны: иногда мѣстная реакція выражена очень рѣзко, сопровождаясь большими измѣненіями въ общемъ состояніи больной; въ другомъ случаѣ развиваются только легкія мѣстныя явленія безъ особеннаго вліянія на общее состояніе больной.

Относительно этого рода зараженія *Mangold* находитъ труднымъ точно опредѣлить моментъ оперативнаго вмѣшательства. Съ этимъ согласенъ и *Heinricius*, которому приходилось не разъ убѣждаться, что фокусы септической заразы могутъ встрѣчаться въ сращеніяхъ, развивающихся вокругъ опухоли; во время операціи при отдѣленіи ихъ содержимое можетъ излиться въ брюшную полость: а при послѣродовомъ заболѣваніи особенно велика опасность общаго зараженія путемъ операціи; по статистикѣ *Mangold'a* смертность при этой операціи даетъ 35 на 100.

Что касается до взгляда гинекологовъ на лѣченіе яичниковыхъ кистъ въ послѣродовомъ періодѣ, то большинство авторовъ совѣтуютъ активное вмѣшательство—именно овариотомію, расходясь только во времени ея производства. Такъ, *Rubeska* <sup>5)</sup> совѣтуетъ яичниковую опухоль, подвергавшуюся при родахъ значительному сдавленію, удалять къ концу первой недѣли, если даже никакихъ другихъ показаній, какъ нагноеніе, перекручиваніе ножки и пр. нѣтъ на лицо, т. е. онъ совѣтуетъ ждать лишь на столько, чтобы выяснить вопросъ о пuerперальной инфекціи матки.

*Flaischlen* <sup>6)</sup> совѣтуетъ въ послѣродовомъ періодѣ не медлить съ овариотоміей.

*Condamin* <sup>7)</sup> же рекомендуетъ, если нѣтъ немедленныхъ показаній изъ за перекручиванія ножки кисты или нагноенія ея, ждать 4 недѣли; по *Olshausen'у* <sup>8)</sup>, слѣдуетъ выждать первую недѣлю послѣ родовъ.

*Hohl* <sup>9)</sup> держится такого же мнѣнія,—именно, что первую недѣлю лучше переждать, если нѣтъ особыхъ показаній: во первыхъ, надо дать оправиться женщинѣ послѣ родового акта, во вторыхъ—оперировать тѣмъ удобнѣе, чѣмъ болѣе органы involвированы.



*Pfannenstiel* <sup>10)</sup>, въ руководствѣ *Veit*'а, относительно этого вопроса высказывается такъ: «Если опухоль яичника осложняетъ послѣродовой періодъ, то одинаково показуется оваріотомія, потому что именно въ это время возникаетъ опасность перекручиванія ножки и воспаленія опухоли.

Относительно времени, которое наиболѣе благоприятно для производства операціи, надо тщательно взвѣшивать каждый отдѣльный случай. Въ общемъ слѣдуетъ считать доказаннымъ что тамъ, гдѣ нѣтъ осложненій, выжиданіе при тщательномъ наблюденіи за больной ни разу не обусловило вреда. Наоборотъ, и въ особенности при перекручиваніи ножки, инфекціи, а также въ случаяхъ, гдѣ опухоль претерпѣла значительное сдавленіе при родахъ, показана немедленная операція. *Puerperium* само по себѣ ни на минуту не является противопоказаніемъ».

Не смотря на печальную статистику *Mangold*'а оваріотомія въ послѣродовомъ періодѣ при гнойномъ зараженіи опухоли должна еще въ настоящее время имѣть право гражданства въ силу соображенія, высказаннаго еще *Le Roy des Barres*'омъ <sup>11)</sup> именно, что и безъ операціи больная должна погибнуть отъ послѣдствій—хотя и длительныхъ—гноекровія. Между тѣмъ, удаляя очагъ гнойной заразы, примѣняя тщательную очистку и дренированіе зараженныхъ мѣстъ, мы имѣемъ все таки больше шансовъ спасти больную, чѣмъ при консервативномъ образѣ дѣйствій, который, въ сущности, до сихъ поръ сводится къ укрѣпляющему и симптоматическому лѣченію, такъ какъ лѣченіе сыворотками, не смотря на отдѣльныя удачныя наблюденія, нельзя еще признать специфическимъ.

Въ литературѣ, дѣйствительно, описаны случаи поразительнаго излеченія операціей почти безнадежныхъ женщинъ при нагноеніи кисты въ послѣродовомъ періодѣ. Такой случай сообщаетъ, между прочимъ, *Schwartz* <sup>12)</sup>: родильница залихорадила на 4-ый день послѣ родовъ. Пролечившись въ одной больницѣ около 2-хъ мѣсяцевъ отъ послѣродоваго перитонита, она поступила подъ наблюденіе автора, съ діагнозомъ *peritonitis purulenta*, въ слѣдующемъ состояніи: сильно истощенная женщина, въ полукоматозномъ состояніи, съ тру-

домъ отвѣчаетъ на вопросы. Пульсъ 140, температура колеблется между 39,5 и 40<sup>0</sup>,0. Наканунѣ поступления въ больницѣ проколомъ выпущено изъ полости живота до 2-хъ литровъ гноя. Послѣ тщательнаго изслѣдованія авторъ распозналъ нагноившуюся кисту яичника. Почти *in extremis* сдѣлано чревосѣченіе, при чемъ найдена лопнувшая нагноившаяся киста съ многочисленными сращеніями. Послѣднія отдѣлены безъ особенныхъ затрудненій, и киста по перевязкѣ длинной ножки удалена. Полость брюшины промыта 10 литрами горячей прокипяченной воды. Туалетъ брюшной полости. Въ виду необходимости быстрого окончанія операціи вслѣдствіе коллапса больной брюшная рана была зашита только 1 рядомъ швовъ. Черезъ нижнюю часть раны въ малый тазъ проведены двѣ толстыхъ дренажныхъ трубки. Первые дни температура не превышала 38<sup>0</sup>,0; на 7 сутки внезапно 40<sup>0</sup>,0; развилась пневмония сrouposa, которую больная благополучно продѣлала. Полное выздоровленіе.

*Heinricius* <sup>13)</sup> устранилъ упорную лихорадку, удаливъ на 8-ой день послѣ родовъ нагноившуюся кисту, между тѣмъ какъ выскабливаніе матки, промыванія ея и впрыскиваніе антистрептококковой сыворотки оставались безрезультатными. Въ полости живота гнойная жидкость. Брюшная рана зашита не вполне; введенъ довольно глубоко тампонъ *Miculicz*'а.

Такимъ образомъ на поставленный выше вопросъ придется отвѣчать: оваріотомія въ послѣродовомъ періодѣ при явленіяхъ пuerперальной инфекціи вполне показана, но, къ сожалѣнію, не всегда достигаетъ цѣли. Повидимому, какъ показываютъ случаи *Terrillon*'а <sup>14)</sup>, *Le Roy des Barres*'а, *Aust.-Lawrence*'а <sup>15)</sup>, *Mangiagalli* <sup>16)</sup>, *Hohl*'а, *Schwartz*'а, оваріотомія при нагноеніи опухоли, произведенная въ болѣе отдаленный отъ родовъ срокъ, даетъ лучший результатъ, можетъ быть, вслѣдствіе ослабленія вирулентности болѣзнетворныхъ зародышей. Такъ, въ случаѣ *Hohl*'а (двусторонняя оваріотомія на 4-ой недѣлѣ послѣ родовъ) при пункціи кисты часть содержимаго ея, въ которомъ въ изобиліи были найдены стрептококки, излилась въ брюшную полость, но больная, правда, послѣ высокой 3-хъ недѣльной лихорадки, поправилась. Менѣе же удовлетворительный результатъ оваріотоміи въ пер-

вые дни послѣ родовъ можно объяснить тѣмъ, что не всегда въ это время удается разграничить явленія общей инфекціи отъ явленій, вызываемыхъ кистой, какъ это было въ нашемъ случаѣ; чревосѣченіе же при общей инфекціи даетъ крайне дурной исходъ,—въ этомъ согласны и авторы<sup>17)</sup>, смотрящія на эту операцію какъ на благодѣтельный пріемъ при лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній и совѣтующіе широко примѣнять ее.

Въ заключеніе позволю себѣ привести слова, которыми, не смотря на благоприятный исходъ всѣхъ операцій, заканчиваетъ свое сообщеніе о 10 овариотоміяхъ въ послѣродовомъ періодѣ *A.-Lawrence*: «цѣль, идея моего сообщенія—предостеречь отъ овариотоміи *post partum* во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда она можетъ быть выполнена раньше».

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, т. XI. декабрь 1897 г.
- 2) *Славянский*.—Частная патологія и терапия женскихъ болѣзней, т. II, стр. 201.
- 3) *Mangold*.—Ueber die Infection der Ovarialkystome. Inaug.—Diss. Basel, 1895.
- 4) *Heinricius*.—De l'infection des kystes de l'ovaire. Annales de gynécologie et d'obst. 1897, IV, стр. 257.
- 5) *Rubéska*.—Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1895, September. B. II, Heft. III, стр. 184.
- 6) *Flaischlen*.—Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 29, 1894, стр. 48.
- 7) *Condamin*.—Archiv de tocol., de gynec. 1894, № 4, et Lyon. médic. 1894, 28 г.
- 8) *Olshausen*.—Die Krankheiten der Eileiter, 1886.
- 9) *Hohl*.—Zur Behandlung von Ovarientumoren in Schwang' и т. д. Archiv f. Gynäkolog., 1896, Bd. LII, стр. 424.
- 10) *Veit*.—Handbuch der Gynäkologie. Bd. I, стр. 493.
- 11) *Le Roy des Barres*.—Ovariectomie dans le cours d'une septicémie. Annal. de gyn. 1893, № 9, стр. 174.
- 12) Trois observations de suppuration des kystes de l'ovaires. Annales de gyn. 1897, IV, стр. 276.
- 13) *loc. cit.*
- 14) Цит. по *Le Roy des Barres*'у.
- 15) *Aust. Lawrence*.—Ovariectomie post-partum. British Med. Journ. 1893, стр. 622.
- 16) Berlin. Klin. Wochensch., 1894, № 21, стр. 491. Ovariectomie während der Schw. u. nach der Geburt.
- 17) *P. Noble*.—Americ. gynaec. and obstetr. journal 1895, April, стр. 577. Celiotomy for puerperal septicemia and peritonitis.