

галищнымъ путемъ; опустившіяся въ рану гиперемированныя петли кишекъ покрыты были выпотомъ; на разрѣзахъ матки, въ стѣнкѣ ея были небольшіе нарывы; яичники и Фалопіевы трубы оказались здоровыми. Въ ранѣ оставленъ марлевый дренажъ. Рвоты послѣ хлороформированія успокоились; но черезъ 2 дня появились признаки септического отравленія, начавшагося до операціи и больная умерла.

III. По поводу приведенныхъ сообщеній, сдѣланныхъ авторами ихъ на засѣданіи Филадельфійскаго College of physicians, *Baer* и *Costa* высказались, что въ случаѣ *Bejea* было бы умѣстнѣе оперировать брюшиннымъ путемъ, въ виду того, что въ выпаденіи матки участвуютъ гипертрофированныя стѣнки влагалища, пузыря и recti и что при операціи сверху (брюшиннымъ путемъ) влагалище пришивается къ широкимъ связкамъ или къ брюшнымъ стѣнкамъ, а при вагинальномъ способѣ черезъ 8—10 мѣсяцевъ иногда наблюдаются рецидивы выпаденія влагалища; у молодыхъ женщинъ при первомъ способѣ—влагалище не укорачивается, а благодаря одновременнымъ пластическимъ операціямъ суживается, что важно для замужнихъ женщинъ.

*М. Д. Гинзбургъ.*

258. **Alban Doran.—Ovarian Tumours, Simulating inflamed Ovaries.**—(The Edinburgh med. Journ., May 1898, p.p. 449—460).—**Опухоли или воспаленія яичниковъ?** (resp. дифференціальный діагнозъ этихъ болѣзней).

Не смотря на тысячи производимыхъ повсюду оваріотомій, дифференціальный діагнозъ между кистами и маленькими плотными опухолями яичника еще не достаточно выясненъ. Многіе вырѣзаютъ всѣ попадающіеся имъ опухоли яичниковъ; не рѣдко опуханіе яичника обусловливается только воспаленіемъ его, которое, при надлежащемъ лѣченіи, прошло бы и безъ операціи. Случается, что опухоль яичника, раньше чѣмъ подымается изъ малаго таза вверхъ, становится болѣзненною, что обусловливается болѣзью матки или другаго яичника и можетъ повлечь на ошибку въ діагнозѣ. Съ другой стороны приращеніе опухоли яичника въ маломъ тазу, при совпаденіи съ удлинненіемъ матки и обильными регулами, даетъ поводъ принять опухоль яичника за фиброидъ матки. Съ цѣлью способствовать вѣрнѣйшему діагнозу въ подобныхъ случаяхъ, *Doran* приводитъ 6 исторій болѣзней и обсуждаетъ представляемые ими особенности.

*Случай 1-й.* 35 л., мать 3-хъ дѣтей, младшему 12 лѣтъ; выкидышей не имѣла. 3 года уже страдаетъ болями въ животѣ; но регулы ея правильны, черезъ 4 недѣли, скудны, послѣдніе 3 раза были съ болями, которыя въ настоящее время усилились и стали постоянными. Животъ вздутъ, матка подвижна; вправо—небольшая болѣзненная опухоль овальной формы, влѣво—опухоль побольше, съ неровною поверхностью.

11-го февраля 1891 г. операція. Лѣвый яичникъ съ куриное яйцо, кистозный, на внутренней поверхности его—папиллярныя разращенія; онъ лежалъ въ Дугласовомъ пространствѣ, ущемленный lig. utero-sacral. Правый яичникъ поменьше, тоже кистозный. Оба яичника вырѣзаны. Прирощений не было. Оперированная выздоровѣла.

Здѣсь припуханіе и болѣзненность опухолей симулировали воспаленіе. Кисты поднимаются вверхъ обыкновенно безъ всякихъ болей, которыя случаются только при ущемленіи кистъ. Lig. utero-sacralia могутъ ущемлять нижніе отрѣзки, исходящіе изъ большой кисты или сидящую на ножкѣ міому матки; обыкновенная киста яичника не можетъ ущемляться такимъ образомъ. Мышечныя волокна, залегающія въ наружномъ краю lig. utero-sacralia, слишкомъ слабы, чтобы препятствовать поднятію изъ таза опухолей, развивающихся въ этихъ глубокихъ частяхъ таза. Здѣсь дѣло происходило иначе: въ hilum ovarii развилась папиллярная опухоль, которая отодвинула яичникъ въ сторону, слѣдовательно здѣсь было новообразованіе, а не воспаленіе яичника.

*Случай 2-й.* Ж. 44 л., рожавшая, послѣдній разъ 13 лѣтъ назадъ; регулы правильны, но скудны, 1-й осмотръ: матка мала, влѣво—припухшее тѣло, вѣроятно, приращенное къ стѣнкамъ таза. 2-й осмотръ, черезъ 2 мѣсяца: опухоль увеличилась вдвое, ее можно смѣстить кверху. 14/II 92 г. операція. Киста лѣваго яичника 3 дюйм. въ діаметрѣ, безъ приращеній, содержитъ  $3\frac{1}{2}$  унца блѣдной, жирно-желтоватой жидкости, смѣшанной съ волосами; ножка была узка и коротка, не перекручена. Правый яичникъ и матка здоровы, безъ сращеній. Регулы послѣ операціи правильны, продолжались еще 3 года.

Боли и опухоль заставили колебаться въ діагнозѣ между воспаленіемъ и новообразованіемъ. При хроническомъ oophoritis боли въ сторонѣ противоположной опухоли—явленіе не рѣдкое. Dysuria—обычна при перекручиваніи ножки, иногда послѣдняя вновь принимаетъ нормальное положеніе.—Кожевикъ въ этомъ случаѣ нельзя считать продуктомъ воспаленія. *Doran* вырѣзалъ

больной яичникъ, здоровый оставилъ. Черезъ 5 лѣтъ, рецидива дермоида нѣтъ, оперированная здорова.

*Случай 3-й.* Боли въ пахахъ и въ лѣвой fossa iliaca, dysuria. Регулы черезъ 2 недѣли, со свертками, жестокими болями; матка смѣщена влѣво, полость ея 3 дюйма; лѣвые придатки фиксированы въ Дугласовомъ пространствѣ; въ правомъ сводѣ также замѣчается опухоль.

12/xii 95 г. операція. Оба яичника кистозны, содержатъ свернувшуюся кровь и оба вырѣзаны. Регулы прекратились.

Въ данномъ случаѣ простыя кисты подверглись воспаленію, на что указываетъ кровь въ ихъ содержимомъ. Отличить воспаленную кисту отъ простаго оофорита—очень трудно.

*Случай 4-й.* Ж. 28 л., имѣла 2 выкидыша съ параметральнымъ нарывомъ, вскрывшимся въ правомъ паху. У ней развилась грыжа, причинявшая ей боли. Регулы скудны, послѣдніе разы съ болями; съ недавняго времени боли въ лѣвой fossa iliaca. Осмотръ 6/iii 96 г.: болѣзненная опухоль въ правомъ сводѣ, смѣщающая матку влѣво. *Doran* ограничился общимъ лѣченіемъ. 5/vii 96 г.—herniotomia, при чемъ оказалось: а) замѣчавшаяся въ мартѣ опухоль уменьшилась въ объемѣ, что указывало на воспалительное происхожденіе ея; б) обѣ фалопіевы трубы растянуты, яичники кистозны, сосочковыя разрощенія въ лѣвой фалопіевой трубѣ. *Doran* вырѣзалъ придатки обѣихъ сторонъ. Больная выздоровѣла, регулы продолжались, но безъ болей.

Тутъ воспалительныя явленія остались, вѣроятно, со времени выкидыша, menorrhagi'i не было; воспаление влечетъ иногда папиллему, а эта изрѣдка превращается въ раковую опухоль. Находимыя иногда въ брюшной полости папиллярныя разращенія большею частью воспалительнаго происхожденія и излѣчиваются подобно туберкулезному асциту однимъ вскрытіемъ живота.

*Случай 5-й.* Ж. 41 года, 2 года назадъ имѣла выкидышъ и съ того времени больна, матка увеличена, регулы тянутся по нѣсколькимъ недѣлямъ сряду и обильны, въ правомъ сводѣ—опухоль, слегка болѣзненная. Послѣ выскабливанія матка уменьшилась до нормы, но опухоль продолжала расти, боли въ правой подвздошной и крестцовой сторонѣ ожесточились. 21/i 97 г. *Doran* вырѣзалъ кисту праваго яичника величиною съ апельсинъ; ни срощеній, ни воспаленій не было; регулы стали правильными, безъ болей.

Здѣсь было совпаденіе endometrit'a, вызваннаго остатками послѣда, съ кистой. Кровотеченія зависѣли отъ перваго. Воспа-

лительныя явленія не могли обусловить кисты. Болѣзненность ея недоказываетъ, что она была воспалена. Въ 1-мъ случаѣ тоже наблюдались боли, безъ наличности воспаления въ кистѣ; но тамъ причина ихъ была ясна (папиллярныя разраженія ? реф.), здѣсь же—не ясна.

*Случай 6-й.* Ж. 27 л., съ весны 1897 г. боли и тяжесть внизу живота, регулы очень сильны, съ болью въ первые дни. Киста въ задней губѣ матки. При вырѣзаніи послѣдней замѣтили опухоли въ сводахъ. 2-я операція: матка 3 дюйм. длины, въ retro-flexio. Въ лѣвомъ сводѣ—большая, твердая, подвижная опухоль, а въ Дугласовомъ пространствѣ еще одна опухоль, раздѣленная на 2 доли. Опухоли вырѣзаны. Послѣдняя исходила изъ правой стороны матки, lig. ovarial.—очень гипертрофировано, переходитъ на нижнюю часть кисты, на мѣстѣ ея соприкосновенія съ другою, болѣе плотную ея частью, ножки въ послѣдней нѣтъ. Кистозная часть:  $2\frac{1}{2}$  дюйма въ длинномъ,  $1\frac{3}{4}$  дюйма въ короткомъ діаметрѣ плотная часть—3 дюйма въ длинномъ,  $1\frac{3}{4}$  дюйма въ короткомъ діаметрѣ и  $1\frac{1}{4}$  дюйма въ толщину, неправильной, бугристой формы, похожей на баклажанъ. Она состояла изъ капсулы и красно-бурой сосудистой ткани, а внутри—изъ уругой, волокнистой массы, расположенной въ овальные и сферическіе узлы, подобно перешнурованнымъ колбасамъ и сходно съ міоматозными матками. Профессоръ *Shattock* опредѣлилъ что опухоль состояла изъ мышечныхъ волоконъ.

Въ этомъ случаѣ діагнозъ тоже колебался между воспаленіемъ и новообразованіемъ. Міома яичника—очень рѣдкая вещь, отличить ее отъ фибромы—невозможно при жизни.

Регулы при ней протекаютъ правильно. Menorrhagia, если бываетъ, зависитъ отъ смѣщенія матки кверху. У этой больной сильныя регулы зависѣли или отъ кисты въ губѣ матки, или отъ сидячаго образа жизни. Міомы матки тоже не всегда влекутъ menorrhagiam.

Міома яичника тяжелѣе фиброида его, въ которомъ ткани пропитаны не рѣдко слизистою жидкостью; здѣсь больная тоже жаловалась на тяжесть въ животѣ.

Фиброиды яичника причиняютъ меньше боли, чѣмъ дермоидъ или другая твердая опухоль его (у *Biggs*'а тоже въ 5 изъ 8 его случаевъ). Фиброма яичника осложняется иногда асцитомъ; міома матки или полутвердый дермоидъ не влекутъ водянки живота. Фиброма яичника рѣдко узнается, если не подымается изъ малаго таза, ибо не причиняетъ болей. Въ случаѣ *Doran*'а боли отмѣ-

чны, хотя опухоль не подымалась изъ малого таза и не давила на матку.

Главная особенность этой опухоли—ея мѣсто: она исходила изъ мышечныхъ волоконъ *lig. ovarii*, которыя, переходя въ яичникъ, разрослись въ немъ въ формѣ опухоли, тогда какъ другая часть яичника превратилась въ кисту.

Въ заключение *Doran* дѣлаетъ на основаніи приведенныхъ случаевъ нѣкоторыя общія замѣчанія.

*Menorrhagia*, боль и опухоль—характеристическіе признаки хроническаго оофорита. Первый изъ нихъ не постояненъ. *Doran* наблюдалъ отсутствіе *menorrhagiae* въ несомнѣнныхъ случаяхъ *oophoritis*, гдѣ діагнозъ подтверждался исчезаніемъ болей и опуханія яичника, а также въ случаяхъ, гдѣ *oophoritis* осложнялась *pyosalpingitide* съ подтвержденіемъ діагноза при операциі, т. е. *menorrhagi* можетъ не быть не только въ легкихъ, но и въ тяжелыхъ случаяхъ *oophoritis*; если же она наблюдается, надо искать причину ея въ другихъ осложненіяхъ. Такъ въ 5-мъ случаѣ *Doran*'а причина ихъ была въ остаткахъ послѣда. Даже беременность и роды, возможные при *oophoritis*, не влекутъ обязательной *menorrhagiae* въ первыя мѣсяцы послѣ родовъ; впрочемъ тамъ трудно отличить маточныя кровотеченія отъ обильныхъ регулъ.

При небольшихъ опухоляхъ яичниковъ кровотеченія встрѣчаются при ущемленіи опухоли (*Розгу* тоже наблюдалъ это; въ 1-мъ случаѣ *Doran*'а кровотеченій небыло, не смотря на ущемленіе); *Coe* и *Tait* тоже видѣли *menorrhagia* при маленькихъ опухоляхъ яичника. *Davenport* описываетъ сильныя регулы при приращеніяхъ кисты къ маткѣ, что подтверждаетъ и *Doran*.

Въ 3, 5 и 6 случаяхъ *Doran*'а наблюдались обильныя регулы, но причина ихъ была не въ опуханіи яичника (въ № 3—воспаленіе въ кистозномъ яичникѣ, въ № 5—остатки послѣда; въ 6—киста задней маточной губы); въ № 2 регулы были правильны (дермоидъ), въ №№ 1 и 4—онѣ были скудны, не смотря на воспаление (№ 4) обыкновенно влекущее обильныя регулы.

Боль наблюдалась во всѣхъ случаяхъ *Doran*'а.

И такъ, мы не имѣемъ специальныхъ признаковъ, по которымъ можно было бы отличить небольшія опухоли яичниковъ отъ воспаления въ нихъ. Такая опухоль можетъ быть болѣзненной, тогда какъ смѣстившійся книзу воспаленный яичникъ остается иногда безболѣзненнымъ. Только клиническое наблюденіе можетъ помочь въ діагнозѣ: если несмотря на спокойное лежаніе больной

и на уменьшение болей, опухоль растетъ, то это съ большою вѣроятностью указываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ кистой, а не съ оофоритомъ, хотя какъ указываютъ случаи *Doran'a* и здѣсь могутъ быть исключенія.

М. Гинзбургъ.

259. Owen C. Mackness.—The Use of Quinine as a Substitute for Ergot. in Midwifery.—(Edinburgh med. Journ., May 1898, p. 617).—Хининъ вмѣсто эрготина въ акушерствѣ.

Авторъ возмущается слишкомъ частымъ и вреднымъ для матери и плода употребленіемъ эрготина, тогда какъ болѣе благотворное вліяніе хинина на сокращенія матки еще недостаточно популярно среди врачей, почему онъ приводитъ свои наблюденія надъ хининомъ.

Неудобства эрготина: 1) Непостоянство препаратовъ: они вызываютъ то очень сильныя, то очень вялыя сокращенія матки. 2) Внутренніе приемы эрготина вызываютъ тошноту или рвоту, подкожныя—очень болѣзненны; пилюли изъ эрготина—очень скоро портятся. 3) Эрготинъ даетъ тетаническія сокращенія маточныхъ мышцъ, безъ паузъ, какія наблюдаются при нормальныхъ маточныхъ сокращеніяхъ. Когда роды не оканчиваются черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ приема эрготина, т. е. раньше, чѣмъ тетаническія сокращенія вполне разовьются, то эрготинъ, по своему вліянію на плацентарное кровообращеніе, становится очень опаснымъ для жизни ребенка. 4) Въ рѣдкихъ случаяхъ эрготинъ даетъ такъ называемое сокращеніе матки въ родѣ лесочныхъ часовъ.

Въ противоположность эрготину хининъ совершенно безвредное экболическое средство. Его можно дать въ пилюляхъ, которые въ желудочномъ сокѣ вполне растворяются не позже чѣмъ черезъ 20 минутъ; онъ не даетъ тетаническихъ сокращеній матки, а усиливаетъ нормальныя сокращенія; паузы происходятъ такъ, какъ при нормальномъ теченіи родовъ. Въ этомъ можно убѣдиться, положивъ руку на животъ роженицы, принявшей хининъ.

Спеціально хининъ назначается въ случаяхъ затяжныхъ родовъ, гдѣ замедленіе обуславливается или общимъ истощеніемъ или ослабленіемъ мышечныхъ волоконъ при отсутствіи механическихъ препятствій, какъ напримѣръ, нерастяжимость шейки или промежности, суженіе таза или несоразмѣрность плода, гдѣ не только эрготинъ, но и хининъ противопоказанъ.

У первороженицъ съ нормальнымъ тазомъ, когда промедленіе въ родахъ обуславливается истощеніемъ маточныхъ мышцъ раньше