

3. У оперированной *Ms. Kay* приступы кровоизліянія были на 6-ой и 10-ой недѣляхъ. Искривленная кзади и вправо матка была увеличена соотвѣтственно сроку беременности, правая фаллопіева труба ошупывалась растянutoй гноемъ и правый яичникъ кистовиднымъ; влѣво прощупывалась: продолговатая опухоль и другой, тоже увеличенный яичникъ. Обширныя срощенія; наркозъ плохо переносился и послѣднія 20 минутъ пришлось производить искусственное дыханіе, операція закончена безъ наркоза.

Въ правой фаллопіевой трубѣ найдены ворсистая оболочка и кровяные сгустки; поэтому авторъ считаетъ этотъ случай внѣматочной беременностью, хотя зародыша не было. Изъ 20 оперированныхъ имъ внѣматочныхъ беременностей это былъ единственный случай заноса. Пациентка выздоровѣла.

Проф. *Michinard* оперировалъ почти агонизирующую женщину съ пульсомъ въ 160 ударовъ въ минуту; поэтому ей предварительно впрыснули въ *v. cephalica median.* около $\frac{1}{2}$ галлона солянаго раствора (7 стакановъ) и подкожно $\frac{1}{10}$ грана стрихнина. Пульсъ сталъ крѣиче и рѣже, 110 въ минуту. Изъ брюшины хлынулъ потокъ крови; проф. *M.* ошупью сжалъ маточный конецъ растянutoй фаллопіевой трубы пока помощники очистили полость брюшины отъ кровяныхъ сгустковъ и перевязали оба конца фаллопіевой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Одинъ зародышъ, большій, лежалъ свободно въ полости брюшины; онъ имѣлъ 13 дюймовъ длины; въ вырѣзанной фаллопіевой трубѣ найдены 2-ой плодъ $2\frac{1}{2}$ дюймовъ длины съ вторымъ, отдѣльнымъ послѣдомъ; меньшій зародышъ былъ сплюсненъ.

Беременность была 8 мѣсячнаго срока: послѣднія регулы въ концѣ декабря 1894 г., разрывъ плоднаго мѣшка—12 сентября 1895 г. Другая фаллопіева труба и яичникъ оказались здоровыми и были оставлены. Въ апрѣлѣ 1896 г. больная навѣстила проф. *Michinard*'а и оказалась вновь беременною на 4-мъ мѣсяцѣ; на этотъ разъ беременность была правильной въ маткѣ, по положенію и величинѣ соотвѣтствовавшей сроку беременности. *M. Гинзбургъ.*

136. **Dr. Reuben Peterson.**—Treatment of Pelvic Suppuration by abdominal section without Hysterectomy.—(The American Journ. et Obstetrics etc, July, 1896, p. 31—36).—Лѣченіе нагноеній въ тазу путемъ чревосѣченія, но безъ вырѣзанія матки.

Dr. P. разсматриваетъ въ этой статьѣ вопросъ о томъ: 1) въ какихъ случаяхъ слѣдуетъ при нагноеніяхъ въ тазу оперировать

абдоминальнымъ путемъ и при томъ, 2) въ какихъ изъ этихъ случаевъ позволительно произвести одновременно и вырѣзаніе матки? Авторъ исключаетъ изъ своего разбора нарывы пуэрпэ-рального происхожденія съ острымъ теченіемъ, безъ участія въ процессѣ Фаллопиевыхъ трубъ или яичниковъ, а ограничивается разсмотрѣніемъ гнойныхъ или сыровидныхъ скопленій въ тазу съ участіемъ Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ или безъ онаго.

Авторъ говоритъ, что вагинальный путь къ такимъ гнойникамъ, требующій очень искусной технической подготовки, спасаетъ иногда больныхъ, крайне-ослабленныхъ, которыя не перенесли бы чревосѣченія; но нѣкоторые врачи стали производить эту операцію черезъ-чуръ часто, въ неподходящихъ случаяхъ и дискредитировали ее.

А. чревосѣченіе показано:

1) Въ случаяхъ, гдѣ возможно примѣненіе консервативныхъ методовъ.

2) Гдѣ гнойныя скопленія—двухстороннія и гдѣ желательно полное изсѣченіе ихъ.

3) Гдѣ гнойники находятся высоко въ брюшной полости.

I. *Консервативные методы* въ брюшной хирургіи особенно полезны тамъ, гдѣ мы опредѣляемъ гнойникъ въ маточныхъ придаткахъ одной стороны, а относительно придатковъ другой стороны діагнозъ не ясенъ. Послѣдніе обыкновенно покрыты ложными оболочками вслѣдствіе бывшихъ раньше перитонитовъ и при операціи сверху они вылуциваются изъ срощеній, безъ значительнаго травматизма. Какъ *Baldy* доказалъ, въ большинствѣ подобныхъ случаевъ не находится жидкаго гною въ придаткахъ; послѣ повторныхъ воспаленій гной представляется сгущеннымъ въ видѣ казеозной массы и стѣнки трубъ утолщены. Матка при этомъ иногда подвижна, только придатки ея срощены съ тазовымъ дномъ. Нужно много опытности, чтобы во время операціи рѣшить, оставить ли освобожденные отъ срощеній трубы или вырѣзать ихъ? И не разъ оставленіе трубъ давало благодѣтельные результаты. При влагалищной операціи послѣднее совершенно не мыслимо.

II. *При наличности двухстороннихъ гнойниковъ*, полезнѣе вырѣзать ихъ до чиста. При влагалищномъ способѣ хирургіи часто ограничиваются вскрытіемъ и дренажемъ больныхъ придатковъ; а оставленіе пораженной части въ тазу постоянно угрожаетъ больной опасностью рецидивовъ; стѣнки гнойныхъ скопленій становятся инороднымъ тѣломъ и ихъ нельзя оставить въ тазу.

Воспаленія въ тазу обыкновенно влекутъ приращенія кишекъ, салника, матки; отсепаровка ихъ снизу или невозможна и нерѣдко требуетъ вскрытія живота сверху или первая влечетъ позднѣе новыя страданія больныхъ.

Аппендицитъ тоже нерѣдко осложняетъ воспаленія въ тазу и отсепаровка его снизу невозможна.

III. *Peterson* говоритъ, что послѣродовые *pyosalpinx* или нарывъ въ яичникѣ обыкновенно недоступны со стороны влагалища; только у очень истощенныхъ септическими процессами *P.* допускаетъ вскрытіе и дренажъ гнойниковъ черезъ влагалище, отлагая радикальную операцію—чревосѣченіе—до поправки больныхъ.

V. Допуская, что чревосѣченіе показано, слѣдуетъ ли производить и въ какихъ случаяхъ гистеректомію?

Если измѣненія въ маткѣ такъ значительны, что она будетъ служить причиной постояннаго нездоровья женщины, даже послѣ вырѣзанія у ней придатковъ, то такую матку слѣдуетъ вырѣзать. Хирургъ не долженъ оперировать шаблонно, не вырѣзывать разные органы полового аппарата безъ достаточнаго патологическаго основанія къ тому.

Опытъ показываетъ, что послѣ изсѣченія придатковъ обоихъ сторонъ, пациентки страдаютъ маточными бѣлями, кровотечениями или тяжелыми рефлекторными припадками, обусловливаемыми самой маткой, несмотря на выскабливаніе ея до или послѣ операціи. Съ другой стороны часто наблюдаются случаи полнаго выздоровленія послѣ удаленія однѣхъ придатковъ.

Polk, напр., утверждаетъ, что по удаленіи придатковъ, матка становится излишнею и должна быть вырѣзана, ибо служитъ иногда причиной неудачи, т. е. не прекращенія болѣзни, ради которой операція предпринята, а потому всегда слѣдуетъ по его мнѣнію вырѣзать одновременно и матку.

Хотя у многихъ врачей гистеректомія не увеличиваетъ процента смертности, получаемого при двухсторонней *salpingo-ooorhorectomii* съ оставленіемъ матки, но это не должно побуждать насъ вырѣзать матку во всѣхъ случаяхъ удаленія придатковъ.

Исслѣдованія *Werthesm'a*, *Döderlein'a* и *Werth'a* разъяснили многое въ вопросѣ объ эндометритѣ; *Schauta* полагаетъ, что мы вправѣ вырѣзать всѣ внутренніе органы, если мы діагностируемъ гонорройный *pyosalpinx*; онъ логичнѣе другихъ гинекологовъ, увѣряя, что при гонорройномъ эндометритѣ мы не можемъ спасти придатковъ матки. *Dr. Peterson* не согласенъ съ этимъ мнѣніемъ! Острою ложечкой съ послѣдующимъ дренажемъ ему удавалось

излѣчить нѣкоторые случаи endometrit'a несомнѣнно гоноррейнаго свойства.

P. допускаетъ гистеректомію въ слѣдующихъ 4-хъ категорическихкихъ случаяхъ:

1) При значительномъ пораженіи матки, когда никакая другая операція не даетъ шансовъ на излѣченіе.

2) При туберкулезѣ придатковъ.

3) Когда при удаленіи гнойниковъ въ придаткахъ, повреждены серозный покровъ матки или само тѣло матки, ибо здѣсь угрожаютъ срощенія кишекъ и непроходимость ихъ.

4) Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ pyosalpinx, а гистеректомія необходима ради обезпеченія дренажа черезъ влагалище.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ *P.* рекомендуетъ выскабливаніе матки, но не гистеректомію.

М. Гинзбургъ.

137. **Dr. I. W. Hickman.** (Washington).—**The Management of cases after abdominal operations.**—(The American Journal of Obstetrics etc, september 1896, pp. 333—340).—**Уходъ за больными послѣ чревосѣченій.**

Иные хирурги производятъ операцію очень искусно и асептически, но мало заботятся о дальнѣйшей участи своихъ больныхъ, которые не рѣдко погибаютъ отъ разныхъ случайностей послѣ—операционнаго періода. Указанію этихъ случайностей и предотвращенію ихъ *Dr. Hickman* посвящаетъ свою статью. Послѣ чревосѣченій необходимо туго убинтовать животъ, начиная съ нижнихъ реберъ, и ноги до колѣнъ, мышцы живота нужно сдѣлать неподвижными, но движенія ногъ вліяютъ на послѣднія, поэтому на первые 3—4 дня нужно убинтовать и ноги.

Больную не слѣдуетъ переносить съ операционнаго стола на ея кровать, какъ это нерѣдко дѣлается, такимъ образомъ, что одна сидѣлка беретъ больную за ноги, а другая—за плечи, при чемъ тѣло больной—сгибается, какъ мѣшокъ съ зерномъ, для переноски больныхъ необходимы носилки съ досчатымъ, неподвижнымъ дномъ, что очень способствуетъ гладкому теченію послѣ операционнаго періода.

Далѣе важно предупредить *шокъ*. Патологія его не выяснена посмертныя измѣненія—отрицательнаго свойства: шокъ слѣдуетъ считать угнетеніемъ жизненной энергіи нервной системы. Шокъ предотвращается путемъ возбужденія центральной нервной системы, главное сердечной дѣятельности. Для этого *Hickman* обкладываетъ оперированныхъ на первые полчаса или больше *бутыл-*