

V.

Отчетъ по Гинекологическому Отдѣленію Петропавловской больницы за 1896 годъ *).

В. А. Добберта.

(Окончаніе).

Тотъ фактъ, что въ настоящее время чаще распознаются заболѣванія придатковъ матки, можно только отчасти объяснить большимъ распространеніемъ ихъ. Главная же причина этого явленія та, что, благодаря усовершенствованнымъ методамъ изслѣдованія и вынесенному изъ многочисленныхъ чревосѣченій опыту, мы можемъ гораздо точнѣе и вѣрнѣе опредѣлять патологическія измѣненія въ предѣлахъ половой сферы женщины.

Не подлежитъ сомнѣнію, что многія «параметриты», «воспаленія брюшины» и «пораженія слѣпой кишки» представляли ничто иное, какъ заболѣванія придатковъ матки, оставшіяся безъ распознаванія. Въ послѣднее время въ лѣченіи воспалительныхъ заболѣваній брюшной полости и въ особенности слѣпой кишки произошелъ значительный переворотъ въ томъ смыслѣ, что вселявшія въ прежнее время такой ужасъ хирургическія вмѣшательства тепло рекомендуются многими авторами. Считаю поэтому нелишнимъ подробнѣе остановиться на одномъ обстоятельствѣ, которое можетъ имѣть существенное значеніе въ вопросѣ объ оперативномъ пособіи. Дѣло въ томъ, что забо-

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Іюнь 1897 г. стр. 653.

лѣванія придатковъ матки, въ особенности воспалительнаго характера, не рѣдко могутъ симулировать перитифлиты гесп. аппендициты. Въ большинствѣ руководствъ по гинекологіи и хирургіи этотъ фактъ, конечно находятъ упоминаніе, но даже и въ монографіяхъ объ этомъ говорится вскользь и отрывочно. Если даже исключить тѣ случаи, въ которыхъ аппендицитъ вторично вызываетъ поражение придатковъ, (*Lennander. Ueber Appendicitis. Beiträge zur Klin. Med. und Chir. 1895. Heft. 9. Martin etc.*), то остается все-жъ цѣлый рядъ другихъ случаевъ, въ которыхъ имѣются весьма мало характерныхъ признаковъ для дифференціальной діагностики, если не принять въ расчетъ данныхъ гинекологическаго изслѣдованія. Что касается прежде всего данныхъ анамнеза, имѣющихъ отношеніе къ раздраженію кишечника или брюшины, то мы знаемъ, что пораженія придатковъ матки, въ особенности при существованіи уже склеекъ съ кишечными петлями, даютъ поводъ къ аналогичнымъ жалобамъ со стороны больныхъ, какъ и при аппендицитѣ. Тѣже жалобы на отсутствіе аппетита, тошноту, рвоту, поносы или упорные запоры, въ тяжелыхъ случаяхъ—сильнѣйшія коликообразныя боли въ области червеобразнаго отростка и flexura coli dextr. et sin. (*Landau*). Характерно для заболѣваній придатковъ матки, что часто весьма незначительная травма, острое раздраженіе кишечника, возобновленіе инфекции—будь то со стороны половой сферы или со стороны другихъ органовъ—могутъ быть причиной внезапнаго обостренія страданія. (*Martin. Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig, 1895*). Начинающіеся бурными явленіями приступы, сопровождаемые атипической лихорадкой, нерѣдко съ первоначальнымъ знобомъ, наблюдаются какъ при аппендицитѣ, (*Sonnenburg. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig, 1895*), такъ и при заболѣваніяхъ придатковъ матки.

Дѣло обстоитъ не лучше зачастую и съ факторомъ, которому мы придаемъ наибольшій вѣсъ при постановкѣ діагноза, а именно съ данными объективнаго изслѣдованія. Малыя овариальныя кисты съ воспалительными процессами въ сосѣдствѣ, вслѣдствіе перекручиванія ножки, беременныя трубы съ ограниченными кровоизліянiями; а главнымъ образомъ гнойные трубные мѣшки могутъ симулировать при извѣстномъ поло-

женіи не только увеличенную сопротивляемость и притупленіе перкуторнаго звука, но даже давать ощущение—при ощупываніи со стороны брюшныхъ стѣнокъ—опухолей, какъ это встрѣчается при *Appendicitis simplex et perforativa*. Только подробное гинекологическое изслѣдованіе можетъ дать правильное представленіе о томъ, съ чѣмъ мы имѣемъ здѣсь дѣло. Конечно, всегда будутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ, несмотря на самое тщательное гинекологическое изслѣдованіе, не можетъ быть поставленъ дифференціальныи діагнозъ. Объ этихъ затруднительныхъ случаяхъ я здѣсь не говорю. Перечисляя нѣкоторые симптомы, общіе для клинической картины какъ того такъ и другого заболѣванія, я во-все не имѣлъ въ виду доказать невозможность точнаго распознаванія этихъ болѣзненныхъ формъ. Я желалъ лишь указать на то, какъ легко могутъ быть поставлены ошибочные діагнозы, если не пользоваться при изслѣдованіи всѣми находившимися въ нашемъ распоряженіи средствами.

Значеніе вѣрнаго діагноза для терапіи вообще и для оперативнаго вмѣшательства въ частности едва ли требуетъ разъясненія. При этихъ высоко въ тазу лежащихъ, почти неподвижныхъ опухоляхъ по большей части не можетъ быть и рѣчи объ операціяхъ со стороны влагалища. Если-же, какъ по поводу одного такъ и другого заболѣванія требуется вскрытіе брюшной полости черезъ брюшные покровы, то далеко небезразлично, въ какомъ мѣстѣ брюшной стѣнки произвести разрѣзъ. Обычный при аппендицитѣ разрѣзъ въ паху гораздо менѣе пригоденъ для операціи на придаткахъ, чѣмъ вскрытіе брюшной полости по средней линіи. Не говоря уже о томъ, что удаленіе значительной опухоли придатковъ и отдѣленіе плотныхъ сращеній съ кишечникомъ черезъ первый разрѣзъ менѣе удобно и поле операціи не такъ доступно зрѣнію, осмотръ или удаленіе придатковъ другой стороны черезъ разрѣзъ, параллельный Пупартовой связкѣ, едва-ли возможенъ. Выяснить же состояніе придатковъ другой стороны, въ виду частоты двусторонняго заболѣванія придатковъ матки, крайне необходимо. Результаты упущеній такого рода влекли за собой не только дальнѣйшія страданія больной, но даже и смерть вслѣдствіе прободнаго перитонита. По примѣру прошлыхъ лѣтъ

и въ отчетномъ году наблюдались нѣкоторые случаи не лишеныя интереса въ смыслѣ дифференціальной діагностики. Соответствующія исторіи болѣзней вкратцѣ слѣдующія:

1) Ск. л. № 3887. Госпожа Е. К. 33 лѣтъ получила первые регулы на 15 году. Регулы приходили правильно черезъ три недѣли. Послѣ нѣсколькихъ лѣтъ замужества, въ особенности вслѣдъ за вторыми родами, регулы стали весьма обильны и продолжались по цѣлымъ недѣлямъ и больше.

Въ промежуткахъ больная страдала сильными бѣлями. Вслѣдствіе имѣющагося эндометрита мною въ 1891 г. было сдѣлано Г-жѣ К. выскабливаніе матки. Послѣ этого оперативнаго вмѣшательства больная поправилась и забеременела въ 3 разъ. Послѣдняя беременность окончилась, 1 годъ тому назадъ, преждевременными родами на 8 мѣсяцѣ. Съ этихъ поръ регулы начали путаться и появились боли внизу живота. Г-жа К. весьма нервная особа, страдала постоянными крайне мучительными запорами. Осенью 1895 г., внезапно появилась рвота, сильная боль внизу живота, особенно въ правой паховой области, лихорадка. Приступъ этотъ сопровождался появленіемъ регуль. Лихорадка, достигавшая, особенно по вечерамъ довольно сильной степени, нѣсколько дней спустя прекратилась, но боли въ правой половинѣ живота, отсутствіе аппетита и общее недомоганіе не проходили.

Больную привезли въ Петербургъ. При состоявшейся здѣсь консультаціи было найдено приблизительно слѣдующее. Животъ вздутъ, при ощупываніи не особенно болѣзненъ; и только ниже пупка съ правой стороны больная ощущаетъ при надавливаніи острую боль. Перкуссія даетъ здѣсь тупой тонъ. Кромѣ большей резистенціи прощупать въ этой области ничего не удается. При гинекологическомъ изслѣдованіи матка найдена въ Anteflexio, своды не опущены. Въ правомъ сводѣ прощупывается нижній сегментъ не ясно ограниченной продолговатой опухоли плотно-эластической консистенціи. Изслѣдованіе очень болѣзненно и поэтому теперь уже опредѣлить отношеніе опухоли къ маткѣ нѣтъ возможности. На основаніи данныхъ гинекологическаго изслѣдованія, я тогда уже высказался за заболѣваніе трубы, хотя я не могъ съ увѣренностью отрицать и возможность существованія аппендицита. При покой-

номъ положеніи, примѣненіи холода и наркотическихъ средствъ бурныя явленія скоро утихли. Въ паховой области въ нижнемъ $\frac{2}{3}$ ея теперь ясно прощупывалась продолговатая мало подвижная опухоль, которая соединялась посредствомъ не толстаго жгута съ правымъ угломъ матки. Впослѣдствіи подъ вліяніемъ ваннъ и препаратовъ Ichtyol'a опухоль постепенно всосалась и воспалительныя явленія въ ея окружности исчезли. Черезъ влагалище прощупывалась продолговатая опухоль величиною съ голубиное яйцо. Правая утолщенная труба непосредственно переходитъ въ эту почти безболѣзненную опухоль. Больная немного пополнила, аппетитъ улучшился, но запоры по прежнему мучили больную. Поставленный мною діагнозъ Ruosalpinx'a былъ подтвержденъ на мѣстѣ жительства больной товарищемъ, къ которому г-жа К., обратилась по моему совѣту. Время отъ времени больная являлась ко мнѣ и я путемъ неоднократныхъ изслѣдованій могъ убѣдиться въ вѣрности своего діагноза.

Въ маѣ 1896 г. у больной внезапно развились такія же бурныя явленія: знобъ, рвота, вздутость и сильная чувствительность живота, запоры. Больная въ очень плачевномъ состояніи была доставлена въ Петербургъ. Лихорадка, особенно по вечерамъ, была довольно интенсивна, а боли въ правой паховой области просто невыносимы. Надъ Пупартовой связкой выпячивалась опухоль величиною съ гусиное яйцо. Правый сводъ оказался мало опущеннымъ, а въ заднемъ сводѣ имѣлась очень болѣзненная инфильтрація.

Не смотря на полный покой и противувоспалительное лѣченіе, боли и опухоль не уменьшались, напротивъ опухоль все яснѣе и яснѣе выпячивалась надъ Пупартовой связкой и давала при пальпаціи ясную флюктуацію. Больная была переведена для операціи въ гинекологическое отдѣленіе.

29/v разрѣзомъ параллельно правой Пупартовой связкѣ была широко вскрыта полость, наполненная густымъ гноемъ безъ запаха. Стѣнки этой гнойной полости, достигавшей величины кулака, были утолщены, внутренняя поверхность ихъ не отличалась гладкостью. Изъ гнойника одинъ ходъ углублялся по направленію къ позвоночнику, другой—шелъ въ полость малого таза. Такъ какъ сообщенія съ брюшной полостью не

имѣлось, то гнойная полость была промыта карболовымъ растворомъ и затампонирована. Послѣоперационное теченіе шло весьма хорошо; температура тотчасъ послѣ операциі пала до нормы и болѣе не повышалась. Полость сравнительно скоро выполнилась хорошими грануляціями. 27/VI г-жа К. выписалась изъ больницы вполне здоровой, съ небольшою поверхностною хорошо гранулирующею ранюю.

Что мы въ данномъ случаѣ имѣли дѣло не съ аппендицитомъ, а съ нагноеніемъ, происшедшемъ отъ придатковъ матки, это для меня не подлежитъ сомнѣнію на основаніи не однократнаго изслѣдованія въ періодѣ необостренняго воспалительнаго процесса. То обстоятельство, что при операциі мы не нашли ни трубы, ни яичника нисколько не говоритъ противъ правильности діагноза. Возможность распада органа, обусловившаго воспаленіе при продолжительномъ нагноеніи—фактъ извѣстный и наблюдался не однократно.

2) С. Л., № 5899. Александра К. крестьянка 30 лѣтъ. Родила благополучно одинъ разъ три года тому назадъ. Регулы постоянно приходившіе у больной правильно, просрочили въ послѣднее время 1 мѣсяць и 3 дня. Съ мѣсяць больная страдаетъ болью въ животѣ, и поясницѣ. Въ послѣдніе дни боли значительно усилились и изъ влагалища показалось не обильное кровянистое выдѣленіе.

Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія. Животъ вздутъ, при дотрогиваніи довольно болѣзненъ. Шейная часть имѣетъ нѣсколько глубокихъ надрывовъ. Матка не увеличена, лежитъ въ Anteversio, подвижна. Черезъ передній сводъ прощупывается впереди матки подвижная продолговатая опухоль, стоящая въ связи съ правымъ угломъ матки.

Послѣ опорожненія кишечника больная при покойномъ положеніи и примѣненіи наркотическихъ средствъ стала чувствовать себя лучше. Но недѣлю спустя у больной внезапно сдѣлался знобъ, температура повысилась, появились сильныя боли во всемъ животѣ, особенно сильно въ области Epigastrii и праваго паха. Тошнота. Языкъ обложенъ, влажный. Стулъ задержанъ. Животъ вздутъ. При перкуссіи въ правой паховой области получается тупость, при пальпации прощупывается плотно-эластическая опухоль, лежащая приблизительно на сре-

динѣ линіи, соединяющей *spin. ant. sup.* съ пупкомъ. Чувствительность значительна. Послѣ восходящей клизмы обильный стулъ. Въ послѣдующіе дни состояніе больной все ухудшается. Температура, по утрамъ субфебрильная или нормальная, по вечерамъ повышена до 39,3°. Чувствительность и инфильтрація въ правой паховой области все увеличивается; вся эта область выпячивается болѣе впередъ и выступаетъ надъ общимъ уровнемъ брюшныхъ покрововъ. Брюшная стѣнка спаяна съ лежащей подъ ней опухолью; при пальпаціи получается ясное зыбленіе. Стулъ задержанъ, не большая икота и тошнота, рвоты нѣтъ. При гинекологическомъ изслѣдованіи опухоль въ переднемъ сводѣ больше не прощупывается. Своды не опущены, матка въ *Retropositio*; чрезъ правый сводъ прощупывается нижній сегментъ опухоли, лежащей очень высоко въ направленіи къ слѣпой кишкѣ. Отъ праваго угла матки къ опухоли идетъ жгутъ толщиною въ карандашъ. Состояніе больной съ каждымъ днемъ ухудшается и стало на столько мучительнымъ, что она отъ операціи больше не отказывается.

11/ix больной была вскрыта брюшная полость разрѣзомъ, проведеннымъ параллельно Пупартовой связкѣ. Брюшина немного утолщена и инфильтрирована.

Послѣ вскрытія изъ брюшной полости выдѣлилась кровянисто-серозная жидкость съ примѣсью гноя и съ сильнымъ запахомъ. Жидкость эта находилась въ небольшой полости, вполне отдѣленной отъ общей брюшной полости. Заднюю и верхнюю стѣнку этой полости образовала, спаянная съ петлями кишекъ, утолщенная труба. Разрѣзъ удлинень до наружнаго края *m. recti abdom.* и послѣ перевязки маточнаго конца трубы и *lig. infundibulo—pelvici* правая труба удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Чрезъ рану брюшныхъ стѣнокъ въ брюшную полость введено нѣсколько стерилизованныхъ тампоновъ. Послѣоперационное теченіе нормально, только въ первый и во второй вечеръ послѣ операціи повышение t^0 до 38,2° и 38,1°. Изъ раны выдѣлялось въ первые дни довольно обильное количество серозно-кровоистой жидкости, но вскорѣ выдѣленіе уменьшилось, рана выполнена хорошими грануляциями и къ 18/x вполне зарубцевалась.

Абдоминальный конецъ удаленной трубы оказался расширен-

нымъ до величины гусиного яйца и содержалъ плотный кровяной сгустокъ. Въ сгусткѣ имѣлась полость величиной съ лѣсной орѣхъ, гдѣ и помѣщался зародышъ длинною въ 1 с.

3) С. Л. № 6828 Марія М. мѣщанка 34 л. поступила въ терапевтическое отдѣленіе съ жалобами на сильную боль внизу живота, особенно справа стороны, на тошноту и рвоту. До настоящаго заболѣванія страдала запорами, впоследствии смѣнившимися поносами. Температура по вечерамъ доходила до 39°, а по утрамъ была большею частью субфебрильна. По приглашенію товарища терапевта, я изслѣдовалъ больную, причемъ нашелъ приблизительно слѣдующее. Животъ вздутъ и очень болѣзненъ при дотрагиваніи. Болѣзненность сильнѣе всего выражена въ regio ileo—соealis; при перкуссіи получается тупость. При пальпаціи не ясно ограниченная плотная опухоль величиною болѣе чѣмъ съ кулакъ.

Лѣвая паховая область при надавливаніи также довольно чувствительна, здѣсь также имѣется не ясно ограниченная плотная инфильтрація.

Гинекологическое изслѣдованіе: portio vaginalis стоитъ высоко. Матка прижата къ лонному сращенію, своды не опущены. Черезъ правый сводъ прощупывается нижній сегментъ упомянутой опухоли, прилегающей къ правому углу матки. Слева и отчасти за маткой прощупывается также неподвижная опухоль меньшихъ размѣровъ, принадлежащая измѣненнымъ лѣвымъ придаткамъ.

30/x Больной было сдѣлано чревосѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лоннаго сращенія. Сальникъ воспалительно измѣненъ и утолщенъ, слегка спаянъ съ передней стѣнкой брюшной полости и съ дномъ матки. Послѣ отдѣленія его представились двѣ опухоли, расположенныя по обѣимъ сторонамъ дна матки. Значительныя плотныя сращенія съ петлями тонкихъ кишекъ, а съ правой стороны также и со слѣпой кишкой. При отдѣленіи правой опухоли отъ слѣпой кишки вскрылся небольшой гнойникъ, который содержалъ гной зеленокоричневатаго цвѣта съ каловымъ запахомъ. Довольно трудное вылуценіе опухолей изъ сращеній и удаленіе ихъ послѣ перевязки. Опухоли состояли изъ мѣшеччатыхъ расширенныхъ

и наполненныхъ гноемъ трубъ и увеличенныхъ яичниковъ съ многочисленными гнойниками.

Тампонада брюшной полости. Тампоны отчасти выведены въ нижній уголъ брюшной раны, отчасти во влагалище чрезъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Вечеромъ послѣ операціи больная еще лихорадила до $39,1^{\circ}$, но уже на другой день температура стала нормальной ($37,2^{\circ}$ — $37,1^{\circ}$). На третій день при перевязкѣ замѣтили каловой запахъ и къ вечеру температура повысилась до $38,2^{\circ}$. На 4-ый день изъ раны выдѣлилось уже довольно большое количество кала; Температура еще два дня по вечерамъ была повышена, но угрожающихъ признаковъ перитонита не было на лицо. Пульсъ былъ довольно полный, хотя немного учащенный (100—112). Рвоты и икоты не замѣчалось.

Въ послѣдующіе дни выдѣленіе кала изъ брюшной полости все продолжалось и не смотря на то, что, судя по свойству кала, прободеніе кишки имѣлось не въ тонкихъ кишкахъ, упадокъ силъ больной сталъ довольно рѣзкимъ. Но начиная съ 8-го дня послѣ операціи, когда уже всюду образовались хорошія грануляціи, выдѣленіе кала изъ раны сдѣлалось менѣе обильнымъ; больная стала нормально испражняться и силы ея постепенно возстановились.

На 11-ый день швы на зашитомъ участкѣ брюшной раны были сняты. Получилась *prima intentio* и тампоны замѣнены дренажной трубкой, одинъ конецъ которой былъ выведенъ чрезъ брюшную рану, а другой чрезъ задній сводъ во влагалище.

Къ 34-му дню полость уже на столько выполнена грануляціями, что дренажъ пришлось совсѣмъ удалить. Больная начинаетъ хорошо поправляться и полнѣть. Изъ постепенно уменьшающагося свищеваго отверстія до 70-го дня все еще выдѣлялся калъ, хотя и въ небольшомъ количествѣ, но съ этого времени свищъ сталъ заживать и 12/xii т. е. 104 дня послѣ операціи больная выписалась съ зажившей раной.

Среди приведенныхъ въ нижеслѣдующей таблицѣ случаевъ чревосѣченій слѣдуетъ отмѣтить одинъ со смертнымъ исходомъ. Въ случаѣ 6-мъ, послѣ отдѣленія и удаленія послѣда, изъ мѣста прикрѣпленія его открылось сильнѣйшее кровотеченіе, которое можно было остановить только плотной тампонадой. Это обстоятельство значительно затруднило операцію. Кромѣ того здѣсь не было цѣльнаго плоднаго мѣшка, благодаря которому можно было бы вполне удалить все патологическое. Все это заставило насъ тампонировать громадную полость и выждать постепенное отторженіе измѣненныхъ участковъ ткани. Въ слѣдующіе дни развилось въ значительной степени разложеніе, которое повело къ общему септическому зараженію, отъ котораго больная и погибла на 7-ой день.

Тампонада брюшной полости широко примѣнялась во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда благодаря операціи получалась раневая поверхность, не обладающая нормальнымъ брюшнымъ покровомъ, или же когда былъ поводъ опасаться загрязненія полости брюшины гнойными или гнилостными веществами.

Въ хирургіи тампонада брюшной полости пользуется несколько мнѣ извѣстно (я говорю лишь о тампонадѣ по *Miskulicz'y*) большими симпатіями. И среди гинекологовъ она имѣетъ цѣлый рядъ ярыхъ почитателей, какъ напримѣръ *M. Myrtry* (Am. Journ. of obst. 1892). *Семенскій* (Къ вопросу о тампонаціи брюшной полости. Журн. Ак. и Женск. бол. 1892). *Губаревъ* (О дренажѣ брюшной полости. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895) и др. Въ общемъ однако въ послѣдніе годы тампонада брюшной полости все болѣе и болѣе оставлена гинекологами. (*Czernin*. Laparotomien mit und ohne Drainage. Monatsschrift f. Geb. und. Gyn. 1895. Ergänzungsheft). Такой авторитетъ, какъ *Oehlhausen* приводитъ напр. въ только что вышедшемъ второмъ томѣ руководства по гинекологіи *J. Veit'a*, что онъ приблизительно въ 800 лапаротоміяхъ за послѣдніе 4 года не примѣнялъ вообще дренажа (pag. 692). И дѣйствительно стоитъ лишь разъ порвать со старыми традиціями, то всегда окажется все болѣе и болѣе случаевъ, гдѣ примѣненіе тампонады будетъ излишнимъ. Вѣдь должны же согласиться и самые ярые приверженцы тампонады, что въ смыслѣ послѣдовательнаго лѣченія затампонированную брюшную по-

ПЕРЕЧЕНЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ ПРО

№ по порядку, имя, возрастъ № скробнаго листа.	Предшествовавшіе роды или выкидыши. Менструація. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстныя явленія и данныя изслѣдованія. Теченіе болѣзни до операціи.
1. Анна Ф. 43 л. 1836.	Не рожала. Регулы съ 19 года, правильныя, но обильныя. 2 года крови уже перестала носить. 4 мѣсяца тому назадъ кровотеченіе, которое не прекращается; отеки ногъ. Съ $\frac{1}{2}$ года замѣчаетъ опухоль въ животѣ, которая за послѣднее время стала быстро увеличиваться.	Значительная Анаемія. Въ нижней части живота имѣется опухоль, верхній край которой стоитъ 3 поперечныхъ пальца выше пупка. Подвижность незначительная. Консистенція плотно-эластическая. Справа къ большой опухоли прилегаютъ другая болѣе подвижная опухоль величиною съ кулакъ. <i>Port. vaginalis</i> высоко за лоннымъ сращеніемъ. Задній и лѣвый своды заняты опухолью, которая непосредственно переходитъ въ тѣло матки.
2. Изабелла М. 47 л. 3098.	Родила одинъ разъ 20 лѣтъ тому назадъ. 3 года регулы больше не носитъ. Уже нѣкоторое время страдаетъ болями внизу живота, которыя за послѣдніе четыре дни значительно усилились; появился знобъ и сильный жаръ.	Удовлетворительное. Нижняя часть живота занята плотно-эластическою опухолью, доходящею почти до пупка. Подвижность незначительная. Чувствительность сильная. Матка отдалена опухолью взадъ; передній и лѣвый своды заняты опухолью. Правые придатки нормальны. Въ первые дни температура по вечерамъ повышается до 38,5°.
3. Аделаида В. 56 л. 4282.	Nullipara. Klimacterium наступилъ въ 1893 году. 7 лѣтъ тому назадъ замѣтила опухоль въ правой паховой области, которая постепенно увеличивалась. Около 4-хъ лѣтъ страдаетъ отекомъ лѣвой ноги. Въ маѣ 1896 г. на лѣвой голени образовались не большія язвочки.	Незначительная Cachexia. Окружность живота на уровнѣ пупка 105 с. При пальпаціи ясное зыбленіе. Матка не увеличена, смѣщена влѣво и прижата вмѣстѣ съ яичникомъ къ стѣнкѣ таза. Лѣвая нога значительно отечна. Кожа лѣвой голени багроваго цвѣта, на передней поверхности нѣсколько изъязвленій.
4. Ирина Г. 45 л. 5288.	Родила два раза. Регулы правильны. 20 лѣтъ тому назадъ стала страдать выпаденіемъ матки. Въ Москвѣ ей была сдѣлана операція, но скорѣе выпаденіе матки возобновилось.	Prolapsus uteri. Матка немного увеличена дно запрокинута взадъ. Придатки нормальны. На передней стѣнкѣ влагалища рубецъ отъ передней Colporrhaphia.

ИЗВЕДЕННЫХЪ ВЪ 1896 ГОДУ *).

О П Е Р А Ц И Я .

Послѣ операцион-
ный періодъ.
Исходъ.

Патологоанатоми-
ческой діагнозь.

5/III *Hysterectomia abdominalis.*

Трудное вылучение межсвязочно развившейся кистовидной опухоли. Вскрытие влагалищныхъ сводовъ со стороны брюшной полости. Перевязка правой широкой связки и удаление правыхъ измѣненныхъ придатковъ. Вылучение нижняго сегмента опухоли изъ Douglas'ова пространства и удаление ея въ связи съ маткою. Тампонація брюшной полости. Тампоны выведены во влагалищъ и въ нижній уголъ брюшной раны.

20/V *Coelio-Ovariотomia.*

Значительныя срощенія салника съ опухолью и съ peritoneum parietale. Киста на многихъ мѣстахъ срашена съ петлями кишекъ. При пункціи выдѣляется темно-коричневая густая жидкость, безъ запаха. Извлечение кисты черезъ брюшную рану. Перевязка ножки и удаление кисты. Брюшная рана зашита 3-хъ этажнымъ швомъ.

21/VI *Coelio-Ovariотomia.*

Незначительныя срощенія кисты съ салникомъ. Пункція кисты. Выпущено 1½ ведра прозрачной желтой жидкости. Извлечение опухоли черезъ брюшную рану. Вылучение нижняго сегмента ея изъ правой широкой связки. Образовавшаяся полость покрыта брюшиной и зашита. На брюшную рану наложенъ 3-хъ этажный шовъ.

Ventrofixatio no Leopold-Czerny.

Вечернія повыше-
нія температуры до
38,8°
Абсцессъ брюшной
стѣнки. Медленное
заживленіе гро-
мадной полости.
27/IV рана зажила.
Большая хорошо
поправилась и 26/V
выписалась здо-
ровой.

Безлихорадочный
послѣоперационный
періодъ. Швы сня-
ты на 8 и 10 день.
Заживленіе раны
per primam.
29/VI выписалась
здоровой.

Безлихорадочное
теченіе. Снятие
шовъ на 12 день,
prima—intentio.
Отекъ лѣвой ноги
скоро уменьшается,
язвочки заживаютъ.
25/VIII выписалась
здоровой.

Безлихорадочное
теченіе, prima in-
tentio. Одинъ мѣ-
сяць послѣ выписки
больной матка еще
плотно прилегаетъ
къ задней поверх-
ности брюшныхъ
стѣнокъ.

Kystoma (*Cystosarcoma*) *ovarii sin. intralig. et Cystis tubo-ovarial. dextr.* Стѣнка кисты настолько плотно спаяна съ тѣломъ матки, что только подъмикроскопомъ удается опредѣлить независимость опухоли отъ мышечной ткани матки.

Kystoma uniloculare ovarii sin. Ножка кисты перекручена въ направлении справа на лѣво приблизительно на 180 градусовъ.

Kystoma uniloculare ovarii dextr.

Prolapsus uteri.

*) Съ 1 марта 1896 г. по 1 января 1897 г.

№ по порядку, имя, возрастъ. № скорбнаго листа.	Предшествовавшіе роды или выкидыши. Менструація. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстныя явленія и данныя изслѣдованія. Теченіе болѣзни до операціи.
5. Евлампіада Т. 35 л. 5538.	Родила два раза, послѣд- ній разъ 15 лѣтъ тому назадъ. Послѣдніе 2 1/2 мѣсяца регулъ не было. Недѣлю до поступленія больной въ отдѣленіе, у нее появились сильныя боли въ животѣ схват- ками; сильно напирало внизъ. Боли сопровож- дались не сильнымъ крово- теченіемъ изъ матки. Общій упадокъ силъ.	Анаемія. Шейка укорочена, стоитъ низко. Матка при- давлена къ лонному соединенію. Полость таза занята плотною, эластическую опу- холью, верхній край которой стоитъ слѣва приблизительно на серединѣ между пупкомъ и crist. oss. ilei. Животъ вздутъ и очень бо- лѣзненный. Температура 39,5°. Въ теченіи 12 слѣдующихъ дней больная особенно по вечерамъ лихорадила (38,2°— 39,6°) и только значительное ухудшеніе са- мочувствія и знобы заставили ее рѣшиться на операцію.
6. Александра К. 30 л. 5899.	Подробная ис- см. выше	торія болѣзни стр. 35.
7. Агафья Ш. 40 л. 6147.	Родила два раза, послѣд- ній разъ 7 лѣтъ тому назадъ. Въ апрѣлѣ 1896 г. крови стали путаться. Въ маѣ регулъ не было. 20-го іюня появились крови и шли до половины іюля. Съ прекращеніемъ крови больная стала чув- ствовать боль внизу жи- вота, особенно въ лѣвой сторонѣ. Общій упадокъ силъ.	Больная хорошо ушита. Животъ немного вздутъ. Въ нижней части живота опухоль, доходящая почти до пупка. Опухоль мало подвижна, консистенція плот- но-эластическая. Portio vaginal. стоитъ низко, почти у входа во влагалище. Матка увели- чена, смѣщена влѣво и прижата къ симфи- зу. Задній сводъ опущенъ. Полость таза вы- полнена безболѣзненной почти не подвижною опухолью. Негативный результатъ аускультациі. Кро- вянистое выдѣленіе изъ матки больная счита- етъ за регулы. Температура по вечерамъ субфебрильная.
8. Евдокія П. 32 л. 6158.	Родила три раза, три раза выкинула. Послѣдніе роды 6 лѣтъ тому назадъ. Послѣдніа бнедѣль регулъ неимѣла. 29/ви появились крови съ сильными схваткооб- разными болями внизу живота.	Изъ груди выжимается молозиво. Матка увеличена, въ Anteversio, мало подвижна. Слѣва и отчасти и передъ маткой имѣется продолговатая опухоль сливающаяся къзади съ менѣе ясно ограниченою опухолью. Чув- ствительность довольно значительная. При полномъ покоѣ и противувоспалительномъ лѣченіи больная немного оправилась. На 25 день послѣ поступленія больной появился знобы, температура поднялась до 38,5°. Поя- вились невыносимыя боли въ лѣвой половинѣ живота.

О П Е Р А Ц И Я

Послѣ операцион-
ный періодъ.
Исходъ.

Паталогоанатоми-
ческій діагнозъ.

23/уш *Colpotomia posterior.*

Выдѣлилось значительное количество буроватой крови съ примѣсью гноя, съ сильнѣмъ запахомъ.

Coeliotomia. Значительныя срощенія сальника съ опухолью. Правая значительно расширенная труба и стѣнки кровавой опухоли удалены. Лѣвая труба также измѣнена. Перевязка и удаленіе ея. Полость таза затампонирована. Часть тампоновъ выведена во влагалищѣ, другая часть въ нижній уголъ брюшной раны. Верхняя часть брюшной раны защита глубокими швами.

11/1х *Coelio-Salpingoëctomia.*25/1х *Coeliotomia.*

Воспалительно измѣненный сальникъ покрываетъ органы брюшной полости. Опухоль, правая расширенная труба вверху и слѣва плотно спаяны съ петлями тонкихъ кишекъ. Передняя стѣнка очень утоншена. Черезъ надрывъ ея видна прозрачная околоплодная жидкость. Разрѣзъ плоднаго вмѣстилища по передней стѣнкѣ. Удаленіе 5-ти мѣсячнаго живаго плода и *placentaе*, находящейся въ Douglas'ѣ. Частичное удаленіе стѣнокъ трубы, при чемъ вскрыто нѣсколько гнойниковъ, находящихся между петлями кишекъ и стѣнками трубы. Верхняя и лѣвая стѣнка плодовамѣстилища состоитъ изъ спаянныхъ между собою петель кишекъ. Тампонація брюшной полости и плоднаго мѣшка.

23/х *Coelio-Salpingoëctomia.*

Довольно прочныя срощенія опухоли съ сальникомъ и петлями тонкихъ кишекъ. Лѣвая расширенная труба непосредственно переходитъ, въ небольшую полость въ Douglas'ѣ содержащую густую буроватую кровь съ сильнѣмъ запахомъ и нѣсколько свѣжихъ сгустковъ крови.

Лѣвый яичникъ кистовидно перерожденъ. Удаленіе трубъ и яичника послѣ перевязки. Разрѣзъ въ заднемъ сводѣ. Тампонація брюшной полости черезъ брюшную рану и чрезъ влагалищѣ. Верхняя часть брюшной раны защита глубокими швами.

Безлихорадочно е теченіе, высшая температура 37,4°, зашитая часть раны зажила *per prim.* Полость скоро покрылась грануляциями и постепенно уменьшалась при незначительномъ нагноеніи. 27/х выписалась *здоровой.*

Выздоровленіе.

Вечеромъ послѣ операции температура 38,7°. Въ послѣдующіе дни температура колебалась между 38,° и 39,°. Пульсъ 120—140 в. м.

Для лучшаго стока накопляющейся ей с ихорозной жидкости въ заднемъ сводѣ слѣланъ на 3-й день послѣ операции, разрѣзъ. Значительное разложеніе плоднаго мѣшка. 1/х *смерть* на 7-й день послѣ операции.

Температура послѣ операции пришла къ нормѣ. Только одинъ день вечерняя температура доходила до 38,0°. Незначительное выдѣленіе гнойной жидкости изъ тампонированной полости и скорое уменьшеніе ея. 26/х/11 выписалась *здоровой.*

Haematocele retrouterina. Graviditas tubae dextr. Sactosalpinx sin. purulenta.

Graviditas tubaria dextr.

Graviditas tuboabdominalis dextr. Peritonitis chr. adhaesiva et acuta septica. Nephritis acuta parenchymatosa. Degeneration parenchymatosa cordis et hepatis.

Graviditas tubaria sin.

№ по порядку, имя, возраст, № спорного листа.	Предшествовавшие роды или выкидыши. Менструация. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстныя явленія и данныя изслѣдованія. Теченіе болѣзни до операціи.
9. Ирина А. 39 л. 6300.	Въ 1892 г. больной было сдѣлано чревосѣченіе вслѣдствіе тубной беременности. Въ 1893 г. ей было сдѣлано вторичное чревосѣченіе вслѣдствіе грыжи бѣлой киши. Съ 1895 г. у больной вторично образовалась грыжа.	Грыжа бѣлой линіи величиною съ дѣтскую головку. На макушкѣ грыжи изъязвленіе кожи.
10. Анна Е. 35 л. 6360.	Родила три раза, послѣдній три года тому назадъ. Регулы съ іюля 1886 года стали путаться. 20/vii по 23/viii кровавистое выдѣленіе изъ матки. 26/viii кровотеченіе съ сильными болями въ животѣ. 1/ix вторичное кровотеченіе, сильныя схватки. Боли въ животѣ продолжались до поступленія больной въ больницу 20/ix.	Общая Anaemia. Матка не увеличена, въ Anteversio, прижата къ симфизу. Своды выпячены плотно-эластическою опухолью съ дѣтскую головку. При пункціи въ заднемъ сводѣ получается кровяная жидкость. 1/x боли внизу живота усиливаются, температура повышена; 38,1°—38,5°.
11. Вѣра Ч. 24 л. 6672.	Выкинула одинъ разъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, 7 лѣтъ тому назадъ. Puella publica. Регулы правильны, сильныя боли до появленія ихъ. По временамъ страдала сильными болями внизу живота.	Хорошо упитаная брюнетка. Матка въ Anteflexio, мало подвижна. Справо и спереди у угла матки опухоль правыхъ придатковъ величиною съ муриное яйцо. Слѣва опухоль такого же происхожденія величиною съ яблоко. Чувствительность очень значительная. Подвижность опухолей ограниченная. Больная 2½ мѣсяца находилась въ отдѣленіи, но не смотря на полный покой и противовоспалительное лѣченіе, боли не уменьшались, по вечерамъ больная иногда лихорадила и опухоль въ лѣвомъ сводѣ стала увеличиваться.
12. Марія М. 34 л. 6828.	Подробная исторія болѣзни см. выше	сторія болѣзни стр. 37.

О П Е Р А Ц И Я .	Послѣ операцион- ный періодъ. Исходъ.	Паталогоанатомическій діагнозъ.
<p>21/ix <i>Coeliotomia.</i> Края mus. rect. abdom. разстоятъ другъ отъ друга болѣе чѣмъ на 10 с., мышцы атрофированы. Въ брюшной полости никакихъ сросеній не найдено. На рану наложенъ 3 этажный шовъ.</p>	<p>Prima intentio. 17/x выписалась здоро- вой.</p>	<p><i>Hernia lineae al- bae.</i></p>
<p>4/x <i>Colpotomia posterior.</i> Выдѣленіе большаго количества сгустковъ и жидкой крови. <i>Coeliotomia.</i> Плотныя сросенія петель кишекъ съ маткою и съ опухолью. Правая расширенная труба переходитъ въ мѣшокъ съ толстыми стѣнками, который выполняетъ весь Douglas. Довольно трудное вылуценіе всего мѣшка и удаленіе его вмѣстѣ съ правой трубой. Тампонація черезъ нижній уголь брюшной раны и черезъ влагалище. Верхняя часть брюшной раны защита глубокими швами.</p>	<p>Безлихорадочное течение; незначи- тельное нагноеніе тампонированной полости. Prima in- tentio зашитой ча- сти брюшной раны. 23/xii выписалась здоровой.</p>	<p><i>Haematocele. Gra- viditas tubae dextr.</i></p>
<p>18/xii <i>Coelio-Salpingo-oophorectomia bilater- alis.</i> Значительныя сросенія опухоли правой сто- роны съ петлями тонкихъ кишекъ. Трудное отдѣленіе ихъ. На одномъ мѣстѣ стѣнка кишки гнойно инфильтрирована. При вылуценіи опухоли расширенная труба лопнула и изъ нее выдѣлилось большое ко- личество вонючаго гноя. Удаленіе правой трубы и яичника послѣ перевязки. Сросенія кишекъ съ опухолью лѣвой сто- роны менѣе плотны. Расширенная труба содержитъ гной; въ яичникѣ гнойникъ ве- личиною съ грецкій орѣхъ. Вылуценіе и удаленіе лѣвыхъ придатковъ. На верхнюю часть брюшной раны наложены глубокіе швы. Подозрительныя петли кишки фикси- рованы вблизи раны тампонами. Полость таза затампонирована.</p>	<p>Начиная съ 7 дня послѣ операциіи ве- чернія повышенія. Температура дохо- дила до 38,4° въ продолженіи 6-ти дней. Обильное выдѣле- ніе гноя изъ брюш- ной раны. На 13-й день послѣ опера- ціи образовался ка- ловой свищъ въ петлѣ тонкой киш- ки. Выдѣленіе кала изъ раны не обиль- ное въ продолже- ніи 3 недѣль. Мед- ленное заживленіе раны. Выписалась здоро- вой.</p>	<p><i>Sactosalpinx puru- lenta bilateralis. Abscessus ovarii sin.</i></p>
<p>30/x <i>Coelio-Salpingo-oophorectomia bilateralis.</i></p>	<p>Выздоровленіе.</p>	<p><i>Sactosalpinx pu- rulenta et Absces- sus ovarii bilate- ralis.</i></p>

№ по порядку, имя, возраст, № сборного листа.	Предшествовавшие роды или выкидыши. Менструация. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстные явленія и данныя изслѣдованія. Теченіе болѣзни до операціи.
13. Федора М. 39 л. 7901.	Родила одинъ разъ 17 л. тому назадъ. Около 10 дней послѣ поднятія тя- жести почувствовала боль въ животѣ, которая не уменьшается. Время появленія опухоли въ животѣ опредѣлить не можетъ.	Матка въ Anteversio, отодвинута взадъ. Своды мало опущены. Низъ живота занятъ мало подвижною кистообразною болѣзнен- ною опухолью, величиною съ дѣтскую го- ловку, верхній край которой стоитъ на средины между пупкомъ и лоннымъ соеди- неніемъ. На 2-й недѣли пребыванія въ больницѣ поя- вились знобы, повышенія температуры до 39°.

О П Е Р А Ц И Я .	Послѣ операціон- ный періодъ. Исходъ.	Патологоанатоми- ческий діагнозъ.
<p>31/хп <i>Coelio-Ovariectomy</i>.</p> <p>Воспаленный салыникъ плотно сляпъ съ опухолью, занимающую всю полость таза. Сплошныя сращения съ петлями кишекъ. При вылуценіи опухоли тонкая стѣнка кисты прорвалась и вылилось большое количество вонючей, мутной жидкости. При удаленіи кисты вскрыто нѣсколько небольшихъ гнойниковъ, расположенныхъ между спайками кишекъ и кистой.</p> <p>Вылуценіе нижняго сегмента кисты изъ правой широкой связки и удаленіе ея вмѣстѣ съ расширенной трубой. Брюшная полость затампонирована.</p>	<p>На 9 день образовался безъ повыше- ній температуры не большой абсцессъ въ прав. рег. раго- tidea, который вскрылся въ по- лость рта.</p> <p>На 28 день приш- лось вскрыть пе- рипроктальный абс- цессъ, который так- же образовался безъ повышеній темпе- ратуры. Рана мед- ленно заживала.</p> <p>29/п больная выпи- салась <i>здоровой</i>.</p>	<p><i>Kystoma unilocu- lare abscondens ovarii dextr.</i></p>

лость далеко нельзя считать идеаломъ. Гарантіи непоявленія перитонита тампонада не создаетъ. Выздоровленіе же, благодаря ей, въ значительной мѣрѣ затягивается. Переменная тампонадь причиняетъ въ первое время больной не малую боль, а заживающая *per secundam* рана дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ позднѣйшее появленіе грыжи. На этомъ основаніи я примѣняю тампонаду съ 1897 г. лишь въ видѣ исключенія и пока не вижу никакого повода возвращаться къ ней.

Трубная беременность дала въ 5 случаяхъ поводъ къ оперативному вмѣшательству, что по отношенію къ общему числу операций (13) является несомнѣнно довольно высокимъ процентомъ. За исключеніемъ вышеупомянутаго случая со смертнымъ исходомъ, дѣло шло о внѣматочныхъ беременностяхъ въ двухъ первыхъ мѣсяцахъ беременности. Въ 3 случаяхъ образовались болѣе или менѣе значительныя *Naematocoele*. Разрывъ стѣнки трубы ни разу не могъ быть констатированъ. Кровотеченія происходили изъ брюшнаго отверстія трубы. Три раза беременность имѣла мѣсто въ правой, а одинъ разъ—въ лѣвой трубѣ. Показаніями къ операциі служили процессы начинающагося разложенія въ кровяныхъ опухоляхъ, повышенія температуры и упорныя боли.

При существованіи болѣе или менѣе значительной *Naematocoele* операциа начиналась разрѣзомъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, и лишь послѣ того какъ достигалось по возможности совершенное опорожненіе разлагающейся крови, производилось вскрытіе брюшной полости послѣ вторичной основательной дезинфекціи. Какихъ либо вредныхъ послѣдствій отъ этого незначительнаго оперативнаго вмѣшательства я не наблюдалъ; выгоды же его настолько очевидны, что мнѣ нечего на этомъ и останавливаться.

Что касается патологоанатомическихъ данныхъ въ трубахъ, удаленныхъ оперативнымъ путемъ, то во всѣхъ случаяхъ имѣлось значительная извитость маточнаго отдѣла и утолщеніе стѣнокъ трубы. Расширенный лежащій ближе къ брюшному отверстию отдѣлъ трубы содержалъ постоянно плотный кровяной сгустокъ, величиною отъ голубинаго до гусинаго яйца; сгустокъ прилегалъ болѣе или менѣе плотно къ стѣнкѣ трубы. Только въ одномъ случаѣ (6) въ этомъ кровя-

номъ сгусткѣ былъ найденъ маленькій 1 сант. длинны, плодъ,—въ высшей степени рѣдкая находка. Въ другихъ случаяхъ, кромѣ упомянутыхъ кровяныхъ сгустковъ, макроскопически нельзя было констатировать ничего такого, что указывало бы на беременность. Мы принуждены были слѣдовательно для доказательства прибѣгнуть къ микроскопу. На первый взглядъ казалось бы нетрудно представить въ подобныхъ случаяхъ микроскопическое доказательство беременности—ворсинки хоріона—и такимъ образомъ удовлетворить требованіямъ *Zweifel*'я. (Ueber Extrauteringravität u. retrouterine Haematome. Festschrift z. 25 jähr. Jubil. Gusserow's Berlin, 1891). «Гдѣ не найденъ плодъ или ворсинки хоріона, тамъ нельзя считать доказанной эктопическую беременность» — говорить *Zweifel*. Если однако держаться строго этого требованія, то пришлось бы не признать цѣлый рядъ завѣдомыхъ трубныхъ беременностей за таковыя. Для того, чтобы служить доказательствомъ, ворсинка хоріона, въ особенности если она встрѣчается единично въ кровяномъ сгусткѣ, должна имѣть всѣ присущіе ей характерные признаки въ столь рѣзко выраженномъ состояніи, чтобы не могло даже возникнуть сомнѣнія объ иномъ происхожденіи данного образованія. Такія характеристическія картины мы можемъ ожидать лишь въ свѣжихъ случаяхъ, да и то должны быть взяты цѣлыя серіи срѣзовъ изъ различныхъ частей беременнаго участка трубы и кровянаго сгустка. На практикѣ такого рода изслѣдованія лишь въ рѣдкихъ случаяхъ выполнимы. Зачастую пришлось благодарить лишь счастливый случай за вѣрный патологическій діагнозъ, въ зависимости отъ того, найдемъ ли мы на немногихъ изслѣдованныхъ срѣзахъ хорошо сохранившіеся ворсинки, или нѣтъ. Благодаря изслѣдованіямъ *Keller*'а (Zur Diagnose der Tubengravität. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Band XIX) и др. мы знаемъ, что ворсинки, отторванныя повторными кровотечениями отъ мѣста своего прикрѣпленія и поставленныя въ дурныя условія питанія, подвергаются «анемическому некрозу». Другими словами онѣ видоизмѣняются въ образованія, которыя не только похожи на продукты свертыванія фибрина, но совершенно имъ равнозначущи. Чѣмъ больше времени протекало съ момента кровотечения, чѣмъ хуже вслѣдствіе

этого условія питанія, тѣмъ труднѣе по этимъ обладающимъ малыми признаками организованной ткани образованіямъ заключить объ отсутствіи или присутствіи ворсинокъ хоріона. При многочисленныхъ изслѣдованіяхъ трубной беременности съ болѣе или менѣе прогрессирующимъ разрушеніемъ ткани, вслѣдствіе кровоизліянія, которыя мнѣ пришлось дѣлать, я постоянно стремился кромѣ ворсинокъ отыскать еще другіе элементы, которые не такъ легко уносятся кровянымъ токомъ, а слѣдовательно встрѣчаются болѣе постоянно и при всемъ томъ могли бы послужить мѣриломъ при установкѣ точнаго діагноза.

Для изслѣдованія наиболѣе пригодны тѣ участки, гдѣ кровяной стустокъ наиболѣе плотно присталъ къ трубной стѣнкѣ. Сръзъ черезъ такое мѣсто представляетъ обыкновенно разнообразную картину. Прилегающая къ мышечной оболочкѣ слизистая оболочка въ поверхностныхъ слояхъ по большей части разрушена уже самою излившеюся кровью. Остающаяся часть сильно пропитана кровяными тѣльцами. Хорошо выраженные децидуальные клѣтки встрѣчаются лишь единично. По большей части въ соединительной ткани можно найти различныя переходныя ступени соединительнотканыхъ клѣтокъ въ децидуальныя. Далѣе въ этомъ остаткѣ слизистой оболочки часто находятъ большіе сильно наполненные кровью сосуды, которые по величинѣ значительно превосходятъ сосуды мышечнаго и серознаго слоя, или по крайней мѣрѣ достигаютъ одинаковаго съ ними калибра. Стѣнки этихъ сосудовъ состоятъ повидимому только изъ одного слоя пролиферирующаго эндотелія. Иногда удается доказать прямую связь содержащейся въ этихъ сосудахъ крови съ большимъ кровянымъ стусткомъ въ просвѣтѣ трубы. Здѣсь дѣло идетъ объ измѣненіяхъ сосудистыхъ стѣнокъ въ decidua беременной трубы, которыя аналогичны измѣненіямъ въ сосудахъ матки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Измѣненія эти стали извѣстны, благодаря изслѣдованіямъ *Klein'a* (Zur Anatomie d. schwang. Tube. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20.), *Zedel'я* (Zur Anatomie d. schwang. Tube etc. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 26.) и др... За единично встрѣчаемыми децидуальными клѣтками слѣдуетъ собственно самый кро-

вяной сгустокъ. Последній состоитъ частью изъ канализованнаго фибрина, частью изъ болѣе старыхъ кровяныхъ фокусовъ, пронизанныхъ нитями фибрина. Въ кровяныхъ сгусткахъ разсѣяны группами децидуальныя клѣтки, которыя унесены были излившейся кровью, и ворсинки въ самыхъ различныхъ стаяхъ анэмического некроза. Въ остаткахъ слизистой, въ особенности если еще имѣются части децидуальнаго слоя, въ группахъ децидуальныхъ клѣтокъ въ кровяныхъ фокусахъ, вблизи ворсинокъ, наконецъ изолированно въ кровяномъ сгусткѣ встрѣчаются образованія похожія на гигантныя клѣтки. Противустоятъ ли эти образованія упорнѣе процессамъ регрессивнаго метаморфоза, или же онѣ обладаютъ большею способностью къ окрашиванію, фактъ тотъ, что они отличаются еще ясными контурами и энергичнымъ окрашиваніемъ ядеръ, въ то время, какъ децидуальныя клѣтки и ворсинки съ трудомъ лишь узнаются, какъ таковыя. Нерѣдко находятъ вблизи ворсинокъ, лишенныхъ уже эпителия, и узнаваемыхъ лишь по, впрочемъ помутнѣвшей основѣ, гигантскія клѣтки, которыя еще очень хорошо сохранились и легко узнаются. Въ случаяхъ трубнаго выкидыша, когда кровяной сгустокъ покинулъ уже трубу, находятъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки трубы, почти постоянно и при отсутствіи ворсинокъ названныя клѣтки-гиганты круглой, овальной или лентообразной формы. Эти клѣтки пристали къ поверхности слизистой оболочки, или же заложены въ верхнихъ слояхъ ея.

Уже ранѣе я указалъ на присутствіе такихъ клѣтокъ-гигантовъ въ децидуальномъ слоѣ при трубной беременности. (Beiträge zur Anatomie d. ectop. Schwangerschaft. Virchow's Arch. Bd. 127.) Я разсматривалъ ихъ, какъ отростки ворсинокъ. Дальнѣйшія изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ, входитъ въ которыя меня завело бы слишкомъ далеко, установили, что эти образованія происходятъ изъ наружнаго протоплазматическаго слоя ворсинокъ. (Syncytium). Я не берусь рѣшать, происходитъ ли Syncytium отъ эпителия трубы resp. матки, какъ между прочими допускаетъ и *Merttens* (Beiträge z. normal. u. patholog. Anatomie d. menschl. Placenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 30 и 31), или же оно зародышеваго проис-

хождения какъ увѣряють *Hofmeier* (Beiträge z. Anatomie und Entw. d. menschl. Placenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35.) *Улеско-Строганова* (Гигантскія клѣтки въ послѣдѣ, происхождение и вѣроятное значеніе ихъ. Жур. акуш. и женск. бол. 1896.) и др... Продуктъ беременности, оно внѣ всякаго сомнѣнія и вслѣдствіе тѣснаго соотношенія съ decidua или съ децидуальными сосудами, оно часто можетъ быть найдено даже тогда, когда ворсинки имѣются въ очень скудномъ количествѣ, или совсѣмъ отсутствуютъ. Приготовленіе сотни срѣзовъ и часто безуспѣшную погоню за ворсинками я считаю поэтому излишней. Если намъ удастся въ приготовленныхъ срѣзахъ найти извѣстныя измѣненія сосудовъ въ слизистой оболочкѣ и если мы встрѣчаемъ въ слизистой оболочкѣ или въ прилегающемъ кровяномъ сгусткѣ скопленія syncytium'a, въ такомъ случаѣ существованіе беременности также точно установлено, какъ и при нахожденіи ворсинокъ.
