

зіями, то здѣсь требуется лѣчение; но часто тутъ достаточно простыхъ скарификацій съ послѣдующимъ приложеніемъ іодо-глицериновыхъ тампоновъ. При субъинволюціи же матки, больномъ эндомиетріи и т. п., случай переходить уже въ категорію оперативныхъ.

Ф. Кюнъ.

13. **Gustav Klein. Gasbildende Bacillen bei Colpohyperplasia cystica. (Colpitis emphysematosa).** (Centr.-blatt f. Gynäk., № 31). Бациллы, образующія газъ при colpohyperplasia cystica.

Въ 1888 году *Eisenlohr* выдѣлилъ въ чистомъ видѣ короткія палочки при Colpohyperplasia cystica и при одномъ подобномъ заболѣваніи пузыря и кишки, причемъ эти бациллы образовывали газъ въ агарѣ, желатинѣ и бульонѣ. Хотя подкожныя прививки кроликамъ и морскимъ свинкамъ оказались безрезультатны, *Eisenlohr* считаетъ выдѣленныхъ имъ бациллъ за весьма вѣроятныхъ возбудителей эмфизематознаго кольпита.

Докторъ *Klein* повторилъ изслѣдованія *Eisenlohr*'а въ одномъ случаѣ colpitis emphysematosae у 23-хъ лѣтней беременной. Послѣвы были сдѣланы на агарѣ и желатинѣ въ 2 приема—въ концѣ беременности и черезъ 9 дней послѣ родовъ больной, при чемъ содержимое, при обычныхъ бактериологическихъ предосторожностяхъ, добывалось изъ кистъ какъ *in situ*, такъ и послѣ предварительнаго вырѣзыванія кистъ. Произведено также микроскопическое изслѣдованіе кисты и окружающихъ ихъ тканей. Выводы автора слѣдующіе:

Изъ кистъ влагалища выдѣляются въ чистомъ видѣ мелкія, почти овальныя, короткія палочки, развивающія въ агарѣ газъ. Въ желатинѣ эти палочки газъ не развиваютъ (по *Eisenlohr*'у—развиваютъ и въ желатинѣ, и въ бульонѣ). Доступъ воздуха не вліяетъ на способность бациллъ вырабатывать газъ. Черезъ нѣсколько генерацій какъ на агарѣ, такъ и на желатинѣ бациллы умираютъ. Ergo—бациллы эти типичные паразиты, факультативные аэробы, желатину не разжижаютъ.—Палочки одинаковой формы и величины встрѣчаются какъ въ содержащихъ газъ кистахъ, такъ и въ расширенныхъ лимфатическихъ сосудахъ подъ эпителиальной соединительной тканью влагалища. Самыя кисты представляютъ собой, всего вѣроятнѣе, расширенныя лимфатическіе сосуды (непосредственный переходъ въ кисты расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ, слѣды эндотелія на стѣнкахъ кистъ), и не имѣютъ генетической связи съ поверхностнымъ эпителиемъ. Названіе colpitis emphysematosa болѣе подходящее для разбираемой формы, нежели Colpohyperplasia cystica.

А. Соловьевъ.

14. **Święcicki: O operacyjach celem usunięcia tytozgień macicy.** (Kronika lekarska № 9, 1891 roku). Объ оперативномъ лѣченіи перегибовъ матки назадъ.

Авторъ различаетъ способы посредственные и непосредственные: къ первымъ относятся: 1) зашиваніе разрывовъ промежности, операціи при опущеніи и выпаденіи влагалища и матки; 2) зашиваніе глубокихъ разрывовъ шейки; 3) клиновидная эксцизія и ампутація шейки; 4) Удаленіе путемъ

чревосѣченія опухолей, смѣщающихъ матку кзади; 5) Кастрація.—Непосредственныхъ методовъ существуетъ большое количество. *Richelot* предложилъ окровавлять заднюю поверхность влагалищной части и заднюю стѣнку влагалища съ послѣдующимъ соединеніемъ соотвѣтствующими швами; *Courty* вмѣсто швовъ предложилъ пользоваться прижиганіемъ; дальнѣйшій шагъ въ развитіи той-же идеи сдѣлалъ *Nicolétis*’омъ: ампутируется шейка и культи такимъ образомъ прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ влагалища, что тѣло и дно матки должны наклониться впередъ. *Loewenthal* совѣтовалъ окровавлять переднюю поверхность влагалищной части и переднюю стѣнку влагалища и окровавленные поверхности соединять швами; онъ разсчитываетъ на то, что если искусственно произвести опущеніе матки, то она не должна перегибаться ни взадъ ни впередъ.—Способъ *Freund*’а состоитъ въ томъ, что въ переднюю губу вводится оловянная проволока; черезъ нѣсколько дней, когда проволока вросла въ ткани, вводится пессарій *Hodge*’а и проволока фиксируется къ его задней поперечной части.—*Frank* поступалъ такимъ образомъ: отдѣлялъ брюшину отъ передней поверхности матки и отъ задней поверхности пузыря, изъ отсепарованной брюшины образовалъ складку вверхъ, которую подкожными кѣгуттовыми швами укрѣплялъ такимъ образомъ, что окровавленные поверхности пузыря и матки прилегали другъ къ другу. Тотъ-же *Frank* въ нѣсколькихъ случаяхъ отсепаровалъ лоскутъ отъ передней стѣнки влагалища основаніемъ вверхъ и приростилъ конецъ лоскута къ передней поверхности матки, которую окровавилъ, отдѣляя отъ нея брюшину; результаты манипуляцій *Frank*’а остались неизвѣстны.—*Schultze* совѣтуетъ сдѣлать поперечный разрѣзъ задняго свода, разрушить сращенія матки и яичниковъ и репонировать матку; затѣмъ при помощи швовъ укоротить брюшину Дугласова пространства и задній сводъ въ такой степени, чтобы влагалищная часть смотрѣла кзади. *Sänger*’омъ тоже предложенъ способъ укороченія заднихъ поддерживающихъ связокъ. *Schücking* прикрѣплялъ переднюю стѣнку матки къ влагалищу, проводя соотвѣтственно искривленную иглу черезъ переднюю стѣнку матки и передній сводъ и завязывая оба конца нитки, изъ которыхъ одинъ торчитъ изъ наружнаго отверстія цервикальнаго канала, а другой изъ передняго свода. По автору преимущество этого способа слѣдующее: непродолжительность операции, безболѣзненность, такъ что можно оперировать безъ наркоза; не вскрывается полость брюшины, не раздражаются сосѣдніе органы и матка послѣ операціи остается подвижной; недостатки его слѣдующіе: онъ не примѣнимъ въ случаѣ сращеній въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, которыя не устраняются по способу *Schultze*; равно онъ не примѣнимъ при воспаленіи придатковъ и суженіи влагалища; не исключается возможность пораненія пузыря; наконецъ, нельзя напередъ сказать, насколько прочнымъ окажется соединеніе матки съ передней складкой брюшины.—*Rabenau* въ 6 случаяхъ произвелъ типическую резекцію (?) передней стѣнки маточной шейки.—*Canewa* и *Assaky* прикрѣпляютъ дно матки къ брюшной стѣнкѣ безъ предварительнаго вскрытія брюшной полости.—Далѣе, способъ *Alquié* и *Alexander*’а—укороченіе круглыхъ маточ-

ныхъ связокъ; помимо ненадежности, отыскиваніе волоконъ круглыхъ маточныхъ связокъ является иной разъ невозможнымъ. — Наконецъ *hysteropectia* или *ventrofixatio*, детали техники которой крайне разнообразны; авторъ нѣсколько разъ примѣнилъ эту операцію и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: техника операціи легка, лучший способъ — *Leopold'a* (прикрѣпленіе дна матки къ брюшной стѣнкѣ 3-мя глубокими швами); соскабливаніе брюшины является излишнимъ; во всѣхъ случаяхъ автора матка осталась въ антефлексіи; въ одномъ случаѣ наблюдалось раздраженіе пузыря; операція не всегда устраняетъ болѣзненные симптомы, такъ что показанія къ операціи должны ставиться строже, чѣмъ это до сихъ поръ дѣлалось. — Въ самое послѣднее время опубликованъ способъ *Schtratr'a*: дѣлается подъ тупымъ угломъ разрѣзъ на промежности, верхушка угла обращена къ влагалищу; отсепаровывается задняя стѣнка влагалища вплоть до свода, образовавшійся лоскутъ разрѣзается въ продольномъ направленіи, вскрывается задній сводъ тоже продольнымъ разрѣзомъ, разрушаются сращения и матка репонируется; способъ этотъ далъ *Schtratr'u* удовлетворительные результаты.

Въ заключеніе авторъ на основаніи теоретическихъ соображеній предлагаетъ такой методъ: при подвижной ретрофлексіи безъ сращеній въ Дугласовомъ произвести поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ и выполнить его тампономъ изъ стерилизованной марли, смоченной спиртомъ, произойдетъ слипчивое воспаленіе, въ силу чего репонированная матка фиксируется въ переднемъ сводѣ; при фиксированной ретрофлексіи слѣдовало-бы сдѣлать разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, выполнить заднее Дугласово такимъ же тампономъ, редрессировавъ предварительно матку; затѣмъ обыкновенной ватой затампонировать передій сводъ съ цѣлью отгѣснить влагалищную часть кзади; эта послѣдняя въ свою очередь фиксировалась бы сзади вслѣдствіе слипчиваго воспаленія; по мнѣнію автора, такимъ способомъ матка можетъ быть удержана въ правильномъ положеніи, не теряя при томъ подвижности; спиртъ является особенно пригоднымъ для вызыванія слипчиваго асептического воспаленія; методъ этотъ пока еще не былъ испробованъ на дѣлѣ.

Ф. Краснопольскій.

15. Borck. Report of a case of abdominal uterine tumor. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 27, 1891 г.). Случай маточной опухоли.

Авторъ сообщаетъ оперированный имъ въ маѣ 1891 г. случай фиброида матки, распознанный какъ таковой уже за 6 лѣтъ до операціи (въ 1885 г. онъ не былъ оперированъ вслѣдствіе отказа въ томъ пациентки). Сама операція, произведенная съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ асептики, прошла совершенно гладко: сращеній не было, потеря крови равнялась одному унцу. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений: выздоровленіе на 21-й день. Опухоль занимала дно матки и тѣсно охватывала правый яичникъ; на правой сторонѣ ея имѣлось нѣсколько небольшихъ, болѣе мягкихъ кистовидныхъ выпячиваній («bunches or protrusions»).

Опухоль въсомъ въ 20 $\frac{1}{2}$ унцовъ, по разрѣзѣ представлялась коллоидною съ прекрасно сохранившеюся тканью матки, со дна которой она и на-