

категоріи. По мнѣнію автора, рвота и слюнотеченіе есть ничто иное, какъ повышенный рефлекторный неврозъ, вызываемый самой беременностью, при чемъ у женщинъ болѣе или менѣе чувствительныхъ и раздражительныхъ это бываетъ выражено гораздо рѣзче. Чаще всего рвота появляется рефлекторно вслѣдствіе раздраженія чувствующихъ нервовъ. Извѣстны случаи, гдѣ у совершенно здоровыхъ женщинъ, не подверженныхъ никакимъ истерическимъ припадкамъ, раздражительность чувствующихъ нервовъ достигаетъ крайнихъ предѣловъ. Беременная въ такихъ случаяхъ начинаетъ страдать и напоминаетъ картину истеріи. Что касается терапіи, то авторъ въ данномъ случаѣ поступаетъ такъ, какъ еслибы онъ имѣлъ дѣло съ истеричной больной. Такая беременная помѣщается въ больницу, гдѣ строго регулируется образъ ея жизни и стараются по возможности устранять какія бы ни было душевныя волненія.

Д. Рузи.

119. Познанская. Случай неукротимой рвоты внѣ беременности. (Медицина, № 18, 1891 г.).

Г-жа М. начала менструировать на 13 году, регулы неправильны, — черезъ 1<sup>1/2</sup>—2 недѣли по 7 дней, обильныя, сгустками, съ сильными болями въ нижней части живота въ теченіе 1-го дня. Замужъ вышла на 21 году: регулы явились черезъ 28 дней, длились только по 4—5 дней, но попрежнему обильны и сопровождались такими же сильными болями. Черезъ 3 мѣсяца послѣ замужества бѣли, а вскорѣ боли въ лѣвомъ паху, распространяющіяся на лѣвое бедро. Беременна за 5 лѣтъ замужества не была. Четыре мѣсяца тому назадъ появилась тошнота, а потомъ и рвота, являвшаяся сначала послѣ ѣды, а потомъ и независимо отъ нея. Примѣняемыя симптоматическія средства (кокаинъ и пр.) безъ прочнаго успѣха. Истощенный субъектъ. Языкъ обложенъ. Рвотой извергается желтоватая, слизистая жидкость, безъ особеннаго запаха. Животъ умѣренно вздутъ, чувствителенъ ниже пупка и in regione hypogastrica, преимущественно слѣва. Маленькая матка in anteflexione retroposita, фиксирована слѣва и съ трудомъ отводится отъ крестца; изъ шейки матки выдѣляется мутноватая жидкость. Рядомъ съ маткой никакой опухоли нѣтъ. Лѣвый сводъ напряженъ, болѣзненъ. Диагнозъ: *anteflexio uteri congenita, endometritis et salpingo-oophoritis chronica sinistra et dysmenorrhoea*. Рвота прекратилась черезъ 4 дня послѣ произведенной discisio cervicis съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки расширителями Hegar'a до № 8,5 и, по свѣдѣніямъ, полученнымъ черезъ 2 мѣсяца послѣ операци, болѣе не повторялась.

А. Рутковскій.

120. А. Holowko. Eine seltene Todesursache bei einer kreissenden Verblutung aus gerissenen peritonitischen Adhaesionen (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXI, H. 2, 1891). Рѣдная причина смерти роженицы (истеченіе кровью изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній).

29-го іюня 1890 г. Н. былъ призванъ къ беременной 36-ти лѣтней сидѣлкѣ, рожавшей 2 раза: 7 лѣтъ тому назадъ незрѣлый мертвый плодъ и 1<sup>1/2</sup> года такъ называемаго недоношеннаго ребенка. Послѣднія крови были

въ ноябрѣ 1889 г. Беременность протекала нормально, но 28-го іюня она почувствовала послѣ прыжка сильное колотье въ правомъ боку и вслѣдъ за тѣмъ наступленіе необыкновенно болѣзненныхъ потугъ. Stat. praes. t<sup>o</sup> 38. Дно матки стоитъ на 15 см. выше пупка, консистенція ея крайне плотна, дѣтскія части не прощупываются, сердцебіенія плода выслушать не удается. Влагалищная часть рыхла, длина ея 2 см., наружный зѣвъ и каналъ шейки проходимы для пальца. Тетаническое сокращеніе матки уменьшилось послѣ выпрыскиванія морфія (0,015) и теплой ванны; но признаковъ жизни плода не обнаруживается. Въ теченіи двухъ дней эти явленія оставались безъ измѣненій при постоянно повышенной температурѣ и рѣзко учащенномъ пульсѣ. 1-го іюля утромъ зѣвъ сглаженъ, разрывается пузырь и въ 11 часовъ рождается свѣже мацерированный плодъ, соотвѣтствующій приблизительно 8-му мѣсяцу беременности. Послѣ родовъ состояніе матери быстро ухудшается. Пульсъ нитевиденъ, но животъ вздутъ. Послѣдъ удаленъ черезъ  $\frac{1}{2}$  часа по способу *Crede*, причеиъ, какъ и раньше, почти вовсе не наблюдается истеченія крови изъ половыхъ частей. При быстро возрастающемъ упадкѣ силъ въ  $\frac{1}{2}$  1-го наступаетъ смерть. При вскрытіи въ брюшной полости найдено большое количество (3—4 л.) жидкой крови и многочисленные кровавые сгустки между петлями кишекъ. Серозный покровъ матки гладокъ, признаковъ поврежденія на немъ не замѣтно. Между восходящею и поперечною частями толстыхъ кишекъ существуетъ много старыхъ сращеній, легко рвущихся подъ рукою. Все это мѣсто пронизано кровоизліяніями и покрыто обильными сгустками крови. При давленіи на сращенія изъ нихъ выдавливается еще жидкая кровь. Въ виду отсутствія какихъ бы то ни было явленій со стороны прочихъ органовъ брюшной полости, данныя вскрытія приводятъ къ заключенію объ имѣвшемся кровотеченіи изъ разорванныхъ перитонитическихъ сращеній между указанными отдѣлами кишекъ, хотя и не удалось найти съ точностью самые поврежденные сосуды. Что касается прижизненнаго опредѣленія внутрибрюшнаго кровоизліянія въ данномъ случаѣ, то авторъ подчеркиваетъ отсутствіе явленій сильной анэміи (единственнаго признака, считаемаго *I. Veit* оиъ существеннымъ въ подобныхъ случаяхъ); не было ни рвоты, ни головокруженія и замѣтнаго помраченія сознанія, ни судорогъ и, наконецъ, не замѣчалось того безпокойства, которое обычно наблюдается передъ смертью отъ внутреннихъ кровотеченій. Съ другой стороны нахождение на вскрытіи многочисленныхъ свертковъ крови разной давности среди разорванныхъ сращеній, по мнѣнію *H.*, указываетъ на постепенность излітія крови въ брюшную полость, давашаго сначала инкапсулированную haematocoele, которая затѣмъ уже прорвалась, благодаря быстрому измѣненію давленія въ брюшной полости по изгнаніи плода (рѣзкій упадокъ общаго состоянія непосредственно послѣ родовъ). Тетанусъ матки и вмѣстѣ съ нимъ смерть плода, авторъ объясняетъ анэміею, которой вполне соотвѣтствовалъ и характеръ пульса. Анэміею же кишечной мускулатуры былъ обусловленъ и парезъ ея съ послѣдовательнымъ развитіемъ метеоризма. Совпаденіе внутрибрюшнаго кровотечения съ беременностью представляетъ большія затрудненія для ранняго распознаванія, главнымъ

образомъ, въ силу того, что сама увеличенная матка препятствуетъ быстрому истеченію крови и вмѣстѣ съ тѣмъ развитію полной картины болѣзни. Быть можетъ сама беременность, обуславливая рядъ явленій застоя и переполненія сосудовъ брюшной полости, служитъ моментомъ, предрасполагающимъ къ разрыву послѣднихъ въ перитонитическихъ сращенияхъ, въ виду чего *H.* съ положительностью высказывается противъ искусственнаго вызванія сращеній, вообще, у женщинъ, могущихъ забеременеть впоследствии, и противъ вентрофиксаціи при тѣхъ же условіяхъ, въ частности При ранней постановкѣ діагноза въ описанномъ случаѣ единственнымъ средствомъ могло бы быть только чревосѣченіе съ остановкою кровотеченія путемъ либо прямой перевязки кровоточащихъ сосудовъ, либо въ крайнемъ случаѣ, томпонады брюшной полости іодоформенной марлей.

**К. Вальтеръ.**

**121. H. Fritsch. Ueber Auskratzung des Uterus bei Puerperalfieber.**  
(Deutsche Medicinische Wochenschrift, № 16, 1891 г.). **Выскабливаніе матки при родильной горячкѣ.**

Бактеріологическій взглядъ на этиологію послѣродовыхъ лихорадокъ приводитъ къ двумъ средствамъ бороться съ ними: во-первыхъ недопускать микроорганизмы въ родовые пути—профилактика и 2) уничтожать попавшихъ уже—антисептика. Если бы можно было точно знать моментъ ихъ внѣдренія въ организмъ, то послѣродовыя заболѣванія излѣчивались бы простымъ промываніемъ. Но на практикѣ это невозможно и достаточно нѣсколькихъ часовъ, чтобы болѣзнь приняла угрожающій характеръ. Въ подобныхъ случаяхъ простое промываніе уже не можетъ помочь, и необходимо примѣнить болѣе дѣйствительное средство, а именно, по аналогіи съ хирургіей вообще—выскабливаніе. По *E. von Braun*'у послѣродовыя лихорадки раздѣляются на піэмическія, септические и сапрофитическія. Въ послѣднихъ, гдѣ причиной лихорадки являются сапрофиты и образованные ими птомаины—удаленіе ихъ должно принести пользу. Французскіе авторы смотрятъ на выскабливаніе, какъ на болѣе радикальное очищеніе, чѣмъ промываніе. Авторъ производилъ выскабливаніе послѣродовыхъ матокъ уже въ теченіе 20 лѣтъ. Самая операція выскабливанія совершенно безопасна, а возможность перфорировать матку, вслѣдствіе ея дряблости зависитъ только отъ чисто индивидуальныхъ, случайныхъ причинъ. Несмотря на безопасность и легкость выполненія операціи, авторъ не совѣтуетъ ея примѣнять, исходя изъ слѣдующихъ положеній. По начальной картинѣ эндометрита, невозможно сказать, съ какой инфекціей приходится имѣть дѣло: съ сапрофитами или стрептококками, и только дальнѣйшее теченіе даетъ точный отвѣтъ. Исходной точкой инфекціи, авторъ считаетъ шейку, наиболѣе подвергающуюся пораненіямъ и растяженію, и микробы, попавшіе въ нее, при ея послѣдующемъ сокращеніи, механически попадаютъ въ глубокія слои ткани и отсюда распространяются въ параметрій и въ полости шейки, какъ можно видѣть въ протоколахъ вскрытій. Посредствомъ выскабливанія не удаляется очагъ заразы, лежащій въ