

ставляетъ первичнаго фокуса воспалительнаго процесса. Само строеніе ея, съ точки зрѣнія обще-патологической, не допускаетъ возможности появленія первичныхъ фокусовъ въ центральной части ея; здѣсь два брюшинныхъ листка, утолщенныхъ тонкимъ слоемъ мышечныхъ волоконъ, отдѣлены другъ отъ друга только весьма тонкимъ слоемъ клѣтчатки, отличающейся отсутствіемъ болѣе или менѣе значительныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Разъ первичное заболѣваніе широкой связки невозможно, должно пасть и названіе флегмоны ея, какъ не имѣющее самостоятельнаго значенія.

Патологія сальпингитовъ и инойныхъ воспаленій яичника.

Въ отношеніи исторіи происхожденія сальпингитовъ существуютъ двѣ теории: по одной, общепринятой, воспаленіе распространяется непосредственно съ какой-нибудь части слизистой оболочки матки на слизистую оболочку фаллопиевыхъ трубъ, по другой (*Lucas-Championniere*), воспаленіе является посредственно, вызывая косвеннымъ путемъ вторичныя измѣненія въ трубахъ и яичникахъ, распространяясь послѣдовательно по лимфатическимъ путямъ. Истинный ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки, описаніе котораго дано въ своемъ мѣстѣ, противорѣчитъ второму воззрѣнію, почему авторъ и присоединяется къ мнѣнію большинства.

Если происхожденіе сальпингита нельзя поставить въ связь съ близкимъ соприкосновеніемъ стѣнокъ трубы съ воспаленными лимфатическими сосудами матки, въ виду того, что эти сосуды находятся постоянно на разстояніи 2—3 сент. отъ этого органа, то для воспаленій яичника условія совершенно измѣняются. Большіе лимфатическіе сосуды, идущіе со дна матки, соприкасаются съ громадными стволами, берущими свое начало изъ перифоликулярныхъ сѣтей яичниковъ. Большинство авторовъ признаетъ даже на этомъ мѣстѣ (т. е. на нижнемъ краѣ яичниковъ) широкіе анастомозы между упомянутыми сосудами. Изслѣдованія автора даютъ анастомозамъ мѣсто значительно вышележащее, а именно уже въ поясничной области. Въ виду близкаго соприкосновенія лимфатическихъ сосудовъ обѣихъ группъ и тонкости ихъ стѣнокъ, переходъ воспаленія возможенъ и безъ анастомозовъ. Такой взглядъ допускаетъ, конечно, вѣсскія возраженія. **Г. Рунге.**

146. **Gene. Endometrite chronique, vomissements rebelles. Guerison.** (Arch. d. Toc. № 1. 1891). Хроническій эндометритъ. Упорная рвота. Выздоровленіе.

Случай, приводимый авторомъ, касается больной, у которой въ продолженіе 3-хъ мѣсяцевъ ежедневно, по утрамъ натощакъ, появлялась рвота, предшествуемая сильною болью въ epigast., иррадіровавшей въ спину, плечи. Послѣ рвоты боли не исчезали. Внутреннее лѣченіе не принесло пользы. При изслѣдованіи найдено: хроническій эндометритъ съ выворотомъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. Въ придаткахъ ничего особеннаго. Прижиганіе полости цервикальнаго канала и губъ зѣва раquelin'омъ полости цер-

викального капала (десять точек прижиганій). Рвота прекратилась; боли уменьшились. Черезъ 14 дней прижиганіе канала шейки и зѣва растворомъ ляписа 1 : 4, повторяемое каждые 8 дней. Черезъ мѣсяць полное выздоровленіе.

Б. Фраткинъ.

147. А. Törngren. Nouvelle maniere de pratiquer l'hysteropexie vaginale (Arch. d. Tocol. № 1. 1891). Новый способъ влагалищнаго прикрѣпленія матки.

Разбирая способъ *Schucking'a*, онъ находитъ его неудобнымъ потому, что онъ сопровождается болевыми припадками и страданіемъ мочевого пузыря въ продолженіе долгаго времени, и потому (еще до видоизмѣненія *Zweifel'a*) онъ производитъ его слѣдующимъ образомъ:

Больная подъ наркозомъ. Опорожняется пузырь; дезинфицируется влагалище и полость матки; если имѣется эндометритъ, то производится выскабливаніе матки. Мюзеемъ захватывается шейка и матка сильно низводится книзу. Затѣмъ, нѣсколько изогнутой иглой съ ручкой, вооруженной шелковиной, прокалывается передней сводъ, и, держась тѣсно у шейки, проводится между пузыремъ и шейкой до верхней части тѣла матки (приходится пройти пространство приблизительно въ 5 сантим.). Для удостовѣренія, что пузырь не поврежденъ, его опорожняютъ теперь же, при чемъ выпущенныя капли мочи не должны быть окрашены кровью. Затѣмъ въ полость матки вводится плотный, канализированный изогнутый зондъ, которымъ матка приводится въ *anteflexio*. Послѣ того, оставляя иглу на мѣстѣ, ее поворачиваютъ такимъ образомъ, чтобы остріе (бывшее обращеннымъ кпереди) было обращено къ маткѣ—кзади и, фиксируя введеннымъ зондомъ матку, прокалываетъ ее переднюю стѣнку. Когда игла царапнетъ зондъ, значить она прошла сквозь переднюю стѣнку матки, то остріе ея нѣсколькими движеніями заставляютъ войти въ каналъ зонда. Такъ какъ игла съ ручкой и зондъ одинаковой длины, то легко опредѣлить разстояніе между концомъ иглы и концомъ зонда, и, если осторожно сблизить ихъ ручки, то безъ труда можно провести остріе иглы до конца канала зонда, гдѣ оно остается все время спрятаннымъ. Чтобы держать остріе иглы въ каналѣ зонда постоянно спрятаннымъ, обѣ ручки соединяются (послѣ прокола передней стѣнки матки) неподвижно посредствомъ надѣваемой на нихъ трубки, фиксирующей ихъ въ этомъ положеніи. Фиксированныя такимъ образомъ ручки приподнимаются до соприкосновенія съ симфизомъ по одной сторонѣ уретры и въ это же время пальцемъ проталкиваютъ иглу, пока ея конецъ не покажется изъ зѣва. Тогда изъ ушка иглы извлекается одинъ конецъ шелковины и оба инструмента извлекаются. Концы нитки завязываются въ переднемъ сводѣ. Накопецъ, вводится пессарій и тампонъ изъ іодоформной марли. Нитку авторъ совѣтуетъ удалять не ранѣе 6-й или 8-й недѣли.

Во всѣхъ 12-ти случаяхъ, имъ оперированныхъ по этому способу, онъ ни разу не повредилъ пузыря.

Изъ 12-ти случаевъ одинъ неудачный. Авторъ сознается, что, многихъ изъ оперированныхъ имъ онъ вторично не видѣлъ. Со времени 1-й операціи