

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

Б. Фраткинъ.

147. A. 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 передній 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 впередъ) 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 ранее 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

прошло всего 7¹/₂ мѣсяцевъ, и потому остается еще увѣриться, насколько прочны результаты.

Для избѣжанія пораненія кишекъ Т. даетъ накануне слабительное и пемпого висмута. Возвышенное положеніе таза и низкое низведеніе матки — условія, по мнѣнію автора, предохраняющія отъ пораненія кишекъ. Но болѣшую увѣренность въ этомъ предоставляетъ методъ *Zweifel*'я, т. е. отдѣленіе передняго свода — пузыря отъ шейки матки.

Б. Фраткинъ.

148. Ch. Barrows. The immediate repair of lacerations of the cervix uteri. (New-York Med. Journ. May 9, 1891). Немедленное зашиваніе разрывовъ шейки матки.

Разрывы шейки матки при родахъ случаются, по наблюденіямъ автора, чаще разрывовъ промежности и опасность ихъ для женщины гораздо больше и разнообразнѣе, чѣмъ опасность отъ промежностныхъ разрывовъ. Между тѣмъ и само поврежденіе это какъ-то пренебрегается, да и операція наложенія шва весьма мало или поздно примѣняется акушерами или гинекологами. Разрывы же эти сплошь и рядомъ могутъ обусловить опасное для жизни кровотеченіе; или, препятствуя полной инволюціи матки, они служатъ причиною, быть можетъ, цѣлой трети всѣхъ заболѣваній матки; воспаленіе, начавшись съ разрыва, по подлежащимъ тканямъ можетъ распространиться на матку съ ея придатками, на брюшину и прочіе тазовые органы. Зіяющія поверхности разрыва представляютъ обширное поле для свободного проникновенія въ кровь септического начала.

Въ виду всего вышесказаннаго авторъ поставилъ себѣ за правило тотчасъ послѣ выхода послѣда немедленно зашивать разрывы, если они занимаютъ ¹/₃ или ¹/₂ протяженія шейки, или если, проникая чрезъ влагалищный сводъ, они распространяются на тѣло матки, мочевого пузыря или полость брюшины. Незначительные разрывы или надрывы шейки у os externum, трудно распознаваемые, когда матка хорошо сократилась, по мнѣнію автора, составляютъ обычное явленіе при первыхъ родахъ. И такъ какъ эти разрывы не имѣютъ патологическаго значенія, они и не требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Операція наложенія шва такъ легка и проста, что можетъ быть выполнена даже «при скромныхъ хирургическихъ познаніяхъ» (moderate surgical attainments). Анестезія нужна далеко не во всѣхъ случаяхъ. Родильницы отлично переносятъ эту маленькую операцію, которая, между тѣмъ, достигаетъ слѣдующихъ благотворныхъ результатовъ:

1) Обезпечивая полное сокращеніе матки, она предупреждаетъ кровотеченія изъ разрыва и въ особенности изъ полости матки.

2) Предохраняетъ отъ послѣродовыхъ pelveocellulitis, endometritis, metritis, salpingitis, oophoritis и peritonitis.

3) Возстановляетъ нормальное состояніе шейки и не допускаетъ развитіе условій, зависящихъ отъ образованія рубцовой ткани на мѣстѣ разрыва.