

матка приняла почти нормальную форму и консистенцію, но шейка матки еще увеличена и дрябла, os uteri пропускает кончик мизинца. Регулы правильны.

Авторъ полагаетъ, что въ этомъ случаѣ *atresia hymenalis* произошла или вслѣдствіе зарубцеванія сифилитической язвы (хотя рубца не видно) или вслѣдствіе воспаленія, вызваннаго попытками къ совокупленію при толстой неподатливой плевѣ, имѣвшей, быть можетъ, очень маленькое отверстіе.

Случай этотъ принадлежитъ къ чрезвычайно рѣдкимъ, упоминаемымъ *M. Duncan* въ его «*Clinical Lectures*». Ф. Кюнь.

**80. Ross. The surgical treatment of imperforate hymen (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4. 1891). Хирургическое лѣчение непроходимой дѣвственной плены.**

Авторъ обогащаетъ собранные имъ въ литературѣ 34 случая хирургическаго лѣченія *atresiae hymenalis* двумя новыми: однимъ изъ своей практики и однимъ (неопубликованнымъ) случаемъ изъ практики товарища. Способъ оперированія автора будетъ ясенъ по тѣмъ совѣтамъ, которые онъ даетъ въ концѣ своей статьи.

Изъ этихъ 36 случаевъ 3 окончились летально: два отъ послѣдующаго перитонита и одинъ отъ септицеміи, слѣдовательно смертность равна 8%. Вообще же осложненіе послѣоперационнаго періода перитонитомъ отмѣчено въ 4 случаяхъ, а септицеміею въ 2 случаяхъ.

Авторъ различаетъ два способа лѣченія: 1) ранній разрѣзъ плены съ быстрымъ опорожненіемъ влагалища и влагалищными душами и 2) постепенное опорожненіе влагалища съ послѣдующимъ уже (позднимъ) разрѣзомъ плены и безъ влагалищныхъ орошеній. Предпочтеніе авторъ отдаетъ первому способу. Но операцію эту онъ вовсе не считаетъ столь безопасною и невинною, какъ многими принято думать. Главными роковыми осложненіями являются воспаленіе брюшины или септическое зараженіе вслѣдствіе выхода въ брюшную полость заразныхъ началъ черезъ трубы, вслѣдствіе разрывовъ сращеній или вообще какихъ-либо (some) внутреннихъ разрывовъ. — Въ производствѣ же этихъ роковыхъ осложненій большую роль авторъ приписываетъ давленію брюшного пресса при слишкомъ раннемъ вставаніи съ постели, при какихъ-либо чрезмѣрныхъ физическихъ напряженіяхъ пациентокъ и т. п. Напримѣръ летальный исходъ отъ перитонита на 8-ой день послѣ операціи въ случаѣ, сообщенномъ ему товарищемъ, онъ приписываетъ именно неосторожности больной, которой слишкомъ рано было позволено вставать. Основываясь на своемъ случаѣ и на изученіи литературы даннаго вопроса, авторъ при хирургическомъ лѣченіи *atresiae hymenalis* по первому изъ вышеупомянутыхъ способовъ рекомендуетъ слѣдующія мѣропріятія:

1. Предупредить мужа или родственниковъ объ опасности предстоящей операціи.

2. Анестезировать больную, чтобы ослабить дѣйствіе брюшнаго пресса. Это рекомендуется и въ интересахъ больной и въ интересахъ оператора, которому расслабленіе брюшныхъ мышцъ облегчаетъ дальнѣйшія манипуляціи.

3. Проколъ и разрѣзъ плены.

4. Обильныя орошенія влагалища до тѣхъ поръ, пока все содержимое влагалища будетъ удалено и вливаемая жидкость будетъ возвращаться свѣтлою и чистою.

5. Тампонированіе іодоформною марлею безъ примѣненія давящей повязки на животъ.

6. Шовъ, соединяющій внутреннюю и наружную поверхности слизистой оболочки плевры.

7. Антисептическую повязку на наружные половые органы.

8. Перебѣна тампона и новое орошеніе влагалища по прошествіи 48 часовъ.

9. Въ горизонтальномъ положеніи держать пациентку двѣ недѣли, и вообще въ постели или на диванѣ держать ее еще 7—10 днями дольше.

10. При появленіи симптомовъ внутренняго разрыва или выхода черезъ трубу въ брюшную полость заразныхъ веществъ, немедленное чревосѣченіе, удаленіе, если можно, причинъ перитонита, туалеть брюшины и дренажъ.

**Ф. Кюнъ.**

# 81. Bardenheuer. Verschluss grosser Vesicovaginalfisteln durch transplantation der Blasenwand (Deutsch medic. Wochens. № 50, 1891).

**Закрытіе большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ при помощи трансплантациі стѣнки мочевого пузыря.**

При большихъ дефектахъ въ днѣ мочевого пузыря, обширныхъ сращеніяхъ краевъ фистулъ непосредственно съ костяными стѣнками малаго таза или же при фиксациі матки къзади, resp. въ стороны, а также при отсутствіи передней губы влагалищной части или же нижняго отдѣла матки при существующей маточно-пузырной фистулѣ, можно примѣнить для закрытія дефектовъ или методъ *Trendelenburg's*а пересадку лоскута изъ противоположной фистулы стѣнки влагалища или же освободить мочевой пузырь на большомъ протяженіи изъ окружающихъ частей и примѣнить для трансплантациі самую стѣнку мочевого пузыря. Для послѣдняго способа нужно обнажить пузырь при помощи разрѣза брюшныхъ стѣнокъ надъ лоннымъ сочлененіемъ и соответственно положенію фистулы освободить пузырь отъ сосѣднихъ частей. Сдѣлавшіеся такимъ образомъ подвижными края фистулы освѣжаются на сколько возможно косвенно (конически) и спиваются. Подобнымъ образомъ авторъ оперировалъ 2 раза.

Эти случаи вкратцѣ слѣдующіе:

Г-жа Г. оперирована 24 октября 1886 г., а 31 декабря выписана вполне здоровою. Здѣсь имѣлся дефектъ большей части дна мочевого пузыря, нижней части задней стѣнки пузыря а также нижняго отдѣла матки до внутренняго зѣва. Такимъ образомъ весь цервикальный каналъ и часть полости матки сообщались съ пузыремъ. Авторъ обнажилъ пузырь при помощи разрѣза надъ лоннымъ сочлененіемъ и отсекаровалъ брюшину отъ задней стѣнки мочевого пузыря, пока не дошелъ до передней губы влагалищной части, гдѣ и отдѣлил задній край влагалищно-пузырной фистулы. Тоже самое было продѣлано и съ боковыми стѣнками пузыря; авторъ отдѣлил сращенія боковыхъ