

краевъ фистулы съ стѣнками таза настолькоъ, что онъ могъ свободно приблизить задній край фистулы къ переднему. Освѣживъ затѣмъ края фистулы, онъ соединилъ ихъ серебряными швами со стороны *introitus vaginae*. Спустя два мѣсяца больная выписалась съ полнымъ держаніемъ мочи.

Во второмъ случаѣ у больной А. Л., принятой 23 марта 1891 г. можно было изъ влагалища свободно ввести два пальца въ мочевой пузырь. Фистула располагалась съ правой стороны возлѣ праваго края губъ *port. vag.*, причемъ съ правой стороны половина губъ отсутствовала. Отъ верхушки фистулы, расположенной приблизительно на высотѣ внутренняго зѣва края фистулы расходились въ видѣ треугольника съ широкимъ основаніемъ кнаружи, кверху и кзади къ стѣнкамъ таза, къ которымъ и были плотно приросши. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, обнаженіе пузыря и освобожденіе правой стѣнки его отъ костей таза. Края фистулы освѣжены косвенно и соединены 30 швами проникающими черезъ мускулатуру до слизистой оболочки. Надъ этимъ первымъ слоемъ швовъ былъ наложенъ еще второй. Со стороны влагалища швы не были наложены, фистула закрылась сама. Спустя четыре недѣли получилось излѣченіе.

Авторъ полагаетъ, что въ будущемъ при большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, сшиваніе которыхъ со стороны влагалища невозможно, вышеописанный способъ можетъ оказаться вполне пригоднымъ.

А. Брандтъ.

82. Wertheim. *Reinzüchtung des Gonococcus Neisser mittels des Plattenverfahrens* (Deutsche medicin. Wochenschrift № 50.1891) О полученіи чистой разводки гонококковъ Neisser'a при помощи пластиннаго метода.

Захваченныя нѣсколько разъ на платиновой иглѣ частицы триппернаго гноя изъ уретры или изъ содержимаго трубъ при восходящей гонорее основательно разбалтываются въ жидкой человѣческой кровяной сывороткѣ и тогда приготавлиются изъ послѣдней два разжиженія по извѣстному способу. Пробирки съ посѣянными частицами ставятся въ водяную баню при 40° С., и содержимое ихъ смѣшивается приблизительно съ равнымъ объемомъ разжиженнаго агара (20% агара, 1% пептона, 0,5% NaCl) и разливается на пластину. Пластины помѣщаются въ влажную камеру и ставятся въ термостатъ при 36—37° С.

На пластинѣ II уже спустя 24 часа вырастаютъ колоніи вполне годныя для перевивки. Мазки, приготовленные изъ этихъ колоній показываютъ, что эти колоніи состоятъ какъ по формѣ, такъ и по отношенію къ окраскѣ изъ типичныхъ гонококковъ. Но самымъ вѣрнымъ доказательствомъ, что колоніи на пластинкахъ представляютъ дѣйствительно гонококковъ служитъ то обстоятельство, что при перевивкѣ этихъ колоній на свернутую кровяную сыворотку спустя 48 часовъ развивается чистая культура гонококковъ, которые будучи привиты на слизистую оболочку уретры паралитиковъ пять разъ вызвали характерный трипперъ, въ отдѣляемомъ котораго опять таки констатировалось присутствіе характерныхъ гонококковъ.

Такимъ образомъ человѣческая кровяная сыворотка (изъ плаценты) подъ вліяніемъ прибавленія мясопептоннаго агара (1 ч. сыворотки на 2—3 ч. МПА) представляется наиболѣе выгоднымъ субстратомъ для роста гонококковъ.

А. Брандтъ.

83. **Coe. Adenoma uteri** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 4, 1891). **Аденома матки.**

Прежде чѣмъ говорить вообще объ аденомѣ матки, авторъ пытается внести нѣкоторую ясность въ запутанную номенклатуру болѣзней эндометрія. Слизистые полипы, *endometritis fungosa*, истинная аденома, аденоматозный полипъ, доброкачественная аденома и адено-карцинома, все это описывается различными авторами, какъ варіаціи истинной аденомы.

Авторъ предлагаетъ называть истинной злокачественною аденомою только такое новообразование, гдѣ новообразованная аденоматозная ткань не ограничивается одною слизистою оболочкою матки, но захватываетъ и подслизистый и мышечный слои.

Этимъ въ тоже время сказано все и объ анатоміи этихъ опухолей.

Такимъ образомъ «доброкачественная аденома» есть невѣрное и неудачное названіе одного изъ видоизмѣненій («variety») истинной аденомы, которое (видоизмѣненіе) въ сущности злокачественно и въ клиническомъ, и въ анатомическомъ смыслѣ. Аденома *uteri* не тождественна также съ аденокарциномою, но есть начальный и переходный стадій этой послѣдней.

Коснувшись вкратцѣ литературы маточныхъ аденомъ, авторъ переходитъ къ симптоматологіи, распознаванію, предсказанію и лѣченію этихъ опухолей.

Симптомы этого страданія, какъ объективные, такъ и субъективные, не даютъ никакой точки опоры для постановки точнаго діагноза. Боли и неправильныя кровотеченія встрѣчаются въ большемъ числѣ маточныхъ заболѣваній. Если ручнымъ изслѣдованіемъ и удастся констатировать существованіе опухоли, характеръ ея всетаки остается намъ неизвѣстнымъ. Мы можемъ только сказать, что при ракѣ боли сильнѣе, истеченія обильнѣе и зловоннѣе и кахексія наступаетъ скорѣе, чѣмъ при аденомѣ.

Отрицательный результатъ микроскопическаго изслѣдованія выскаблиннаго изъ матки не имѣетъ еще отрицательнаго значенія (при выраженномъ ракѣ матки такое изслѣдованіе весьма рѣдко даетъ отрицательный результатъ). Но эта трудность діагноза важна, по мнѣнію автора, болѣе въ научномъ, чѣмъ въ клиническомъ или хирургическомъ отношеніи. По крайней мѣрѣ онъ считаетъ себя въ правѣ вырѣзать всю матку тотчасъ, какъ только пальцемъ и выскабливаніемъ убѣдился въ существованіи разлитой сосочковой опухоли («diffuse papillary growth»), если даже микроскопъ не докажетъ съ положительностію ея злокачественнаго характера.

Итакъ теченіе аденомы длительное и «коварное» («insidious»), т. е. если она и наименѣе злокачественна изъ всѣхъ формъ злокачественныхъ опухолей, мы не должны создавать себѣ иллюзій при видѣ хорошаго общаго состоянія пациентокъ, отсутствіи обильныхъ кровотеченій и т. п. Предоставленная сама себѣ она рано или поздно ведетъ неизбѣжно къ смерти отъ истоще-