

Засѣданіе 16 септября (вечеръ).

Предсѣдатель *Consolas*

Ложныя и аномальныя формы послѣродовой септицеміи.

Labadie-Lagrange и **Basset** (Парижъ). Послѣродовая септицемія совершенно измѣнилась со времени появленія антисептическаго метода. Эпидеміи исчезли; случаи быстрые и грозные стали рѣдки и всегда единичны.

Теперь наблюдаются только изнурительныя формы, или же формы съ замедленнымъ началомъ, длительнымъ теченіемъ, не локализованныя или выражающіяся въ сальпингитахъ, бронхо-пневмоніи, *plegmosia alba dolens* и пр.

Въ этихъ случаяхъ бактериологическое изслѣдованіе лохій и крови даетъ слѣдующіе результаты:

1) Прямое изслѣдованіе и культуры показываютъ въ началѣ заболѣванія присутствіе въ крови и лохіяхъ микрококковъ, подвижныхъ диплококковъ и цѣпочки стрептококка изъ 8—10 элементовъ.

2) Когда температура понижается и послѣ надлежащаго лѣченія, цѣпочки укорачиваются и состоятъ только изъ 3 или 4 элементовъ. Онѣ пропадаютъ въ остромъ періодѣ, но микрококки остаются, и больная не можетъ считаться выздоровѣвшей до тѣхъ поръ, пока эти организмы не исчезнутъ совершенно изъ кровяной среды.

3) Микрококки въ серіи культуръ развиваются въ видѣ цѣпочекъ изъ 8—10 элементовъ; стало быть, это ослабленная форма стрептококка.

4) Въ длительныхъ формахъ находятъ въ началѣ тѣ же явленія, какъ и выше, но тутъ микрскочки и диплококки остаются несмотря на апирексию. Если образуется мѣстное страданіе, то цѣпочки стрептококка въ 8—10 элементовъ появляются въ остромъ періодѣ и исчезаютъ потомъ при ослабленіи лихорадочнаго состоянія. Отсюда слѣдующій выводъ: цѣпочный стрептококкъ представляетъ ядоносный видъ пурперальныхъ микробовъ; онъ появляется съ острымъ періодомъ и пропадаетъ съ нимъ.

5) На основаніи этихъ явленій можно придти ко второму выводу: до тѣхъ поръ, пока въ крови находятся микроорганизмы, можно бояться возвращенія остраго періода; вторичное появленіе цѣпочекъ въ крови послѣ исчезновенія ихъ, указываетъ, что больной угрожаютъ новыя мѣстныя явленія или обостреніе.

6) Рядъ этихъ явленій можетъ повторяться три или четыре раза у одной и той же больной, смотря по числу послѣдовательныхъ мѣстныхъ заболѣваній.

Кровоизліянія въ мочевоу пузырь, слѣдующія за операціей пузырьно-влагалищной фистулы.

Ziembicki (Лембергъ), на основаніи своихъ наблюденій надъ кровоизліяніями въ мочевоу пузырь послѣ операціи пузырьно-влагалищной фистулы, пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Кровоизліянія происходятъ въ концѣ втораго и до пятаго дня. Они могутъ обусловитъ смерть больной отъ крайне острой анеміи.

2) Палліативы и медикаменты недостаточны для ихъ прекращенія. Растираніе и искусственное дыханіе представляютъ обманчивый методъ.

3) Вопреки мнѣнію *Hegar'a*, *Kaltenbach'a* и *Pozzi*, они вообще происходятъ не изъ артерій, но изъ венозныхъ узловъ.

4) Предрасполагающая причина ихъ лежитъ въ флѣбэкстазіяхъ послѣ беременности.

5) Непосредственной причиной ихъ, вѣроятно, бываетъ перерѣзка венъ петлей металлическихъ швовъ.

6) Нельзя предполагать, какъ этого хотятъ *Hegar* и *Pozzi*, что эти кровоизліянія всегда зависятъ отъ хирурговъ и отъ ошибокъ въ оперативной техникѣ.

7) Во время сдѣланный разрѣвъ пузыря останавливаетъ кровотеченіе, переводя мочевоу пузырь изъ состоянія постоянного сокращенія въ состояніе расслабленія и покоя: во первыхъ, это лучшее кровостанавливающее средство; во вторыхъ, оно можетъ способствовать первичному натяженію, что касается пластической операціи, сдѣланной черезъ влагалище, и устранить угрожающій неуслѣхъ.

Прохожденіе голѣвки при родахъ въ лобномъ положеніи.

Heinricius (Гельсингфорсъ), перечисливъ различные способы прохожденія головки при родахъ въ лобномъ положеніи (верхняя челюсть, корень носа подъ симфизомъ, поперечное прохожденіе чрезъ верхнее суженіе), описываетъ роды при лобномъ положеніи, наблюдавшіеся въ Гельсингфорсѣ. Молодая женщина, 23 лѣтъ, первородящая, поступила въ клинику съ лобнымъ положеніемъ. Головка въ полости таза: лобный шовъ идетъ параллельно поперечному размѣру.

Вслѣдствіе экламптического приступа, наложены щипцы между переднезаднимъ и правымъ косымъ размѣромъ. Поворотъ головки, которая устанавливается такъ, что альвеолярный край нижней челюсти упирается въ нижній край лоннаго сращенія. Прорѣзываніе происходитъ въ подбородочно-лобномъ, подбородочно-темянномъ и подбородочно-затылочномъ размѣрахъ.

Аналогичный случай описанъ въ *thèse de Devars* (Lyon 1885).

Объ энуклеации фибромъ.

Engstrom (Гельсингфорсъ). При леченіи міомъ тѣла матки часто приходится прибѣгать къ тяжелымъ операціямъ. Удаленіе яичниковъ останавливаетъ обыкновенно кровотеченія и уменьшаетъ размѣры опухолей, но это тяжелое уродованіе.

Надвлагалищная ампутація, равно какъ и полная ампутація, даютъ лучшіе конечные результаты у женщинъ, выживающихъ послѣ нихъ, но операція, кромѣ трудности своего производства, еще болѣе уродуетъ оперированныхъ. Энуклеація, сохраняющая матку и яичники и касающаяся только опухоли, представляетъ собою идеальную операцію, но она возможна только въ тѣхъ случаяхъ, когда міомы небольшого объема или гдѣ онѣ немногочисленны.

Можно оперировать во время беременности безъ опасенія роковымъ образомъ прекратить ее и съ убѣжденіемъ облегчить самые роды.

Рискъ при энуклеаціи міомъ минимальный. На 23 женщины у меня былъ 1 смертный случай вслѣдствіе послѣдовательнаго пораженія кишекъ, но безъ перитонита.

(Продолженіе слѣдуетъ).