

дять только до мышечной оболочки. На разстояніи $1\frac{1}{2}$ метра отъ этихъ язвъ видна еще одна прободающая язва. (*Peritonitis stercoralis acuta e perforatione ulcerum toxicorum intestini tenui. Enteritis acuta toxica (sublimatosa?)*). *Cicatrices post pelvipеритонитидем*). Слизистая желудка и кишекъ блѣдна. Селезенка малая, дряблая, блѣдная (анаемія). Печень также анемична. Лѣвой почки и надпочечной железы нѣтъ совершенно; такъ же на мочевомъ пузырьѣ нѣтъ и слѣда отъ устья лѣваго мочеточника; на слизистой оболочкѣ *Licoutod*'ова треугольника нѣтъ никакого углубленія на лѣвой сторонѣ. Правая почка увеличена почти вдвое и имѣетъ въ длину 115 mm., въ ширину 85 mm. и въ толщину 48 mm. Положеніе почки, какъ и мочеточника, правильное. Двѣ матки, изъ которыхъ каждая имѣетъ свою влагалищную часть и свои внутреннія и наружныя отверстія, переходить въ общій рукавъ. Разстояніе между правымъ и лѣвымъ наружнымъ зѣвомъ доходятъ до 8 mm. Оси обѣихъ матокъ образуютъ между собой почти прямой уголъ.

Въ описанномъ случаѣ причиной смѣшиванія беременности въ двурогой маткѣ съ *graviditas extratermina* явилось то обстоятельство, говоритъ авторъ, что лѣвая влагалищная часть совершенно изгладилась, а наружный ея зѣвъ заросъ, вслѣдствіе воспалительнаго процесса и образованія гнойника, такъ что о существованіи другой матки трудно было догадаться.

В. Каплянскій.

3. Alex. Rosner. Z. Kasuistyki cięcia cesarskiego (Pzegląd lekarski, 1893, №№ 9—10). **Къ казуистикѣ кесарскаго сѣченія.**

26 іюня 1892 года поступила въ клинику V рага, 30 лѣтъ, съ начавшимися уже родами и отошедшими водами. Роженица страдаетъ около года какой то опухолью въ поясничной области, которая причиняетъ ей сильную боль въ поясницѣ и лѣвой ногѣ; послѣдняя ротирована кнутри и затрудняетъ ходьбу. Позиція плода первая, предлежаніе черепное. Маточныя сокращенія часты и болѣзненны. На два поперечныхъ пальца ниже пупка—сократительное кольцо *Schroeder*'а, отдѣляющее твердое и тетанически сокращенное тѣло матки отъ чрезмѣрно растянутого и сильно истонченнаго нижняго отрѣзка; состояніе матки, слѣдовательно, близко къ разрыву. Налѣво отъ поясничныхъ позвонковъ видны двѣ продолговатоовальные опухоли, величиной каждая въ кулакъ, лежащія одна за другой, гладкія, мягкія и непосредственно между собой соединенныя; флюктуация отъ одвой опухоли переходитъ на дру-

гую. Вся опухоль неподвижно срослась съ подлежащими костями таза, но кожа надъ ней съ просвѣчивающими расширенными венами свободно передвигается и собирается въ складки. Опухоль начинаетъ выпячивать заднюю стѣнку влагалища уже на протяженіи 3 сант. отъ *introitus vaginae*, такъ что вся полость малаго таза выполнена ею. Въ виду поэтому совершенной невозможности рожденія младенца *per vias naturales*, проф. *Мадуровичъ* въ тотъ же день, 26 іюня, произвелъ кесарское сѣченіе, съ наложеніемъ эластическаго жгута на шейку матки. Новорожденный младенецъ, мужскаго пола, съ рѣзко уплощенной, вслѣдствіе давленія опухоли, правой теменной костью, не совсѣмъ доношенный: вѣсъ 2890 grm., длина 49 cm. Большой данъ внутрь опій и назначена жидкая діета. На 4-й день послѣ операціи появились повторныя рвоты, сначала содержимымъ желудка, потомъ желчью и наконецъ каловыми массами. Переполненіе S—romani каломъ замѣчалось еще во время операціи. Въ виду обнаружившейся непроходимости кишечнаго канала, приступлено къ высокимъ *Hegar'*овскимъ промывательнымъ, которыми вызвали обильнѣйшій стулъ. Рвота прекратилась и больная успокоилась. Послѣродовыя очищенія все время весьма скудны. При первой перемѣнѣ повязки на 5-й день послѣ операціи оказалось, что нижніе два кожныхъ шва прорѣзались, и края брюшной раны въ ея нижнемъ отдѣлѣ омертвѣли на протяженіи 2 сант. Рана обмыта сулемой, покрыта іодоформной марлей и коллодіумомъ, и окружена холодными компрессами. 5-го іюля t^0 поднялась до 39^0 , пульсъ 128. Края раны оказались омертвѣвшими на большемъ протяженіи. 6-го іюля чрезъ средину брюшной раны видно стало отверстіе, ведущее въ полость брюшины съ лежащими въ немъ кишечными петлями. Немедленно произведено было окровавленіе краевъ и зашиваніе этого отверстія. 10-го іюля эти швы также прорѣзались, и къ брюшинному отверстию оказалась крѣпко приросшей петля тонкихъ кишекъ съ сѣрой, шероховатой поверхностью. Вправить петлю въ брюшную полость не удалось; отверстіе брюшины вмѣстѣ съ кишкой промыто 3% карболовымъ растворомъ, засыпано іодоформомъ и покрыто асептической повязкой, подъ которой оно постепенно и заростало. Опухоль между тѣмъ все увеличивалась. Микроскопическое изслѣдованіе кусочка опухоли, добытаго при пробномъ проколѣ толстымъ троакаромъ, указало на веретенообразно клѣточную саркому—*sarcoma fusocellulare*. 2-го августа больная, по требованію мужа, оставила клинику, и уѣхала къ себѣ на родину, гдѣ она чрезъ 3 недѣли умерла при весьма быстромъ ростѣ новообразо-

ванія. Младенецъ здоровъ. Случаевъ кесарскаго сѣченія при саркомахъ, берушихъ начало изъ тазовыхъ костей, описано во всей медицинской литературѣ всего 5. Данный случай представляетъ 6-й.

В. Каплянскій.

4. Dr. Mikolaj Warman. Przyczynę do leczenia poronien, osnuty natle 250 wypadkow. (Gazeta lekarska, 1894, № 3). **Къ учению о лѣченіи выкидышей.**

Различіе мнѣній относительно лѣченія выкидышей послужило автору поводомъ написать данную статью. Въ наукѣ встрѣчаются два теченія: *Brennecke, Heinrichius, Dührssen, Kleinmacher, Fehling* и друг. видятъ въ затынувшемся задержаніи плоднаго яйца въ маточной полости во время выкидыша, не говоря уже о кровотеченіи, явную опасность не только для здоровья (недостаточное обратное развитіе), но и для жизни больной, почему рекомендуютъ активное оперативное вмѣшательство. *Schroeder, Winckel, Olshausen, Хазанъ*, на основаніи патологическихъ и клиническихъ данныхъ, утверждаютъ совершенно противное и вѣрятъ въ полное выздоровленіе при самопроизвольномъ выкидышѣ, почему и ограничиваются выжидательнымъ лѣченіемъ.

Въ началѣ статьи авторъ предпосылаетъ слѣдующія соображенія: при лѣченіи выкидышей мы располагаемъ такимъ количествомъ различныхъ средствъ фармакологическихъ и оперативныхъ, что иногда трудно разобраться въ нихъ и рѣшить, которое изъ нихъ въ томъ или другомъ случаѣ болѣе дѣлесообразно; въ особенности, если принять во вниманіе, что зачастую приходится наталкиваться на случаи начинающагося несвоевременнаго прекращенія беременности, крайне затруднительные въ діагностическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ. При кровотеченіи, боляхъ, даже значительно открытомъ зѣвѣ, мы не въ состояніи констатировать степень нарушенія анатомической связи плоднаго яйца съ организмомъ матери. О состояніи же самаго плода, какъ и о угрожающихъ беременности этиологическихъ моментахъ, еще труднѣе составить себѣ какое нибудь представленіе.

Нерѣдко мы лишены возможности отчетливо дифференцировать начинающійся выкидышъ отъ временнаго уклоненія въ теченіи нормальной беременности и поэтому часто возникаетъ неувѣренность въ составленіи плана дѣйствій и въ рѣшеніи вопроса: слѣдуетъ ли въ данномъ случаѣ, опасаясь кровотечения и крайняго упадка силъ больной, приступать къ немедленному выдѣленію яйца, или же ограничиться только выжиданіемъ. Подоб-