

придатки не прощупываются, слѣва — подвижный, увеличенный и болѣзненный яичникъ; выпаденіе стѣнокъ влагалища, атрофія наружныхъ половыхъ частей и грудныхъ железъ. Впродолженіи 1½ года, втеченіи которыхъ больная находилась подъ наблюденіемъ, общее состояніе ея мало измѣнилось (она продолжала принимать по 2—3 гр. морфія въ сутки), выпаденіе же стѣнокъ влагалища увеличилось, матка опустилась ниже, стала плотнѣе, но длина ея полости не измѣнилась. Такимъ образомъ, (послѣ 4-лѣтняго отравленія морфіемъ) специфической атрофіи маточной паренхимы не наблюдалось, хотя функціональныя измѣненія въ половомъ аппаратѣ (прекращеніе мѣсячныхъ) проявились уже въ первое время отравленія.

Считая морфій нервнымъ ядомъ, дѣйствующимъ преимущественно на чувствительную, сосудодвигательную, отдѣлительную и трофическую нервныя системы, авторъ признаетъ, что морфій имѣетъ извѣстное специфическое вліяніе на яичники, которое въ первое время ограничивается лишь дѣйствіемъ на ихъ иннервацію, со временемъ же ведетъ къ стойкой ихъ атрофіи, — на матку прямаго, специфическаго дѣйствія онъ не имѣетъ. *Н. Рагинскій.*

102. **И. А. Живописцевъ.** Къ вопросу о вліяніи родовъ и послѣродоваго періода на фиброзныя опухоли матки, съ описаніемъ одного случая. (Больничная Газета, 1894, № 10 и 11)

Большинство межучочныхъ фиброміомъ, увеличиваясь во время беременности, въ послѣродовомъ періодѣ вмѣстѣ съ маткою подвергаются обратному развитію, — что, путемъ жироваго перерожденія клѣточныхъ элементовъ, частью-же путемъ обратнаго развитія и запусканія сосудовъ, можетъ вести даже къ полному ихъ исчезновенію; авторъ приводитъ два подобныхъ случая изъ литературы — *Martin'a* и *Васильева*. Съ анатомической точки зрѣнія *Вирговъ* считаетъ такое полное исчезновеніе опухоли нефронтнымъ; по его мнѣнію, послѣ жироваго перерожденія мышечной ткани и обратнаго развитія сосудовъ, соединительная ткань фиброміомы все таки останется.

Во время родовъ, при усиленной родовой дѣятельности матки, можетъ произойти разрывъ капсулы опухоли съ послѣдующимъ нерѣдко сильнымъ кровотеченіемъ. Въ послѣродовомъ періодѣ, въ случаѣ инфекціи, нарушеніе цѣлости капсулы можетъ вести къ нагноенію опухоли со всѣми его послѣдствіями; въ благопріятныхъ случаяхъ скопившійся вокругъ опухоли гной изливается въ полость

матки и сама опухоль частями или цѣликомъ извергается маточными сокращеніями; но когда въ нагноеніи участвуетъ и матка, то гной можетъ проложить путь въ полость брюшины и вызвать смертельный перитонитъ; нерѣдко въ теченіи послѣродоваго періода воспаленіе и нагноеніе опухоли переходитъ на венозные сосуды маточныхъ стѣнокъ и широкихъ связокъ съ исходомъ въ піэмію и септицемію.

Вопреки мнѣнію *Горвица*, авторъ справедливо замѣчаетъ, что фиброзные полипы менѣе опасны въ послѣродовомъ періодѣ, чѣмъ межучочныя фиброміомы: при интерстиціальныхъ опухоляхъ, имѣющихъ тѣсную связь съ маточными стѣнками, воспаленіе и нагноеніе легче переходитъ на матку, чѣмъ при полипахъ, сидящихъ на ножкахъ; засимъ легче удалить полипъ, чѣмъ вылущить межучочную фиброміому, такъ какъ послѣднее можетъ осложниться сильнымъ кровотеченіемъ или прободеніемъ дряблой послѣродовой матки.

Подсывороточныя фиброміомы менѣе всего доступны вліянію родовъ и послѣродоваго періода.

Изъ собственной практики авторъ приводитъ слѣдующій случай: въ больницу Императора Павла I въ маѣ 1890 г. была доставлена въ крайне тяжеломъ состояніи больная, 29 лѣтъ, черезъ 3 недѣли послѣ родовъ, окончившихся наложеніемъ щипцовъ. Ребенокъ извлеченъ мертвымъ. У больной сильныя знобы, пульсъ 110, температура 39,5°; животъ вздутъ, болѣзнененъ, въ особенности выше лѣваго паха и въ области лобковаго сочлененія; матка на два пальца ниже пупка; разрывъ промежности до сфинктера задняго прохода, обильное гнойное, зловонное выдѣленіе; шейка матки разорвана съ боковъ, рыхла, открыта; матка велика, дрябла, чувствительна при давленіи; слѣва отъ матки болѣзненный воспалительный выпоть въ околوماتочной и тазовой клѣтчаткѣ; полость матки наполнена жидкимъ ихорознымъ гноемъ; въ лѣвой стѣнкѣ матки, за внутреннимъ зѣвомъ, гладкая, плотной консистенціи опухоль, выдающаяся въ полость матки; микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ частицъ опухоли показало фиброзное строеніе ея. Вслѣдствіе гнойнаго эндометрита и такового-же выпота въ клѣтчатку, авторъ не рѣшился насильственно удалять опухоль, изъ опасенія произвести разрывъ матки, вызвать кровотеченіе или внести инфекцію въ брюшную полость. Назначены ежедневныя многократныя промыванія полости матки сулемой и карболовой кислотой. Черезъ двѣ недѣли вскрытъ тазовой нарывъ черезъ брюшныя стѣнки надъ паховымъ сгибомъ, выпущено около 1½ стакана жидкаго вонючаго гноя; послѣ дезинфекціи полости нарыва введенъ толстый дренажъ,

причемъ оказалось, что полость тазоваго нарыва имѣеть сообщеніе съ полостью матки. Въ послѣдующіе дни изъ полости матки выдѣлялись съ гноемъ куски омертвѣвшихъ тканей. Вскорѣ послѣ вскрытія нарыва, при промываніи матки, оказалось, что опухоль лѣвой ея стѣнки выпячивалась въ полость матки и почти закрывала внутреннее отверстіе ея. Захвативъ опухоль корнцангомъ и щипцами *Мюзе*, авторъ осторожными движеніями извлекъ ее наружу; опухоль имѣла видъ продолговатаго куска, около 8 см. длиною, издавала сильный запахъ и по микроскопическому изслѣдованію представлялась чистою фибромою. Послѣ удаленія опухоли матка быстро уменьшилась, гнойное выдѣленіе прекратилось, температура пала; вскорѣ сообщеніе между полостью матки и полостью тазоваго нарыва не опредѣлялось. Въ концѣ іюля больная выписалась изъ больницы здоровой.

Въ общемъ, при распаденіи и омертвѣніи фиброзныхъ опухолей авторъ предпочитаетъ искусственное удаленіе ихъ выжидательному лѣченію; въ описанномъ случаѣ, только въ виду исключительныхъ неблагоприятныхъ условий, пришлось ограничиться выжиданіемъ.

Н. Рачинскій.

103. Д. А. Воробьевъ. **Къ патологіи отдѣленія молока.** (Еженедѣльникъ, 1894, № 14).

Указавъ на то, что патологія молокообразованія еще далеко не разработана и что причины полнаго отсутствія или недостаточнаго образованія молока, указанныя въ учебникахъ Акушерства, далеко не исчерпываютъ всѣхъ случаевъ, нерѣдко заставляя практикующаго врача дѣлать гадательный прогнозъ, авторъ приводитъ нижеслѣдующее наблюденіе.

Первородящая, интеллигентная женщина, 32 лѣтъ, въ Кіевской Акушерской клиникѣ разрѣшилась дѣвочкой 2945 грм. вѣсу. Потуги были слабы и роды окончены щипцами на третій день послѣ отхожденія водъ; разорванная промежность зашита. Послѣродовой періодъ прошелъ нормально, безъ повышенія температуры; примѣнялись: сулемовыя обмыванія и присыпка іодоформомъ наружныхъ половыхъ частей, спорынья внутрь; діета—бульонъ и молоко. На 9 день сняты швы съ промежности, *prima intentio*. На 10 день больная выписалась.

Упругія и набухшія до родовъ груди послѣ родовъ уменьшились, сдѣлались дряблы, вялы, железистая ткань ихъ мало развита. Въ первые 8 дней изъ нихъ съ трудомъ выдавливалась капля *collostri*; не смотря на это, родильница аккуратно ериклады-