

причемъ оказалось, что полость тазоваго нарыва имѣть 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 неблагопріятныхъ условій, 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-

вала ребенка, котораго кормила другая женщина. На 10 день отдѣленіе молока ничтожно, причемъ здѣсь замѣтно сильное вліяніе психическаго состоянія: когда окружающіе говорили, что молока не будетъ, то и послѣдніе остатки его исчезали, когда же увѣряли въ противоположномъ, и больная вѣрила этому, — количество молока замѣтно возростало, ни разу однако не доходя до того, чтобы ребенокъ могъ насытиться. Изслѣдуя больную, авторъ замѣтилъ рѣзко выраженный спазмъ сосудовъ всѣхъ кожныхъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ: кожа блѣдная, безкровная, пульсъ малый, сжатый, между тѣмъ какъ сердцебіеніе сильное, тоны чисты, акцентированы. Приписывая спазму сосудовъ главную роль въ задержкѣ молочнаго отдѣленія, авторъ попробовалъ примѣнить индуктивный токъ, причемъ небольшой анодъ ставился на шею, близъ затылка (въ видахъ общаго пониженія тонуса вазомоторнаго центра), а широкій катодъ, въ видѣ опыта, къ одной правой груди; сеансъ длился 5 минутъ, послѣ чего стало замѣтно уменьшеніе сосудистаго спазма и прибыль молока въ электризованной железѣ, между тѣмъ какъ въ лѣвой груди молока, попрежнему, было мало. Послѣ повторнаго сеанса на слѣдующій день втеченіи 7 мин. надъ обѣими железами, молока прибыло значительно больше. Наконецъ, на третій день послѣ электризаціи спазмъ исчезъ окончательно и молока оказалось вполне достаточно, такъ что прикармливаніе ребенка было совершенно оставлено. Такимъ образомъ, отдѣленіе молока въ достаточномъ количествѣ установилось лишь на 13 день послѣ родовъ. Сосудистый спазмъ, обусловившій анемію грудныхъ железъ и безмлечіе, могъ произойти здѣсь двоякимъ путемъ: 1) какъ очень частое явленіе при истеріи, сосудистый спазмъ легко могъ возникнуть у описываемой больной—субъекта нервнаго, перенесшаго тяжелую травму (роды, съ разрывомъ промежности); что здѣсь могла быть истерія, доказываетъ крайняя раздражительность пациентки, ея слезливость, мнительность, — явленія, обнаружившіяся лишь послѣ родовъ хотя кардинальныхъ признаковъ истеріи—гиперестетическихъ и анестетическихъ точекъ и не замѣчалось; 2) болѣе вѣроятная причина спазма лежитъ въ іодоформѣ, такъ какъ іодъ (по заявленію *Roze*) и сфацелиновая кислота (*Kobert*) вызываютъ сжатіе сосудовъ; поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже въ самомъ началѣ послѣродоваго періода мало молока, желательнo ограничить употребленіе іодоформа и спорыньи. Ставя въ зависимость также отъ психическихъ вліяній отдѣленіе молока, авторъ совѣтуетъ никогда не говорить больной о томъ, что у нея

молока не будетъ; описанный случай доказываетъ также, что не слѣдуетъ отчаиваться, если въ первые дни послѣ родовъ нѣтъ молока и, гдѣ есть возможность, лучше переждать нѣсколько дней, посадивъ даже ребенка на рожокъ, чѣмъ сразу предлагать кормилицу.

Н. Рачинскій.

104. Г. И. Томсонъ. Современное положеніе вопроса о лѣченіи *retroversio—retroflexio uteri*. (Южно-русская Медицинская Газета, 1894, № 3—4).

Отмѣчая частоту загибовъ матки кзади и тяжесть мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, вызываемыхъ этой неправильностью положенія матки, авторъ лѣченіе даннаго заболѣванія считаетъ однимъ изъ самыхъ интересныхъ гинекологическихъ вопросовъ дня.

Говоря о *репозиціи матки*, онъ для болѣе трудныхъ случаевъ особенно рекомендуетъ способъ *Küstner'a*, по которому „влагалищная часть матки, захваченная корнцангомъ, оттягивается внизъ и назадъ, при чемъ для облегченія репозиціи указательный палецъ вводится въ кишку, а большой—во влагалище“; отъ зонда же съ цѣлью репозиціи онъ настоятельно предостерегаетъ, считая его не только лишнимъ, но и небезопаснымъ въ рукахъ неопытнаго врача. (Съ послѣднимъ мнѣніемъ нельзя вполне согласиться: зондъ, примѣненный надлежащимъ образомъ, съ соблюденіемъ того правила, что бы рукоятка зонда при перемѣщеніи ея впередъ описывала полукругъ, и самый зондъ во время репозиціи выдвигался изъ полости слегка кпереди, даетъ возможность въ нѣкоторыхъ случаяхъ произвести репозицію бережнѣе, чѣмъ это удастся ручными приемами; тамъ же, гдѣ имѣются толстыя и напряженныя брюшныя стѣнки, а дно матки запрокинуто глубоко въ крестцовую впадину, зондъ оказывается положительно незамѣнимымъ; руководя занятіями товарищей въ Клиническомъ Институтѣ по гинекологическому массажу и электротерапіи, я нерѣдко предлагаю имъ зондъ для репозиціи матки, при чемъ мнѣ ни разу не приходилось видѣть отъ зонда никакихъ вредныхъ послѣдствій. *Примѣч. редакт.*) При фиксированныхъ загибахъ примѣняется или способъ *Schultze*, по которому подъ наркозомъ въ одинъ или нѣсколько сеансовъ насильственно отрываютъ матку, или способъ *Thure Brandt'a*, по которому сращенія растягиваются постепенно (массажъ); *Тимяковъ* предложилъ вскрывать задній сводъ и пальцами освобождать приросшую матку.

Переходя къ *мнѣнію*, авторъ весьма обстоятельно разбираетъ *ортопедическій* и *хирургическіе* способы лѣченія. Изъ *пессаріевъ*