

элементовъ, большею частью скоро погибаютъ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ становятся исходнымъ пунктомъ для злокачественнаго новообразованія, какъ это было въ случаѣ *Neumann'a*. Основной процессъ въ полости матки при этомъ можетъ совершенно затихнуть и она претерпѣваетъ нормальное обратное развитіе, или же и въ маткѣ развивается злокачественное новообразование типа децидуальной или вѣрнѣе синциціальной ткани. Этимъ объясняются тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ годъ и позже послѣ родовъ развиваются многочисленные децидуальные опухоли, тогда какъ сама матка оказывается совершенно интактною.

Ф. Веберъ.

111. M. Froelich.—*Deux cas de restauration de l'urètre chez la femme. Procédé nouveau.*—(La Presse médicale 6 Novembre 1897).—Новый способъ возстановленія мочеиспускательнаго канала у женщины.

Для возстановленія мочеиспускательнаго канала предложень цѣлый рядъ большею частью весьма сложенныхъ способовъ, рѣдко дающихъ хорошіе функціональные результаты. Это страданіе встрѣчается крайне рѣдко; оно чаще всего развивается послѣ тяжелыхъ долго продолжавшихся родовъ и обыкновенно осложнено обширными пузырновлагалищными фистулами. Какъ само влагалище такъ и остатки уретры при этомъ обыкновенно значительно сужены и окружены рубцовой тканью, вслѣдствіе чего всякое оперативное пособіе крайне затруднительно и рѣдко увѣнчивается успѣхомъ. Авторъ приводитъ два подобныхъ случая, гдѣ ему, благодаря особенно придуманному имъ способу, удалось получить очень хорошій функціональный результатъ. Въ обоихъ случаяхъ отъ уретры осталось только наружное отверстіе въ видѣ неглубокой ямки; остальная часть уретры была разрушена и рубцовой измѣнена; только верхняя стѣнка остающагося мочеиспускательнаго канала представляла сравнительно небольшія измѣненія. Кромѣ того въ обоихъ случаяхъ имѣлись большія пузырно-влагалищныя фистулы. Способъ, примѣненный имъ состоялъ въ слѣдующемъ: труакаромъ толщиною въ 6 миллиметровъ онъ произвелъ проколъ подъ лобкомъ, начиная съ наружной ямки мочеиспускательнаго отверстія и тѣсно придерживаясь сохранившейся верхней стѣнки уретры, до самаго пузыря. Труакаръ оставался въ каналѣ нѣсколько дней, а затѣмъ замѣнялся эластическимъ катетеромъ, который оставался á demeure продолжительное время. Затѣмъ онъ приступалъ къ закрытію фи-

стуль, что ему удалось послѣ нѣсколькихъ сеансовъ. Въ концѣ концовъ получился очень хорошо функционирующий мочеиспускательный каналъ, такъ какъ обѣ больныя были въ состояніи довольно продолжительное время задерживать мочу. Авторъ полагаетъ, что отъ времени до времени придется зондировать этотъ вновь образованный каналъ, чтобы воспрепятствовать послѣдовательному рубцевому суженію его, хотя въ первомъ случаѣ, гдѣ авторъ видѣлъ больную четыре мѣсяца послѣ выписки, никакого суженія не наблюдалось и больная мочилась совершенно свободно.

Ф. Веберъ.

112. Hegar.—Tuberculose der Tuben und des Beckenbauchfelles.—(Deutsche Medicin. Wochenschr. 1897. № 45).—**Туберкулезъ фаллопиевыхъ трубъ и брюшины таза.**

Это заболѣваніе встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ обыкновенно предполагается. Надо различать два способа развитія туберкулеза придатковъ, восходящую и нисходящую форму его. При первой туберкулезныя бациллы проникаютъ во влагалище, а отсюда черезъ небольшія ссадины въ около-влагалищную и маточную клѣтчатку и дальше до брюшины. Трубы обыкновенно заражаются черезъ ихъ брюшинный конецъ и крайне рѣдко со стороны слизистой оболочки матки. Чтобы туберкулезныя бациллы проникли вмѣстѣ съ живчиками изъ плоти мужчины, страдающаго туберкулезомъ яичекъ, до самыхъ трубъ и здѣсь вызвали туберкулезъ, *Hegar* считаетъ сомнительнымъ, такъ какъ еще не доказано, чтобы сѣмя туберкулезныхъ субъектовъ содержало бациллъ, и кромѣ того живчики изъ подобнаго сѣмени, очень быстро утрачиваютъ свои двигательныя способности. Болѣе распространена нисходящая форма зараженія туберкулезомъ, причемъ туберкулезныя палочки проникаютъ изъ кишечника въ полость брюшины а отсюда въ трубы.

Анатомическія измѣненія при туберкулезѣ придатковъ мало характерны и съ трудомъ отличаются отъ гоноройныхъ и другихъ воспаленій придатковъ. Они обыкновенно значительно утолщены, имѣютъ четкообразную форму, окружены болѣе или менѣе толстымъ слоемъ экссудата и представляютъ обширныя сращенія съ окружающими органами. Воспалительная инфильтрація соединительной ткани нерѣдко выполняетъ почти весь тазъ въ видѣ плотной массы. Единственный признакъ, который довольно характеренъ для туберкулеза придатковъ, состоитъ въ томъ, что здѣсь получается довольно характерное узловатое утолщеніе той части