

такъ: роль зонда играет тонкій пинцетъ *Frankenhäuser'a* съ длинными, слегка согнутыми вѣтвями, который онъ тщательно обертываетъ ватой (особенно концы) и, намочивъ его въ 5% растворѣ карболовой кислоты, вводитъ черезъ *Fergusson'*овское зеркало въ полость матки. Удаливъ зеркало и подтягивавшій корнцангъ, сильно выпрямляетъ матку и, укрѣпивъ правую руку, лѣвой массируетъ. Пациентка лежитъ на самомъ краю стола. Преимущества этого способа: вата защищаетъ слизистую оболочку матки отъ поврежденій, давленіе зонда дѣлаетъ болѣе эластичнымъ, карболовая кислота дезинфицируетъ полость шейки; этотъ способъ менѣе болѣзненъ, чѣмъ чисто ручной, работа чище и элегантнѣе, щадятся силы врача и отчасти чувство стыдливости пациентки; толстая стѣвка живота являются меньшимъ препятствіемъ. Этотъ способъ примѣняется авторомъ въ его приемные часы. Иногда оказывается достаточнымъ одного сеанса, въ другихъ-же случаяхъ требуется и больше, чтобы ужь можно было ввести пессарій или прибѣгнуть къ обыкновенному массажу. Никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ этого способа онъ не видѣлъ; больныя-же даже предпочитаютъ его ручному.

А. Гермониусъ.

105. **Matlakowski i Przewoski. Przyczynek do lepszego poznania t. z. torbielomięśniaków macicy.** (Gazeta lekarska, 1891, № 47, 48). Къ вопросу о кистовидныхъ міомахъ матки.

Сдѣлавъ краткій обзоръ литературныхъ данныхъ, авторъ переходитъ къ собственнымъ наблюденіямъ надъ кистовидными фиброміомамъ матки. Въ шести случаяхъ изъ 27 оперированныхъ авторомъ новообразованій матки оказались кистовидныя фиброміомы. Изъ этихъ шести случаевъ одинъ описанъ подробно, какъ представляющій значительный интересъ. Случай этотъ слѣдующій:

Женщина 34 лѣтъ; жалуется на опухоль въ животѣ, которую замѣтила 3 года тому назадъ; послѣ каждыхъ мѣсячныхъ опухоль значительно увеличивается, вызывая затрудненіе мочеиспусканія, а спустя дней 8—10 опухоль опять уменьшается при одновременномъ истеченіи изъ влагалища прозрачной жидкости.

При изслѣдованіи въ брюшной полости опредѣляется шарообразная, гладкая опухоль, эластическая и не ясно флюктуирующая; правая сторона опухоли немного бугриста; отъ лоннаго соединенія до верхней границы опухоли 26 см.; верхній сегментъ опухоли довольно подвиженъ.

Во влагалищѣ, на высотѣ равной длинѣ указательнаго пальца, находится гладкая, шарообразная опухоль, совершенно выполняющая просвѣтъ влагалища; задняя стѣнка влагалища, равно какъ и боковые своды, непосредственно переходятъ на опухоль; спереди, при сильномъ надавливаніи, палецъ проникаетъ въ каналъ, образованный сзади упомянутой опухолью, спереди эластической складкой; по направленію вверхъ каналъ суживается, въ концѣ его, немного вправо, опредѣляется небольшое отверстіе; зондъ входитъ на 25 см.; верхушка его ощущается въ области пупка; изслѣ-

дованіе зеркаломъ, въ боковомъ и колѣнно-локтевомъ положеніи, не прибавляетъ ничего новаго.

Объясненіе констатированныхъ данныхъ: опухоль во влагалищѣ есть перерожденная задняя губа, эластическая складка — растянутая передняя губа влагалищной части; опухоль, кромѣ задней губы и шейки, занимаетъ также и тѣло матки. При одномъ изъ послѣдующихъ изслѣдованій, по введеніи зонда, изъ маточнаго отверстія хлынула серозно-кровянистая жидкость, часть которой, собранная въ чашечку, свернулась и образовала янтарнокрасный стустокъ; съ этого момента опухоль стала постепенно уменьшаться и достигла величины небольшого кулака; участки во влагалищѣ сталъ болѣе вялымъ и подвижнымъ, однако не уменьшился пропорціо-нально всей опухоли.

Достигнувъ указанныхъ размѣровъ, опухоль опять стала увеличиваться, сначала медленно, потомъ довольно быстро, такъ что въ теченіи 5 дней достигла прежнихъ размѣровъ, причѣмъ истеченіе серозно-кровянистой жидкости совершенно прекратилось; ожидаемая регулы не пришла.

Дѣло, по автору, представлялось слѣд. образомъ: несомнѣнно опухоль матки, содержащая полость, сообщающуюся съ полостью матки; подъ вліяніемъ менструальной гипереміи и набуханія происходитъ закупорка отверстія, соединяющаго обѣ полости и задержаніе содержимаго, т. е. увеличеніе опухоли; поэтому вѣроятный діагнозъ: *myoma intraparietale lacunare*.

17 дек. 1888 чревосѣченіе. Опухоль съ гладкой поверхностью, незначительныя сращенія съ правой стороны; лѣвые придатки у верхушки опухоли, правые у нижняго ея сегмента. Мочевой пузырь смѣщенъ вправо. Прокколъ троакаромъ не уменьшилъ величины опухоли; послѣ вскрытія ея въ продольномъ направленіи послѣдовало обильное выдѣленіе серозно-кровянистой, свертывающейся жидкости; введя руку въ образовавшуюся полость, операторъ нашелъ безчисленное множество перегородокъ и перекладинъ, разрывая которыя, извлекалъ ихъ наружу, причѣмъ всякій разъ выдѣлялось новое количество жидкости. Со стороны полости матки троакаромъ продѣлано отверстіе въ новообразованную полость, дабы обезпечить стокъ жидкости черезъ влагалище, на опухоль наложенъ жгутъ повыше праваго яичника, и ниже лѣваго, и операція окончена по вѣнбрюшинному способу.

Удаленный препаратъ состоитъ изъ двухъ верхнихъ третей опухоли, части тѣла матки, ея дна, лѣваго яичника и трубы и части правой трубы. Опухоль развилась въ задней и лѣвой стѣнкѣ матки, а также въ днѣ ея; на разрѣзѣ оказывается, что опухоль покрыта снаружи брюшиной и слоемъ нормальной маточной ткани, толщиной въ $1/2$ — $1\frac{1}{2}$ см., — внутри слизистой оболочкой полости матки, а по мѣстамъ и тонкимъ слоемъ мышечной ткани. Въ периферическихъ частяхъ опухоль состоитъ изъ пористой, губчатой ткани: ближе къ центру попадаются щели большей величины, наполненыя прозрачной жидкостью; центръ же опухоли разрушенъ во время операціи. Поверхность разрѣза, освобожденная отъ жидкости, похожа на разрѣзъ дѣтскаго мѣста; подъ водой замѣтно множество щелей и разграничивающихъ перекладинъ; тонкій срѣзъ новообразованія похожъ на сѣтку; ткань весьма

легко расщипывается на тонкія, вѣтвящіяся нити; подъ душой въ такихъ ниткахъ открывается центральная ось краснаго цвѣта, оказывающаяся кровеноснымъ сосудомъ; изъ такихъ то нитокъ, вѣтвящихся и соединяющихся другъ съ другомъ во всевозможныхъ направленіяхъ, образуя родъ сѣтки, состоитъ вся масса новообразованія; величина щелей между перекладинами отъ микроскопической величины до величины коноплянаго зерна и больше.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что перекладины состоятъ изъ круглыхъ пучковъ волокнистой соединительной ткани, содержащихъ въ центрѣ кровеносный сосудъ, являющійся то артеріей, то веной, то широкимъ капилляромъ; всѣ сосуды выстланы внутри эндотеліемъ и наполнены кровью; артеріальные сосудцы содержатъ мышечныя волокна, окружены соединительной тканью, образующей родъ *adventitiae*, эластическихъ волоконъ не содержатъ; между соединительно-тканными волокнами попадаются веретенообразныя клѣтки и лейкоциты. Снаружи перекладины покрыты эндотеліемъ. На разщипанныхъ препаратахъ при маломъ увеличеніи видно, что перекладины вѣтвятся и опять сливаются между собою. Нигдѣ опухоль не содержитъ мышечныхъ волоконъ, исключая, конечно, волокна, входящія въ образованіе артеріальныхъ и венозныхъ сосудцевъ; только на периферіи, на границѣ между нормальной маточной тканью и новообразованіемъ, падаются мышечныя волокна.

Щели между перекладинами собственныхъ стѣнокъ не имѣютъ, а выстланы только эндотеліемъ, покрывающимъ снаружи перекладины; соединяясь между собою, щели образуютъ систему каналовъ, пронизывающихъ всю опухоль. Въ просвѣтахъ щелей находятся сѣть фибрина, лейкоциты и свернувшіяся бѣлковыя тѣльца.

На периферіи перекладины теряются въ мышечномъ слое матки, а осевые сосуды непосредственно переходятъ въ фізіологическія сосуды матки; щели, уменьшаясь въ объемѣ, быстро исчезаютъ.

Въ виду всего сказаннаго, опухоль должна быть обозначена какъ *Lymphangioma cavernosum*. Широкія щелевидныя пространства, наполненные свертывающеюся жидкостью, суть измѣненные лимфатическіе сосуды.

Особенность даннаго случая заключается въ томъ, что расширение, а быть можетъ, и новообразованіе лимфатическихъ сосудовъ произошло въ неизмѣненной патологически маточной ткани, тогда какъ во всѣхъ до сихъ поръ описанныхъ наблюденіяхъ (*Leopold, Spiegelberg, Rein* и мн. друг.) образованіе лимфатическихъ полостей происходило въ міомахъ и фиброміомахъ матки. Механизмъ образованія *Lymphangiomatis cavernosi* можно представить себѣ слѣд. образомъ: по мѣрѣ расширенія лимфатическихъ сосудовъ мышечныя волокна подвергались атрофіи, а соединительно-тканные пучки съ заключенными въ нихъ сосудами—раздвиганію; осталось не выясненнымъ, насколько новообразованіе лимфатическихъ полостей принимало участіе въ процессѣ, равно какъ и этиологія.

Большая отъ операніи выздоровѣла; остатокъ матки представлялся сравнительно подвижнымъ, задняя губа немного утолщена.

Въ заключеніе авторъ объясняетъ механизмъ періодическаго набуханія

и спаденія опухоли, а также проводитъ параллель между своимъ наблюдениемъ и другими подобными случаями. **Ф. Краснопольскій.**

106. **Rochet. Hystéro-épilepsie et castration.** (Journal d'accouchements et revue de médecine et de chirurgie pratiques 1891 г. № 22).

Истеро-эпилепсія и кастрація.

На основаніи приведенныхъ имъ наблюдений, авторъ высказываетъ отрицательное мнѣніе о значеніи кастраціи при истеро-эпилепсіи.

Произведенныя имъ кастраціи были предприняты не ради этого нервнаго страданія, а вслѣдствіе жалобъ пациентокъ на нестерпимыя боли внизу живота, вызванныя патологическими процессами придатковъ матки, при одновременномъ существованіи истеро-эпилептическихъ припадковъ. Последніе исчезали послѣ операціи удаленія придатковъ матки только въ томъ случаѣ, если появленіе ихъ слѣдовало послѣ заболѣванія женской половой сферы (симптоматическая истеро-эпилепсія). Если же истерическіе симптомы предшествовали гинекологическому заболѣванію или вовсе не сопровождаются патологическими процессами въ половой сферѣ, то кастрація не производитъ никакихъ улучшеній въ истерическомъ состояніи больной.

С. Маркова.

107. **J. Veit. Ueber intraperitoneale Blutergüsse.** (Saml Klin. Vortr. Volkmann's. Neue Folge № 15). **О внутрибрюшинныхъ кровоизліяніяхъ.**

Авторъ раздѣляетъ кровоизліяніи въ брюшную полость на свободное — haemorrhagia intraperitonealis, осумкованное, — haematocoele и внѣбрюшинное — въ тазовую клітчатку. Причиной перваго чаще всего служитъ лошаніе трубной беременности. Кровотеченіе нерѣдко смертельное, не смотря на небольшую величину кровотокащаго мѣста, зависитъ отъ того, что отсутствуютъ условія для его остановки, какъ то: 1) слабая мускулатура трубы не въ состояніи сокращеніями своими закрыть сосуды, какъ это имѣетъ мѣсто въ маткѣ; 2) сгустки, которые могли бы затампонировать кровотокащее мѣсто, хотя и образуются довольно медленно, но довольно далеко отъ кровотокащаго мѣста, и потому кровоостанавливающего значенія не имѣютъ; 3) брюшная полость настолько вмѣстима, податлива, что противодавленія на кровотокащее мѣсто со стороны накопившейся крови, какое могло бы быть въ какомъ либо поломъ органѣ, напр., маткѣ, нѣтъ; крови можетъ скопиться въ брюшной полости, не вызывая особенно значительнаго напряженія, до обезкровленія больной. — Въ неизмѣненной (здоровой) брюшной полости свободное кровоизліяніе не инкапсулируется, а ведетъ либо къ смерти или же, если нѣтъ осложненій и больная перенесла кровотеченіе, излившаяся кровь всасывается.

Если же существуютъ какія либо патологическія измѣненія, старыя периметритическія сращенія, перетяжки, перемычки, то онѣ могутъ способствовать, какъ остановкѣ кровотечения, такъ и осумкованію кровоизліянія. *Haematocoele*, по мнѣнію V., образуется не вслѣдствіе того, какъ полагалъ *Nelaton*, что кровь изливается въ преформированное пространство, что встрѣ-