

W. Duncan объясняетъ, что въ данномъ случаѣ беременность была осложнена *hydramnion*e, почему и не была узнана. Происхождение фистулы темное: расширители *Hegara* или внутриматочный катетеръ могли произвести прободеніе, особенно послѣдній въ рукахъ акушерки. Во всякомъ случаѣ, какъ происхождение болѣзни, такъ и способъ излѣченія фистулы представляются единственными въ своемъ родѣ.

М. Гинзбургъ.

200. **Reynolds Wilson (Philadelphia).**—**The Anatomical Points Involved in Emmet's Method of Operating upon the Perineum in Laceration of the Second Degree.**—(The American Journal of Obstetrics etc, 1898, January, pp. 19—24).—**Анатомическія основанія Эмметтовской операціи зашиванія 'разрывовъ промежности второй степени.**

Операція зашиванія разрывовъ промежности состояла прежде въ сшиваніи однихъ разорванныхъ кожныхъ лоскутовъ; потомъ начали соединять и мышцы; теперь, по примѣру *Emmet*'а сшиваютъ и тазовыя фасціи. Анатомическія основанія этой операціи недостаточны выяснены въ большинствѣ учебниковъ. Цѣль ея достигается, если швы проводятся глубоко; если они захватываютъ глубокія части *septi recto-vaginalis*, или если они притягиваютъ впереди заднія части влагалища, или если швы захватываютъ съ каждой стороны желобокъ, образуемый выпячивающейся заднею стѣнкою влагалища.

Emmet разъяснилъ, что прорѣзывающаяся головка, разрывая промежностную фасцію, разрушаетъ упругость задней стѣнки рукава, отрывая фасцію отъ выхода послѣдняго. По *Emmet*, фасціи промежности служатъ для удержанія и прикрѣпленія лежащихъ между ними мыщцъ. *Musculus levator ani*—самая важная мышца тазоваго дна; она служитъ какъ для поддержанія послѣдняго, такъ и задней стѣнки влагалища. Мышца эта, дѣйствующая въ видѣ широкой желобоватой связки, прикрѣпляется съ боковъ—къ обѣимъ стѣнкамъ таза, сзади—къ задней поверхности его, посредствомъ *recto-vesical*'ныхъ слоевъ тазовой фасціи, спереди—на ея промежностной поверхности—промежностными слоями *fasciae obturato-coccygealis*. Поэтому *Emmet* заботится о возстановленіи не однихъ только разрывовъ фасцій, а всѣхъ тканей тазоваго дна.

Мышцы тазоваго дна расположены въ 2 слоя: глубокий слой состоитъ изъ части *levator. ani*, направляющейся отъ стѣнокъ таза въ формѣ конуса къ центру промежности, гдѣ она переходитъ въ болѣе поверхностный слой; послѣдній, кромѣ волоконъ *m.*

levator. ani, состоитъ изъ *m. transversi perinei*, исходящаго изъ *tuberositas ischii* и изъ мышечныхъ волоконъ, окружающихъ выходъ рукава. Фасции тазоваго дна, окружающія эти мышцы, расположены, если разсматривать ихъ сверху, со стороны таза книзу, по направленію къ промежности, въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) слой *fascia pelvis recto-vesicalis*, направляющійся отъ боковыхъ стѣнокъ таза надъ тазовой поверхностью *m. levat. ani*; 2) слой *fascia obturato-coccygealis*, идущая отъ боковыхъ же стѣнокъ таза надъ промежностной поверхностью *m. levator. ani*; 3) передній и задній листки промежностной перегородки, въ которой лежитъ глубокая поперечная мышца промежности; 4) два слоя поверхностной промежностной фасции, въ которыхъ лежитъ поверхностная часть *m. transversi perinei et m. bulbo-cavernosus*.

Фасции таза и промежности можно разсматривать, какъ состоящія изъ двухъ слоевъ, соотвѣтственно поверхностнымъ и глубокимъ слоямъ мышцъ. Глубокіе слои фасцій соединяются съ поверхностными на промежностной спайкѣ (*raphe*). Поверхностные слои идутъ отъ линіи соединенія *tuberositas ischii* съ вѣтвями лобковыхъ костей, направляясь отъ влагалищаго выхода къ тазу.

При значительномъ разрывѣ промежности, мышцы, находящіяся между фасціями, отрываются какъ отъ точки соединенія ихъ волоконъ въ центрѣ промежности, такъ и отъ взаимной связи между глубокими и поверхностными слоями мышцъ. Вслѣдствіе этого оторванныя поверхностныя мышцы сокращаются по направленію отъ середины промежности, а болѣе глубокой *m. levator ani* оттягивается болѣе поверхностными волокнами вбокъ и кнаружи. Въ глубинѣ разрыва происходятъ 2 борозды съ каждой стороны выпячивающейся прямой кишки (*rectocele*).

Уяснивъ себѣ сущность поврежденія, мы рассмотримъ планы операцій для исправленія его. По *Emmet*'у, освѣжая съ каждой стороны влагалища эллиптическій кусокъ тканей, соотвѣтственно вогнутости задней спайки влагалища, и проводя швы въ передне-заднемъ направленіи, мы пришиваемъ болѣе глубокіе слои фасцій промежности къ мѣсту ихъ нормальнаго прикрѣпленія, у выхода влагалища. По мнѣнію другихъ, для возстановленія промежности и задней стѣнки влагалища, что возможно только путемъ сшиванія разорванныхъ волоконъ *levator. ani*, мы должны стремиться къ возстановленію функціи этой мышцы, къ притяженію задней стѣнки влагалища кверху и къ перемѣщенію *recti* въ его нормальное положеніе. Тогда вопросъ сводится не на возстановленіе фасцій, но на превращеніе мышцы вновь въ „подымающую машину“.

Какая бы изъ этихъ теорій не была болѣе вѣрной, способъ *Emmet*'а болѣе надеженъ, чѣмъ швы въ поперечномъ направленіи задней стѣнки влагалища, развѣ только швы будутъ проведены съ каждой стороны глубоко въ упомянутыхъ бороздахъ. Мало вѣроятно, чтобы мы этими швами могли соединить разорванныя волокна мускула одной стороны съ волокнами другой стороны надъ выпятившейся прямой кишкой. Въ этомъ ошибаются всѣ авторы, ибо подымающее дѣйствіе мышцы обусловливается не только цѣлостью ея волоконъ, но и прикрѣпленіемъ ихъ къ одной точкѣ въ центрѣ промежности. Теорія *Emmet* состоитъ именно въ томъ, что при разрывѣ промежности одинаково важно раздѣленіе какъ мышечныхъ волоконъ, такъ и фасцій на поверхности recti и послѣднее—то влечетъ rectocele.

Споръ о томъ, накладывать ли швы въ поперечномъ или передне-заднемъ (по *Emmet*) направленіи—не важенъ: практика указываетъ, что и при поперечныхъ швахъ освѣженіемъ значительной площади задней стѣнки влагалища и надлежащимъ проведеніемъ швовъ—глубокія ткани задней стѣнки подаются кпереди также, какъ и при передне-заднемъ сшиваніи разрыва.

Интересно прослѣдить, какимъ путемъ исчезаютъ боковые желобки при успѣшности операціи, по способу *Emmet*: швы при этомъ не захватываютъ названные желобки съ каждой стороны и при стягиваніи швовъ они оказываются не подъ прямымъ угломъ къ желобкамъ, линіи швовъ не совпадаютъ съ желобками, соотвѣтствующими продольной оси влагалища. Облитерація желобковъ достигается, по выраженію *Emmet*, путемъ стягиванія тазовой промежности къ выходу рукава на подобіе шнурка, коимъ завязывается, стягивается кошелекъ. Мышцы и фасціи представляютъ подобное же соотношеніе къ тазовому дну; успѣхъ операціи зависитъ отъ восстановленія непрерывности глубокихъ и поверхностныхъ слоевъ фасцій тазоваго дна, потому что этимъ самымъ восстанавливается дѣйствіе сшитыхъ мышцъ.

Анатомическое объясненіе успѣшности *Emmet*'овской операціи состоитъ въ томъ, что ею, при захватываніи швами борозды съ обѣихъ сторонъ, соединяются передніе концы m. levator. ani вмѣстѣ съ апоневрозомъ мышцы съ волокнами той же мышцы, лежащими въ тазовой фасціи, отошедшими на переднюю ректальную и заднюю влагалищную стѣнку; другими словами, шовъ притягиваетъ волокна къ мѣсту ихъ нормальнаго прикрѣпленія. Если, по наложеніи швовъ, потянуть ими захваченныя ткани, то послѣднія подаются кпереди и соприкасаются съ промежностной

фасцій и перегородкой, въ которыхъ заложенъ поверхностный слой мышцъ или тѣ мышцы, которые въ нормальномъ состояніи прикрѣпляются къ центру промежности и притягиваютъ послѣднюю кпереди и кверху.

И такъ операціей *Emmet'a* достигается: 1) прикрѣпленіе волоконъ *levator. ani* къ мѣсту нормальнаго исхода послѣднихъ; 2) возстановленіе фасцій, прикрывающихъ эти мышцы; 3) соединеніе обоихъ слоевъ фасцій, тазовой и промежностной, къ мѣсту ихъ нормальнаго прикрѣпленія, т. е. къ центру промежности; 4) возстановленіе дѣйствія поперечныхъ мышцъ промежности, которые до того оттягивались вбокъ разорванными волокнами *levator. ani*, сплющивая просвѣтъ влагалища и способствуя зіянію наружнаго конца его. Это вмѣстѣ съ указаннымъ дѣйствіемъ ш. *levator. ani* и поверхностныхъ мышцъ возстановляетъ упругость тазоваго дна и служитъ къ закрытію влагалищнаго выхода.

М. Гинзбургъ.

201. **Dr. Fordyce (Edinburgh).—Intra-uterine typhoid Fever.**—(Reports of the Edinb. Obstetr. Society. 9. II. 98); Edinburgh. med. Journ., 1898, March., p. 327).—**Внутри-маточная тифозная горячка.**

Авторъ наблюдалъ беременную на 5-мъ мѣсяцѣ, болѣную тифозной горячкой. У ней начался выкидышъ, который авторъ ускорилъ извлеченіемъ зародыша; черезъ 18 часовъ больная умерла. Зародышъ былъ свѣжій, микроскопически на немъ не видно было признаковъ тифа; но изъ частицъ, взятыхъ изъ его селезенки, кишекъ, почекъ и изъ послѣда получились Eberth'овскія палочки. Кровяная сыворотка и взятое изъ полости брюшины серозная жидкость довали характеристическіе признаки Vidal'евой пробы. Авторъ подтвердилъ этимъ случаемъ переходъ бациллъ изъ матери въ кровь плода черезъ послѣдъ.

М. Д. Гинзбургъ.

202. **Dr. Halliday Croom, (President of the Edinb. Obst. Society).—Senile Uterine Catarrh.**—(Reports. of the Edinb. Obst. Society in Edinb. med. Journ., 1898, March. p. 326).—**Старческій катарръ матки.**

Ср. сообщилъ исторіи трехъ больныхъ, представлявшихъ типическіе признаки слѣд. формъ катарра матки: 1) съ слизистогнойнымъ раздѣдающимъ отдѣленіемъ; 2) съ секретомъ, окрашеннымъ въ кровянистый цвѣтъ; 3) съ обильными кровянистыми отдѣленіями. Во всѣхъ случаяхъ больная были истощены, даже