

описываетъ произведенную имъ операцію рукавного укрѣпленія ретрофлексированной и опущенной матки, по способу *Duhrssen'a* и *Mackenrodt'a*, съ видоизмѣненіемъ *Wendeler'a*, предложившаго пришивать матку на 2 см. ниже дна ея. P.

179. **И. М. Львовъ.**—Кесарское сѣченіе при безъ условномъ суженіи таза, съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода.—(Врачъ, 1897, № 2).

Размѣры таза: D. tr. 27, D. cr. 26, D. sp. 23, Conjugata ext. 13 съ небольшимъ, Conj. diag. около 7,5; мысь сильно выдается въ полость малаго таза, хорошо выраженъ также и второй мысь; тазъ непропорціоналенъ,—правая половина меньше лѣвой. Первые роды наступили нѣсколько преждевременно, кончены краниотоміей съ послѣдующей краниоклязіей. При второй беремености опредѣлено косое положеніе плода. Принимая во вниманіе безусловное суженіе таза съ conj. vera около 5, а равно и то, что первые роды недоношеннымъ мертвымъ плодомъ едва были окончены чрезъ естественные пути, съ согласія больной и ея мужа произведено кесарское сѣченіе. Въ разрѣзъ матки попалъ послѣдъ, но кровотеченіе не было сильное. Маточные швы наложены въ 2 этажа: сывороточно—мышечные и сывороточные, по 8. На 24 день больная выписалась, совершенно поправившись и даже поздоровѣвъ, со здоровымъ ребенкомъ. P.

180. **Проф. А. И. Лебедевъ.**—Перелойное заболѣваніе женскихъ половыхъ частей и его вліяніе на отправленіе этихъ органовъ и общее состояніе больныхъ.—(Врачъ; 1897, № 3).

Статья представляетъ свѣдѣній, имѣющихся въ настоящее время въ литературѣ по затронутому вопросу.

Пути зараженія: coitus, совмѣстное спанье больной женщины со здоровою; употребленіе одной и той-же губки для подмыванія больной и здоровой: вульвовагинитъ новорожденныхъ отъ родовыхъ путей матери.

Влагалище, покрытое многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, менѣе воспримчиво къ перелойной заразѣ, чѣмъ остальные части полового прибора, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ; по частотѣ зараженія отдѣльныя части полового аппарата идутъ въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: мочеиспускательный каналъ, маточная шейка, полость матки, влагалище, бартолиневы железы, трубы, наружныя половыя части. Частота заболѣва-

ній на основаніі бактеріологическаго изслѣдованія, единственно вѣрнаго діагностическаго критерія,—10,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—28,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (на 100 беременныхъ).

Перелой у женщинъ бываетъ въ двухъ видахъ—остромъ и хроническомъ, причеиъ хроническій бываетъ или послѣдовательный, или первичный; первичный хроническій развивается отъ хроническаго же (недолѣченнаго) перелоя мужчины. Обострѣнiе хроническаго заболѣванія можетъ происходить подъ влiянiемъ тѣхъ или иныхъ условий, каковы: простуда, чрезмѣрное физическое утомленiе, повторный coitus, сильное душевное волненiе, родовой актъ и пр. Повременамъ обостряясь, хроническій перелой, поражая всѣ части полового аппарата, вноситъ самыя глубокiя, почти неподдающiяся излѣченiю какъ мѣстныя, такъ и общiя разстройства въ организмъ женщины, вплоть до перелойнаго заболѣванiя плейры, сочлененiй, соединительной ткани и внутрисердiя.

Исходы остраго перелоя внутреннихъ половыхъ органовъ бываютъ троякаго рода: 1) въ рѣдкихъ случаяхъ полное разрѣшенiе, при чемъ заболѣвшiя трубы и яичники скоро возвращаются къ нормѣ; 2) въ иныхъ случаяхъ скопившiйся въ трубѣ гной прокладываетъ себѣ путь наружу или въ окружающiя части,—возврата заболѣвшихъ органовъ къ нормѣ ожидать трудно; 3) переходъ въ хроническое, тянущееся многими годами, состоянiе.

Для распознаванiя остраго перелоя достаточно однихъ клиническихъ признаковъ, въ рѣдкихъ случаяхъ нуженъ микроскопъ; распознаванiе хроническаго (скрытаго) перелоя много труднѣе, требуетъ какъ совокупности клиническихъ признаковъ, такъ и бактеріологическаго изслѣдованiя. Почти какъ правило можно было бы выставить слѣдующее положенiе: хотя бы при изслѣдованiи женщины, не бывшей беременною, мы и не нашли у нея никакихъ признаковъ перелойнаго зараженiя наружныхъ половыхъ частей и влагалища, однако, если у нея имѣются эндометритъ и сальпинго-оофоритъ, то почти безошибочно можно считать ихъ перелойными, даже и при отрицательныхъ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованiя; цѣпеккоковаго свойства названнаго заболѣванiя бываютъ только послѣ родовъ, выкидыша, или нечисто произведенныхъ операцiй, т. е. при такихъ условiяхъ, которыя можно выяснитъ вполне изъ анамнеза.

Предупредительныя мѣры: 1) врачебно-полицейскiй надзоръ за проституцiей; 2) распространенiе народнаго образованiя, вообще, и въ частности широкое ознакомленiе мужской молодежи

посредствомъ популярныхъ брошюръ съ вредными послѣдствіями перелоя и съ мѣрами личнаго предохраненія отъ него; 3) желательна законодательная мѣра, устанавливающая обязательство для каждаго жениха представлять, рядомъ съ другими брачными документами, и врачебное свидѣтельство о своемъ спеціальномъ здоровьи.

Лечение: кромѣ мѣстнаго, очень важно въ хроническихъ случаяхъ общее лѣченіе, при чемъ климато-бальнеотерапіи принадлежитъ главное мѣсто.

Р.

181. Г. Суворцовъ.—Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи половыхъ частей. (Двуполостная матка. Раздѣленное влагалище. Цѣлость дѣвственной плевы).—(Врачъ, 1897, № 3).

32 лѣтняя, страдающая падушей, первородящая. Двуполостная матка. Раздѣленное влагалище. Coitus совершенъ однажды, безъ нарушенія дѣвственной плевы. Беременность въ лѣвой маткѣ. При опущеніи головки перегородка во влагалищѣ вверху порвалась, такъ, что можно было изъ одной половины влагалища провести въ другую крючкообразно согнутый палецъ. Большой родничекъ—справа подъ лоннымъ соединеніемъ; малый—слѣва, у крестцово—подвздошнаго сочлененія. По мѣрѣ опущенія головки разорвалась и оставшаяся еще часть перегородки. Головка прорѣзалась въ заднемъ видѣ 1-го затылочнаго положенія, плечики въ правомъ косомъ. Разрывъ промежности. Перегородка во влагалищѣ, очевидно, препятствовала головкѣ совершить внутренній поворотъ. Въ силу неправильнаго прорѣзыванія явилось и больше шансовъ на разрывъ промежности. Роды, въ общемъ, прошли вполнѣ благополучно, и препятствія для родовъ со стороны неправильно развитыхъ половыхъ частей не было. Выводъ: въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ перегородка не толста, можно доставить подлежащей части рвать перегородку рукава безъ всякихъ отъ того дурныхъ послѣдствій; при толстой-же перегородкѣ нужно оперативное вмѣшательство.

182. А. И. Орловъ.—Случай кольцевиднаго суженія рукава въ нижней трети его послѣ родовъ.—(Врачъ, 1897, № 5 и 7).

Представивъ по литературнымъ даннымъ очеркъ ученія о суженіи влагалища, авторъ описываетъ свой случай кольцевиднаго суженія влагалища въ нижней его трети послѣродоваго