

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 сѣуженіи 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 сѣуженіе 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 сводъ 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, бартолиныя железы, трубы, наружныя половыя части. Частота заболѣва-

ній на основаніі бактеріологическаго изслѣдованія, единственно вѣрнаго діагностическаго критерія,—10,5%—28,8% (на 100 беременныхъ).

Перелой у женщинъ бываетъ въ двухъ видахъ—остромъ и хроническомъ, причемъ хроническій бываетъ или послѣдовательный, или первичный; первичный хроническій развивается отъ хроническаго же (недолѣннаго) перелоя мужчины. Обострѣніе хроническаго заболѣванія можетъ происходить подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій, каковы: простуда, чрезмѣрное физическое утомленіе, повторный coitus, сильное душевное волненіе, родовой актъ и пр. Повременамъ обостряясь, хроническій перелой, поражая всѣ части полового аппарата, вноситъ самыя глубокія, почти неподдающіяся излѣченію какъ мѣстныя, такъ и общія разстройства въ организмъ женщины, вплоть до перелойнаго заболѣванія плейры, сочлененій, соединительной ткани и внутрисердія.

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

Для распознаванія остраго перелоя достаточно однихъ клиническихъ признаковъ, въ рѣдкихъ случаяхъ нуженъ микроскопъ; распознаваніе хроническаго (скрытаго) перелоя много труднѣе, требуетъ какъ совокупности клиническихъ признаковъ, такъ и бактеріологическаго изслѣдованія. Почти какъ правило можно было бы выставить слѣдующее положеніе: хотя бы при изслѣдованіи женщины, не бывшей беременною, мы и не нашли у нея никакихъ признаковъ перелойнаго зараженія 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 изслѣдованія; цѣпеккокковаго свойства названнаго заболѣванія бываютъ только послѣ родовъ, выкидыша, или нечисто произведенныхъ операцій, т. е. при такихъ условіяхъ, которые можно выяснитъ вполне изъ анамнеза.

Предупредительныя мѣры: 1) врачебно-полицейскій надзоръ за проституціей; 2) распространеніе народнаго образованія, вообще, и въ частности широкое ознакомленіе 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 специальномъ здоровьи.

Леченіе: кромѣ мѣстнаго, очень важно въ хроническихъ случаяхъ общее лѣченіе, при чемъ климатобальнеотерапіи принадлежитъ главное мѣсто.

Р.

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

32 лѣтняя, страдающая падучей, 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 послѣ родового