

оболочкой, а необходимо имѣть и часть мышечной ткани. *Ruge* и *Veit* у казалося, что они нашли признаки для опредѣленія рака въ самыхъ началѣ, ныхъ стадіяхъ его развитія, но, просматривая внимательно всѣ ихъ исторіи, болѣзни видно, что они имѣли дѣло уже съ *готовымъ*, а не съ *начинающемся* ракомъ. О картинѣ начинающагося рака можно было бы только тогда говорить, еслибъ, изслѣдуя подъ микроскопомъ ампутированную шейку какой-нибудь женщины, мы нашли бы въ ней какую-то картину X и затѣмъ чрезъ нѣкоторое время у этой женщины развился бы вполне точно макромикроскопически-діагностируемый ракъ послѣ того, какъ въ рубцѣ повторилась та-же самая картина X; но у *Ruge* и *Veit*'а этого нѣтъ.

Такимъ образомъ мы можемъ ставить благодаря микроскопу развѣ количественно, но не качественно лучшіе діагнозы начинающагося рака.

И. Вoffъ.

11. Львовъ. Волокниное (нрупозное) воспаление входа и рукава (colpitis circumsa). Врачъ № 32, 33. 1890 г.

Г-жа Г. безъ видимыхъ причинъ начала чувствовать сильный зудъ во входѣ влагалища. Зудъ постепенно усиливался и распространялся въ глубь влагалища. Кромѣ зуда, больная жаловалась на сухость и жженіе въ половыхъ частяхъ. При осмотрѣ на 2-й день болѣзни на рѣзко красной съ фіолетовымъ оттѣнкомъ слизистой оболочкѣ introitus vaginae и на миртовидныхъ сосочкахъ замѣчаются разсѣянные въ видѣ островковъ, бѣлыя, толщиною въ листъ почтовой бумаги плѣнки, довольно трудно соскабливающіяся. Если соскабливать такую плѣнку, то остается сильно покраснѣвшая, шероховатая и мѣстами кровоточащая поверхность слизистой оболочки. Насколько видно глазомъ—изслѣдованіе зеркаломъ за болѣзненностью невозможно—такой же процессъ имѣется и далѣе по стѣнкамъ рукава вплоть до portio vaginalis. Подъ вліяніемъ леченія—теплымъ спринцованіемъ, присыпка рукава іодоформомъ, смазываніемъ стѣнокъ рукава и входа крѣпкимъ растворомъ дубильной кислоты въ глицеринѣ—болѣзненные явленія, какъ-то зудъ, жженіе и сухость во влагалищѣ, лихорадка, постепенно исчезли, втеченіи трехъ дней. Плѣнки тоже, начавъ отдѣляться гораздо легче, наконецъ, исчезли и слизистая оболочка какъ входа, такъ и рукава возвратилась къ нормѣ.

Во второмъ случаѣ у кухарки К., явившейся на приѣмъ съ такими же жалобами, при изслѣдованіи зеркаломъ оказались совершенно такія же пленки какъ и въ первомъ случаѣ, но только процессъ начался со сводовъ рукава, а затѣмъ уже перешелъ внизъ на внутреннюю поверхность малыхъ губъ. Отъ примѣненнаго леченія, какъ и въ первомъ случаѣ процессъ прошелъ тоже въ довольно скорое время. Подъ микроскопомъ плѣнки въ обоихъ случаяхъ состояли изъ волокнистой сѣти, лежавшей въ нѣсколько рядовъ и провизанной частью эпителиальными клѣтками, а частью, и главнымъ образомъ, гнойными тѣльцами. Бактеріологически плѣнки не изслѣдовались, отчего авторъ и не могъ рѣшить, обязаны ли плѣнки своимъ происхожденіемъ какимъ либо микроорганизмамъ или нѣтъ. Такимъ образомъ этиологія плѣнокъ въ обоихъ слу-

чаяхъ остается совершенно неясною, тѣмъ болѣе, что и анамнестическія данныя на даютъ никакихъ указаній, на основаніи которыхъ можно было бы выяснитъ причину заболѣванія обоихъ случаевъ. Вообще же авторъ, на основаніи своихъ наблюденій, склоненъ считать крупъ за самостоятельную болѣзнь и не стоящей, вопреки мнѣнію другихъ изслѣдователей, ни въ какой связи съ дифтеритомъ.

Что касается клиническихъ признаковъ при *colpitis scrooposa*, то они ясны изъ приведенныхъ двухъ случаевъ. Характернымъ же явленіемъ все-таки слѣдуетъ считать присутствіе плѣнокъ.

Леченіе при *colpitis scrooposa* авторъ предлагаетъ слѣдующее: покой въ постели, внутрь легкое слабительное, а для успокоенія раздраженія въ половой сферѣ назначаетъ теплыя спринцованія съ корболовою кислотою и *t-ga orii* 4—6 разъ въ день. Если процессъ распространился по всему рукаву, то назначаетъ тампонъ пропитанный глицериномъ съ іодоформомъ (4 грамма іодоформа и 60 граммъ чистаго глицерина) на 6—10 часовъ; если же процессъ локализуется во входѣ, то авторъ примѣняетъ или присыпку изъ іодоформа, или же мазь изъ 1 грамма *sosaini muriatici*, 4 граммъ мелкоистолченнаго іодоформа и 30 граммъ желтаго вазелина. А. Брандтъ.

12. А. Орловскій. Отчетъ о частной врачебной дѣятельности въ дер. Мануйловкѣ (Кременчугскаго уѣзда Полтавской губ. за 1887—1889). (Земскій Врачъ, 1890, №№ 49, 50 и 51).

Въ чрезвычайно интересной статьѣ автора *Реф.* нашелъ нѣсколько particularly важныхъ и для нашей специальности случаевъ. Таковы, между прочимъ, четыре овариотоміи, произведенныя при довольно исключительной обстановкѣ.

1-й случай касается 19-лѣтней больной, со значительно увеличеннымъ животомъ (окружность—92 см.), изъ котораго предварительно выпущено около 20 фун. серозной жидкости. Увеличеніе это появилось на 18 году, черезъ 2 года послѣ первой менструаціи, и исчезло было на-время «послѣ умышеннаго прижатія живота», но вскорѣ онъ снова увеличился. Послѣ пункціи внизу живота констатирована твердая, бугристая опухоль, не имѣющая связи съ маткой и подвижная; діагнозъ — *fibrosarcoma ovarii dextri*. Операция произведена въ одной изъ комнатъ помѣщичьяго дома, тщательно обеззараженной повторнымъ мытьемъ кипяткомъ, растворами сулемы и *ас. сагбол. егуді* и заново выбѣленной; шпрэй дѣйствовалъ по 2 часа наканунѣ и въ день операціи. Инструменты, бѣлье, перевязочный матеріалъ и кожа больной дезинфицированы по возможности строго. Больная подвергалась діетѣ 7 дней. Операция продолжалась 1 часъ. Разрѣзавъ кожу по *l. alba* на протяженіи 8 см., опухоль уменьшена выпущеніемъ жидкости и извлечена наружу; сращенія небольшія; ножка перевязана *en masse* и опущена въ брюшную полость. Швы—отдѣльно на брюшину (кѣтгутъ) и на кожную рану (два глубокихъ). Въ первые 5 дней t° повысилась до $38^{\circ},3$, съ шестого—нормальна. Швы удалены на 8 и 13 сутки. Первое натяженіе. На 20 день больная ушла совершенно здоровой. Опухоль—типичная дермоидная киста съ костями, зубами, волосами и проч. вѣсила безъ жидкости 2 фунта.