

лигатура, 2) вертикальный разръзъ капсулы опухоли, 3) удаление новообразования и 4) этажный шовъ матки. При кесарскомъ сѣченіи гораздо легче произойти инфекции отъ попадающихъ въ брюшную полость околоплодной жидкости, оболочекъ и т. п., чего не можетъ случиться при плотной фиброзной опухоли, элементы которой мы не можемъ считать инфекціонными.

Въ пользу внутрибрюшного способа подкупаетъ большая простота послѣ-операционнаго течения и то обстоятельство, что этотъ способъ совершенно не видоизмѣняетъ топографическаго соотношенія органовъ.

Кромѣ того брюшное прикрѣпленіе ножки не допускаетъ прочнаго и равномернаго соединенія краевъ брюшной раны. Вокругъ ножки остается поясъ меньшаго сопротивленія, нерѣдко дающій поводъ къ образованію грыжи, что случается несравненно рѣже при погруженіи культи.

О брюшномъ вырѣзываніи всей матки авторъ воздерживается высказать свое сужденіе, пока эта операція не сдѣлалась еще достояніемъ и другихъ хирурговъ. *A. Martin*'у она дала результаты не худшіе, чѣмъ другія операціи.

Наконецъ кастрація показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ главнѣйшимъ симптомомъ является угрожающее жизни кровотеченіе. Но не слѣдуетъ полагаться на эту операцію въ смыслѣ обратнаго развитія опухоли въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опасностью грозитъ самая величина опухоли.

Необходимымъ условіемъ для производства кастраціи является легкая доступность яичниковъ и трубъ. Если же ощупываніе и удаленіе ихъ сопряжено съ большими трудностями, то очевидно должно прибѣгнуть къ болѣе радикальной операціи.

Операція эта (кастрація) менѣе радикальна, но и менѣе опасна, чѣмъ всѣ вышепоименованныя. Всѣ самые опытные и искусные хирурги признаютъ себя сторонниками этой операціи, между тѣмъ какъ большинство операторовъ, такъ сказать, толпа пренебрегаетъ ею, предпочитая ей болѣе опасную *laparo-myometomi*'ю, дающую болѣе % смертности. Авторъ объясняетъ эту странность тѣмъ, что «хирурги болѣе низкаго полета» («*chirurgiens de moindre envergure*»), разъ они вскрыли брюшную полость, не могутъ устоять предъ попыткою произвести самую опасную изъ операцій. Самъ же авторъ смотритъ на *laparo-myometomi*'ю какъ на *ultimum refugium*.

Ф. Кюнь.

107. Б. А. Фраткинъ. Случай *laparo-colpo-hysterectomiae* при ракъ и фиброміомѣ матки («Хирургическій Вѣстникъ», 1891 г. Февраль и Мартъ).

Если еще и возможны споры относительно частоты рака и міомы матки, вообще, то ужъ сочетаніе рака и міомы большой величины, такой, которая не допускаетъ *extirpationis uteri per vaginam*, безспорно должно быть признано крайне рѣдкимъ. Тѣмъ болѣе интереснымъ является вопросъ объ оперативномъ пособіи въ случаяхъ этого послѣдняго рода. *Extirpatio uteri per vaginam* возможно при опухоляхъ величиною, по *Schroeder*'у и *Schau*'у, не болѣе кулака, а по *Leopold*'у менѣе дѣтской головки. *Colpo-laparo-hyste-*

rectomia цѣлесообразна тамъ, гдѣ къ комбинированному методу приходится обращаться вслѣдствіе какихъ либо непредвидѣнныхъ случайностей во время производства влагалищной экстирпаціи. Что же касается тѣхъ случаевъ, гдѣ уже до операціи было рѣшено оперировать по комбинированному методу, то тамъ было бы цѣлесообразнѣе и, такъ сказать, антисептичнѣе начинать операцію съ лапаротоміи, т. е. производить не *colpo-laparo-hysterectomiam*, а наоборотъ, *laparo-colpo-hysterectomiam*, каковую операцію и произвелъ Н. А. Вельяминовъ въ слѣдующемъ случаѣ. 5-го ноября 1890 г. въ больницу Крестовоздвиженской общины сестеръ милосердія поступила Ф. К. 39-ти лѣтъ отъ роду, съ жалобами на обильныя менструальныя кровотечения (8—9 дней) и сильныя боли внизу живота. Менструируетъ съ 15 лѣтъ по 3—4—5 дней, до 27-ми лѣтъ регулы безболѣзненны. Замужъ вышла на 20-мъ году, на 2-мъ году замужества срочные роды мертвымъ ребенкомъ, причемъ онъ, по словамъ больной, умеръ во время родовъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи то *meno*, то *metrorragiae*, причемъ съ мая 1890 г. регулы установились, послѣ лѣченія, черезъ 3 недѣли по 8—9 дней. 12 лѣтъ назадъ въ животѣ замѣтила опухоль, больше съ лѣвой стороны; съ этого же времени начинаются сильныя боли во время регулъ, а за послѣднее время эти боли усилились и являются и въ межменструальномъ періодѣ. При изслѣдованіи слѣдующее: слабый, анемичный субъектъ. Въ полости живота, пальца на 3—4 ниже пупка и болѣе влѣво, кругловатый, очень плотный tumor, величинной нѣсколько больше дѣтской головки, съ неровной поверхностью. Влагалище очень узко. Влагалищная часть изъязвлена, ткань ея ломка, кровоточива. Шейка матки непосредственно переходитъ въ tumor живота, такъ что этотъ послѣдній несомнѣнно есть тѣло матки. Въ лѣвомъ сводѣ, высоко, прощупывается плотное, очень ограниченное и очень чувствительное тѣло, вѣроятно яичникъ.

Діагнозъ: межюточная фиброміома тѣла и ракъ шейки.

23-го ноября операція. Разрѣзъ по бѣлой линіи, отступя на 2 пальца отъ лоннаго соединенія на 15 см. вверх; потомъ этотъ разрѣзъ пришлось увеличить до пупка, вслѣдствіе того, что опухоль не выводилась изъ раны даже при содѣйствіи двухъ пальцевъ, введенныхъ во влагалище. На широкия связки наложены лигатуры по четыре съ каждой стороны. На болѣе тонкую часть матки наложенъ жгутъ и матка вмѣстѣ съ яичниками отсѣчена надъ нимъ. Полость матки прижжена термокаутеромъ и зашита 3 глубокими швами. Ножка опущена въ полость брюшины. Рана брюшной стѣнки зашита и перевязана. Въ лгочично-спинномъ положеніи большой *portio vaginalis* низведена *ad introitum*. Вскрыть передній сводъ, и передняя поверхность шейки отдѣлена пальцемъ до брюшины; потомъ вскрыть задній сводъ съ брюшиной. Разрѣзы соединены и вскрыть передній *Douglas*. Брюшина сшита со слизистой оболочкой влагалища, остатки широкихъ связокъ перевязаны, и культя удалена. Влагалище настолько узко, что извлеченіе культи представило значительныя трудности. Брюшная полость черезъ рану вытерта іодоформной марлей. — Въ рану вложенъ тампонъ изъ той-же марли, конецъ котораго выведенъ

черезъ влагалище; послѣднее тоже затампонировано, и на половую щель наложена антисептическая повязка. Послѣоперационное теченіе безъ лихорадки (тах. 38° на 6 день); первые 4 дня рвота и тимпанитъ. На 7 день удаленъ тампонъ изъ брюшной полости, влагалище снова затампонировано; на 10 день первое испражненіе при помощи клизмы; на 12-й день сняты швы съ брюшной раны—*grіma* и со сводовъ—чистая грануляціонная поверхность. Черезъ 2 мѣсяца выписана совершенно здоровой.—Препаратъ: передняя поверхность матки усѣяна мелкими фиброміомами; въ толщѣ обѣихъ стѣнокъ междуточные фиброміомы. Изъязвленія отъ наружнаго зѣва распространяются вплоть до внутренняго (подъ микроскопомъ — железистый ракъ). Трубы, особенно лѣвая, растянуты. Яичники, особенно лѣвый, кистовидно перерождены (*klein-cystische Degeneration*). Поверхность трубъ и яичниковъ покрыта множествомъ толстыхъ ложныхъ перепонокъ.

Преимущество описываемой операціи, по мнѣнію автора, заключается, кромѣ ея большей антисептичности, еще въ томъ, что послѣ надвлагалищной ампутаціи матки, оставшаяся ея часть и шейка легче выводятся и, слѣдовательно, легче перевязываются *ligg. lata et art. uterinae*. Особенное вниманіе слѣдовало бы удѣлить этому методу при беременности, осложненной ракомъ шейки.

А. Рутковскій.

108. **Gustav Klein. Wirkung des constanten Stromes auf Myome.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XIX, Heft 1, 1890). Дѣйствіе постоянного тока на міомы.

Въ ученіи о вліяніи постоянного тока на фибріомы матки практика, какъ извѣстно, предупредила теорію: мы знаемъ, что названныя опухоли уменьшаются подъ вліяніемъ электричества, но причины подобнаго дѣйствія до настоящаго времени еще остаются далеко не разъясненными. Въ этомъ направленіи, кромѣ изслѣдованій *Steavenson'a* и *Shaw*, въ литературѣ имѣются лишь краткія указанія; въ виду этого авторъ предпринялъ рядъ изслѣдованій на только что удаленныхъ путемъ чревосѣченія міомахъ; сила примѣнявшагося тока варіировала отъ 50 до 100 MA., продолжительность его дѣйствія—отъ 5 мин. до 1 часа. Важнѣйшіе изъ полученныхъ имъ результатовъ сводятся къ слѣдующему:

1) *Химическое* дѣйствіе тока авторъ считаетъ наиболѣе важнымъ; поверхность разрѣза свѣжей фиброміомы имѣетъ слабо-щелочную реакцію, при дѣйствіи-же тока въ области анода ткань реагируетъ рѣзко кисло, въ области катода—щелочно.

2) *Электролитическое* дѣйствіе выражается въ томъ, что въ области анода ткань съживается, какъ-бы высыхаетъ, становится полу-прозрачною, на мѣстѣ вкола иглы или приложенія пластинчатаго электрода получается вдавленіе, подъ микроскопомъ протоплазма клѣтокъ представляется гомогенною, ядра уменьшены и очень плохо окрашены; въ области катода ткань, наоборотъ, разбухаетъ, выдается надъ поверхностью, на микроскопическихъ срѣзахъ границы клѣтокъ не ясны, онѣ увеличены, ядра также увеличены, ядрышки рѣзко окрашены; указанныя измѣненія ткани на мѣстѣ приложенія