

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—*prima* и со сводовъ—чистая грануляціонная поверхность. Черезъ 2 мѣсяца выписана совершенно здоровой.—Препаратъ: передняя поверхность матки усѣяна мелкими фиброміомами; въ толщѣ обѣихъ стѣнокъ междуточныя фиброміомы. Изъязвленія отъ наружнаго зѣва распространяются вплоть до внутренняго (подъ микроскопомъ — железистый ракъ). Трубы, особенно лѣвая, растянуты. Яичники, особенно лѣвый, кистовидно перерождены (*kleincystische 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 низводятся 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) *Электродолитическое* 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

обоихъ электродовъ при достаточной силѣ тока ведутъ къ некрозу ткани, которая затѣмъ всасывается,—жирового перерожденія не найдено. Кромѣ того, какъ въ области вкола игольчатыхъ электродовъ, такъ и въ болѣе удаленныхъ частяхъ куска міомы обильно развиваются пузырьки газа. Въ общемъ электролитическое дѣйствіе гораздо сильнѣе выражается въ области анода, чѣмъ катода, сильнѣе при примѣненіи электродовъ въ формѣ иголь, чѣмъ при пластинчатыхъ; соединительная ткань больше измѣняется, чѣмъ мышечные элементы.

3) *Термическое* дѣйствіе тока сказывается въ повышеніи температуры электризуемаго куска фиброміомы на $9-14^{\circ}\text{C.}$; авторъ даже даетъ формулу, по которой можетъ быть вычислено повышение температуры: если силу тока назвать I , продолжительность его дѣйствія— t , число куб. см. объема опухоли— K , то повышение температуры $Z = \frac{I \cdot t}{3k}$

4) Дѣйствіе тока на *артеріи, вены и лимфатическіе сосуды* заключается въ томъ, что развивающіеся въ области электродовъ газы центрально проникаютъ въ сосуды, вытѣсняють изъ нихъ совершенно кровь и, благодаря этому, громадно вліяютъ на питаніе ткани.

5) *Физиологическое* дѣйствіе тока на мышечные элементы опухоли и ея сосудовъ, выражающееся въ ихъ сокращеніи съ послѣдующимъ расслабленіемъ, по мнѣнію автора, имѣетъ сравнительно второстепенное значеніе.

А. Фишеръ.

109. I. S. Nairne. Treatment of cancer of the uterus by excavation and cautery (Brit. Med. Journ. Febr. 7. 1891). Лѣченіе рака матки ампутаціею и прижиганіемъ.

Въ 1887 году Dr. *Keith* послалъ къ автору пациентку, страдавшую ракомъ шейки. Диагнозъ былъ внѣ сомнѣнія. Рѣшена была предположенная *Keith*'омъ возможно высокая ампутація шейки. Къ операціи этой авторъ присоединилъ энергическое прижиганіе каленымъ до-красна желѣзомъ.

Такого рода операцію *Keith* въ статьѣ, помѣщенной въ «*Britisch. Med. Journal*», назвалъ «чудовищно дурною хирургіею» (*monstrous bad surgery*). *Keith* упрекаетъ автора за то, что дѣйствіе прижиганія не можетъ быть всегда разсчитано и ограничено.

Возражая ему, авторъ говоритъ, что произведенное быстро и энергично прижиганіе раскаленнымъ до красна желѣзомъ не проникаетъ глубже желаемаго; если же прижигать продолжительно, медленно и болѣе слабымъ каленымъ, то прижиганіе можетъ дать болѣе глубокое воспалительное дѣйствіе и разрушеніе. Но главнымъ образомъ авторъ ссылается на то, что онъ изслѣдовалъ больную 7 недѣль тому назадъ, т. е. почти $3\frac{1}{2}$ года послѣ операціи, и нашелъ ее въ полномъ здоровьѣ безъ всякихъ слѣдовъ рецидива. А если хорошъ результатъ операціи, то хороша и сама операція; другими словами—побѣдителя не судятъ.

Въ раціонально избранныхъ случаяхъ, при тѣсныхъ сращеніяхъ матки съ