

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, вытѣсняютъ 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 «чудовишно дурною хирургіею» (*monstrous bad surgery*). *Keith* упрекаетъ автора за то, что дѣйствіе прижиганія не можетъ быть всегда рассчитано 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

сосѣдными органами, гдѣ невозможна влагалищная экстирпація фиксированной матки, авгоръ и впредь намѣренъ держаться того же способа.

Ф. Кюнъ.

110. Leopold Landau. Ueber Tubensäcke. (Arch. f. Gyn. Bd. XL, Heft. 1).  
О кистахъ фаллопиевыхъ трубъ.

Уже при микроскопическомъ осмотрѣ вырѣзанныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ мы замѣчаемъ, что иногда болѣе измѣнена слизистая оболочка, другой разъ мышечная или-же только брюшинный покровъ, иногда-же одинаково измѣнены всѣ три слоя ея; весьма разнообразно также содержимое этихъ кистъ, которое бываетъ прозрачнымъ подобно водѣ и бѣднымъ бѣлкомъ, сероватымъ съ обильнымъ количествомъ бѣлка, окрашеннымъ кровью, чисто кровянистымъ, въ различныхъ степеняхъ нагноенія или разложенія, жидкимъ или густымъ, творожистымъ или содержащимъ известковыя отложения. Вслѣдствіе этихъ данныхъ нельзя всѣ эти состоянія описывать подъ однимъ общимъ названіемъ «кисть фаллопиевыхъ трубъ» и давно уже принято по характеру содержимаго раздѣлять эти кисты на hydro-, hæmato-и ruosalpinx; но и такое дѣленіе недостаточно, такъ какъ оно намъ не указываетъ ни на этиологію, ни на патологическую анатомію данныхъ измѣненій, поэтому при описаніи этихъ кистъ нужно обращать вниманіе какъ на причины образованія различныхъ скопленій жидкости, такъ и на механизмъ образованія этихъ кистъ, на измѣненія въ стѣнкахъ трубъ и ихъ патолого-анатомическія послѣдствія.

Съ анатомической точки зрѣнія трубы, какъ произошедшія изъ тѣхъ-же Мюллеровскихъ нитей, представляютъ составную часть матки, съ функціональной-же они ближе стоятъ къ яичникамъ, представляя ихъ выводные протоки, хотя они отличаются отъ выводныхъ протоковъ другихъ железъ тѣмъ, что они со своими железами—яичниками не связаны непосредственно анатомически. Разъ трубы представляютъ изъ себя выводныя протоки железъ, то въ нихъ, какъ и въ выводныхъ протокахъ другихъ железъ, могутъ образоваться ретенціонныя кисты, но условія тутъ нѣсколько запутаннѣе, такъ какъ выдѣленіе яицъ и фолликулярной жидкости изъ яичниковъ происходитъ только періодически въ большіе промежутки времени, съ другой-же стороны брюшинное отверстіе трубы представляется открытымъ и, если сообщеніе между трубой и полостью матки уничтожено, содержимое лопнушаго фолликула можетъ свободно излиться въ брюшную полость, такъ что только при сращеніи брюшного конца трубы съ яичникомъ даны условія для образованія ретенціонныхъ кистъ. При одновременномъ существованіи ретенціонныхъ кистъ граафовыхъ фолликуловъ мы имѣемъ трубно-яичниковую кисту. При скопленіи жидкости въ ампуллѣ трубы образуется иногда перегибъ послѣдней и труба такимъ образомъ механически разобщается съ полостью матки. Для наполненія быстро образующихся кистъ трубъ одной жидкости лопнувшихъ фолликуловъ недостаточно и потому естественно возникаетъ вопросъ: *отдѣляетъ-ли труба въ нормальномъ состояніи?*