

роны нервной системы. Во многих случаях, исследование проведено под наркозомъ. Относительно леченія массажемъ заболѣваній трубъ и яичниковъ, авторъ высказываетъ слѣдующее: при хроническихъ сальпингитахъ могутъ быть получены хорошіе результаты. Незначительное расширение трубы не служитъ противопоказаніемъ. При интерстиціальныхъ сальпингитахъ (*salpingites interstitielles*) массированіе можетъ принести пользу. При катарральныхъ сальпингитахъ авторъ массажъ не применяетъ. Лѣченіе нѣкоторыхъ заболѣваній яичниковъ дало въ результатъ: уменьшеніе въ объемѣ яичника (въ рѣдкихъ случаяхъ до нормальной величины), измѣненіе консистенціи и уменьшеніе чувствительности.

А. Лапина.

130. **Stewar. Paton. Superficial papilloma of the ovary.** (N. Y. Med. Journ. March 19, 1892.). Папиллома яичника.

По строенію своему папиллома составляетъ пограничную линію между злокачественными и доброкачественными опухолями; но въ клиническомъ отношеніи причислять ее къ типу злокачественныхъ опухолей ошибочно. Правда, эта опухоль можетъ переходить съ яичника на матку, трубы, широкія связки, мочевой пузырь и брюшину, но эти переходы не представляютъ явленій метастаза; каждая папиллома развивается путемъ самостоятельнаго первичнаго виѣдренія («by direct implantation»).

Во всей литературѣ этого вопроса автору не удалось найти ни одного яснаго указанія на метастатическое происхожденіе папилломъ. Существующія же подобнаго рода указанія, безъ микроскопическаго изслѣдованія, не доказательны, потому что за папилломы иногда принимались карциноматозныя разрашенія въ видѣ цвѣтной калусты. И, хотя папиллома, если ростъ ея ничѣмъ не прерывается въ теченіи цѣлыхъ лѣтъ, имѣетъ явную склонность къ переходу въ злокачественную опухоль, однако въ случаяхъ, находившихся подъ наблюденіемъ въ теченіи долгаго періода, какъ напр. случай *Doran'a* (7 лѣтъ) и случаи *Marchand'a* и *Coblentz'a* папиллома по удаленіи ея не рецидивировала.

Гистологическое развитіе папилломы рѣзко отличается подъ микроскопомъ отъ роста злокачественныхъ опухолей, какъ напр. карциномы или саркомы. Въ первомъ случаѣ мы видимъ полную зависимость образованія новой ткани отъ количества имѣющихся въ опухоли кровеносныхъ сосудовъ, которые представляютъ, такъ сказать, пищу для новой ткани. Между тѣмъ какъ въ раковыхъ и саркоматозныхъ опухоляхъ на первый планъ выступаетъ клѣточная инфильтрація и каждая клѣточка можетъ быть рассматриваема, какъ нѣчто цѣльное и самостоятельное; въ ростѣ же папилломы именно и характерно отсутствіе этой автономіи клѣтокъ.

Папиллома должна быть рассматриваема какъ новообразование высшаго типа въ сравненіи съ карциномою и саркомою, и авторъ не можетъ указать ни одного случая, гдѣ бы папиллома перешла съ теченіемъ времени въ злокачественную опухоль нисшаго типа.

Позднѣйшія наблюденія обнаружили въ этомъ отношеніи замѣчательные

факты: нередко при операции не удается удалить всѣхъ папилломатозныхъ гнѣздъ («implantations»). Если при этомъ брюшная полость была хорошо промыта и дренирована, то дальнейшій ростъ оставшихся въ ней папилломатозныхъ узловъ прекращается. И замѣчательно, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ авторами нотированы рецидивы папилломы, они ни словомъ не упоминаютъ, былъ ли произведенъ дренажъ брюшной полости послѣ удаленія опухоли. Авторъ не нашелъ ни одного достовѣрнаго указанія на рецидивы папилломы *in situ*.

Итакъ, повидимому, промывка и дренажъ брюшной полости предупреждаютъ дальнейшее развитіе папилломатозныхъ отпрысковъ и слѣдовательно обязательны при каждомъ чревосѣченіи ради папилломы.

Клиническая картина болѣзни также указываетъ на доброкачественный характеръ папилломы: несмотря на быстрый ростъ опухоли, на продолжительность болѣзненныхъ явленій, достигающую періода нѣсколькихъ лѣтъ, обыкновенно отсутствуетъ кахексія. Асцитъ, явленія давленія опухоли, разстройство регуля, нѣкоторая боль, вотъ обыкновенно сопутствующіе папилломамъ по преимуществу мѣстные симптомы, общее же состояніе пациентки иногда въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ очень мало разстраивается.

Но, конечно, этихъ мы не должны увлекаться, потому что отсутствіе кахексіи отмѣчено во многихъ случаяхъ и настоящихъ злокачественныхъ опухолей.

Ф. Кюнъ.

131. **M. Robson. Cases of suppurative and tuberculous peritonitis illustrative of the curative effect of abdominal section and drainage** (Brit. Med. Jour. March 19, 1892). **Случаи гнойнаго и бугорковаго перитонита, излѣченные чревосѣченіемъ и дренажемъ.**

Случаи туберкулезнаго перитонита, излѣченные чревосѣченіемъ, въ настоящее время уже не составляютъ особой рѣдкости въ медицинской литературѣ. Но цѣнность сообщаемыхъ авторомъ 3 случаевъ увеличивается тѣмъ, что состояніе всѣхъ трехъ больныхъ было прослѣжено въ теченіи 2 лѣтъ послѣ операции. Впрочемъ, точный діагнозъ бугорковаго перитонита могъ быть поставленъ въ одномъ только случаѣ, гдѣ при вскрытіи брюшной полости какъ брюшная, такъ и висцеральная поверхности брюшины были усыяны милярными бугорками, въ которыхъ открыты и палочки бугорчатки.

Въ первыхъ же двухъ случаяхъ имѣлся гнойный перитонитъ съ сильнымъ подозрѣніемъ на туберкулезный характеръ его.

Вкратцѣ эти 3 случая слѣдующіе:

1) Дѣвочка 9 лѣтъ, изъ чахоточной семьи, заболѣла вдругъ сильными болями въ правой сторонѣ живота, въ области соесип, гдѣ образуется опухоль, сначала не дающая флюктуацин. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль является ясное зыбленіе во всей нижней части живота, и, когда ребенокъ находился уже *in extremis*, родители наконецъ согласились на операцию. Чревосѣченіемъ изъ полости живота было удалено нѣсколько пинтъ гноя