

ВОЛЪЗНИ

Я И Ч Н И К О В Ъ.

Д-ра ОЛЬСГАУЗЕНА.

ПРОФЕС. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ВЪ ГАЛЛЕ.

СЪ 33 ПОЛИТИПАЖАМИ ВЪ ТЕКСТЪ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Д-ра БОРИСА ЯНПОЛЬСКАГО,

Ординатора при Обуховской Городской Больницѣ, при лечебницѣ Императорскаго Человѣколюбиваго Общества и Городскаго Акушера, завѣдующаго Городскимъ родильнымъ пріютомъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе Б. Г. Янпольскаго.

1879.

РУКОВОДСТВО
КЪ
ЖЕНСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ

СОСТАВЛЕННОЕ

Доцентомъ Др. Бандль изъ Вьны, Проф. Др. Бильротъ изъ Вьны, Проф. Др. Брейски изъ Праги, Доцентомъ Др. Хробанъ изъ Вьны, Проф. Др. Гуссеровъ изъ Страсбурга, Проф. Др. Гильдебрандтъ изъ Кенигсберга, Проф. Др. Майергофъ изъ Вьны, Проф. Др. Ольсгаузенъ изъ Галле, Проф. Др. В. Шульце изъ Вьны, Проф. Др. Винкель изъ Дрездена.

ПОДЪ РЕДАКЦІЮ

Д-ра Т. БИЛЬРОТА.

ОРДИНАРН. ПРОФЕССОРА ХИРУРГИИ ВЪ ВЬНѢ.

СЪ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ВЪ ТЕКСТѢ ПОЛИТИПАЖАМИ.

П Я Т Ы Й О Т Д Ѣ Л Ъ

С. - ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Б. Г. Янпольскаго, Демидовъ переулокъ, домъ № 5.

1879.



Дозволено Цензурою. С.-Петербургъ, 16 Іюля 1879.

О Г Л А В Л Е Н И Е .

		Стр.
Гл.	I. Анатомическія данныя § 1 —	1
	Литература	—
	Строеніе яичника § 2—3	2
	Форма и положеніе яичника § 4—6	6
	Этіологія болѣзней яичниковъ § 7	9
	Симптоматологія § 8	10
Гл.	II. Недостатокъ, излишекъ и рудиментарное образованіе яичниковъ § 9—11	11
	Литература	—
Гл.	III. Врожденныя аномаліи положенія. Грыжи § 12—14.	14
	Литература	—
Гл.	IV. Гиперемія и гѣморрагія яичниковъ § 15—16	17
	Литература	—
Гл.	V. Oophoritis acuta и Perioophoritis acuta § 17	20
	Литература	—
	Исходъ оофорита § 18	21
	Этіологія § 19	22
	Perioophoritis § 20	23
	Симптомы и теченіе § 21	25
	Послѣродовое воспаленіе яичниковъ § 22	26
Гл.	VI. Хроническое воспаленіе яичника § 23—24.	29
	Леченіе § 25	33
	Опухоли яичниковъ § 26	34
	Анатомія	—
	Литература	—
Гл.	VII. Простыя кисты (Hydrops folliculorum Graafii, Hydrops ovarii § 27—29	35
	Происхожденіе и этиологія § 30—31	40
	Трубно-яичниковыя кисты § 32—33	42
Гл.	VIII. Проллиферирующая кистама	46
	Коллоидная опухоль. Миксоидная кистама	—
	Кистоидъ. Adenoma cylindrocellulare	—
	Анатомія	—
	Строеніе и ростъ § 34	—
	Содержаніе и теченіе § 35—40	48
Гл.	IX. Гистологическое происхожденіе § 41—45.	61
Гл.	X Свойство жидкости кистомъ	67
	Литература	—
	Количество жидкости § 46	—
	Химическія свойства жидкости § 47—49	68
	Клиническое описаніе кистомъ § 50	74

Гл.	XI. Етіологія § 50—51	—
	Литература	—
Гл.	XII. Симптоматологія	78
	Картина болѣзни § 52—53	—
	Кровонзліаніє въ полость кисты § 54	85
	Нагноєніє и гнилостное разложєніє въ кистахъ § 55	—
	Осєвое перекручиваніє § 56	86
	Послѣдствія и симптомы § 57	89
	Лечєніє § 58	90
	Разрывъ кистомъ § 59	91
	Литература	—
	Послѣдствія разрыва § 60	94
	Діагнозъ вскрытія кисты § 61	97
Гл.	XIII. Осложненіє беременностью и родами § 62—64	99
	Литература	—
	Діагностика § 65	102
	Послѣдствія § 66	103
	Лечєніє § 67—69	106
	Казуистика § 70	111
Гл.	XIV. Течєніє. Продолжительность. Исходы § 71—72	112
	Распознаваніє кистомъ яичниковъ § 73—83	117
Гл.	XV. Общая діагностика	—
	Литература	—
Гл.	XVI. Дифференціальная діагностика кистомъ § 84—98	134
	Литература	—
	Казуистика ошибокъ § 99—106	157
Гл.	XVII. Проколъ и разрѣзъ съ діагностическою цѣлью § 107—108	170
	Лечєніє кистомъ	175
Гл.	XVIII. Нехирургическое лечєніє § 109—110	—
	Хирургическое лечєніє § 111	178
	Общая литература	—
Гл.	XIX. Проколъ § 112—118.	—
	Литература	—
	Проколъ чрезъ рукавъ § 119—120.	194
Гл.	XX. Разрѣзъ и проколъ съ дренажемъ § 121—124	197
	Литература	—
Гл.	XXI. Впрыскиваніє раздражающихъ жидкостей § 125	204
	Литература	—
	Техника операциі § 126—127	208
	Показанія § 128	211
Гл.	XXII. Подкожный разрѣзъ и вырѣзываніє кисты § 129—130	212
	Литература	—
Гл.	XXIII. Перевязка ножки § 131	215
	Литература	—
Гл.	XXIV. Экстирпація яичниковъ § 132—133.	217
	Исторія операциі.	—
	Литература	—
Гл.	XXV. Статистика овариотоміи § 139—141	223
	Литература	—
Гл.	XXVI. Приготовленіє къ операциі. Инструменты § 142—147	231
	Нѣкоторыя предварительныя замѣчанія къ операциі § 148	240
Гл.	XXVII. Общій планъ операциі § 149—150	241
	Детали операциі	247

Гл.	XXVIII.	Разрѣзъ черезъ брюшные покровы § 151—252	247
Гл.	XXIX.	Манипуляціи при срощеніяхъ § 153—160	251
Гл.	XXX.	Уменьшеніе опухоли § 161—164.	265
Гл.	XXXI.	О ножкѣ и леченіи ея	270
		Литература	—
		Анатомія ножки § 165—166	271
		Леченіе ножки § 167—172	275
		Критическій обзоръ внѣ и внутри брюшиннаго леченія ножки § 173—182	285
		Литература	—
Гл.	XXXII.	Очищеніе (туалетъ) полости брюшины § 183—185	300
		Литература	—
Гл.	XXXIII.	Дренажъ полости живота § 186—187	304
		Литература	—
		Техническіе приемы § 188—190	308
		Показанія къ проведенію дренажа черезъ влагалище § 191	316
Гл.	XXXIV.	Закрытіе брюшной раны и повязка § 192—194	317
		Литература	—
Гл.	XXXV.	Антисептической образъ дѣйствія § 195—197	320
Гл.	XXXVI.	Неблагопріятныя приключенія во время операціи § 198—206	326
Гл.	XXXVII.	Одновременная экстирпація обоихъ яичниковъ (Ovariectomy duplex) § 207	337
		Литература	—
		Техника операціи § 208	339
		Результаты § 209	340
Гл.	XXXVIII.	Овариотомія черезъ влагалище § 210—211.	341
		Литература	—
Гл.	XXXIX.	Содержаніе больныхъ послѣ операціи и послѣдовательное леченіе § 212—215.	344
		Литература	—
		Содержаніе выздоравливающихъ послѣ операціи	345
		Леченіе § 216—218	350
		Состояніе больныхъ, не выздоравливающихъ послѣ операціи, при- чины смерти и результаты вскрытія § 219—220	356
		Септикѣмія и перитонитъ § 221	360
		Теченіе и симптомы § 222	363
		Предсказаніе § 223	365
		Леченіе § 224	367
		Исходъ § 225—226	371
		Столбнякъ § 227	375
		Нагноеніе § 228	379
Гл.	XL.	Содержаніе выздорѣвшихъ послѣ овариотоміи	380
		Общее состояніе § 229	—
		Литература	—
		Ходъ менструаціи послѣ овариотоміи § 230	381
		Послѣдовательныя заболѣванія § 234—237	388
		Рецидивы послѣ овариотоміи. Повтореніе операціи § 238—240	293
Гл.	XLI.	Показанія и противопоказанія къ овариотоміи § 241—250.	396
		Литература	—
Гл.	XLII.	Дермоиды яичниковъ § 251	408
		Литература	—
		Содержаніе дермоидныхъ кистъ § 252—253	411
		Комбинація дермоидныхъ кистъ съ разными перерожденіями § 254.	413

	Происхождение дермоидных кистъ § 255—256	414
	Течение и симптомы § 357	417
	Распознаваніе и предсказаніе § 258	419
	Терапія § 259—260	420
Гл. XLIII.	Плотныя опухоли яичниковъ § 261—262	421
	Литература	—
	Фибромы яичниковъ § 263—264	425
	Течение § 265	428
	Діагнозъ § 266	430
	Саркомы яичниковъ § 267—268	—
	Жировая инфильтрація § 269	433
	Течение § 270	—
	Исходъ и казуистика § 271	434
	Діагнозъ § 272	438
	Энхондрома § 273	439
	Папилломы § 274	—
	Карцинома яичниковъ § 275	441
	Сосочковая карцинома § 276	442
	Течение и исходъ карциномы § 277—278	445
	Казуистика,	—
	Діагнозъ § 279	450
	Лечение § 280	—
	Бугорчатка яичника § 281	451

ГЛАВА I.

Анатомическія данныя.

Литература: Изъ весьма объемистой литературы здѣсь приведено лишь нѣсколько важнѣйшихъ сочиненій. Литература до появленія работы Валентина не принята во вниманіе.

Valentin: Ueber die Entwicklung der Follikel in dem Eierstock der Säugethiere. J. Müller's Arch. f. Anat. u. Phys. 1838. — Rouge t: Organes érectiles de la femme. Journ. d. l. phys. T. I. 1858, p. 737. — А е б у: Ch. Reichert's und Dubois's Archiv 1861, p. 635. — K ö l l i k e r: Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. Leipzig 1861. — K l e b s: Virchow's Arch. f. pathol. Anat. Bd. XXI. und XXVIII. — P f l ü g e r, E.: Vorläufige Mittheilungen... Allg. med. Centralzeitung 1861, No. 42. 1862, No. 3 u. 88. Его же: die Eierstöcke der Säugethiere und des Menschen. Leipzig 1863. 4. — S c h r ö n, O.: Ztschr. f. wissensch. Zoologie Bd. XII. 1862, p. 409. — G r o h e: Ueber den Bau und das Wachstum des menschlichen Eierstocks und über einige krankhafte Störungen desselben. Arch. f. pathol. Anatomie, Bd. 26, p. 271. 1863. — B o r s e n k o w: Würzburger naturwiss. Ztschr. Bd. 4, 1864. — H i s: Beobachtungen über den Bau des Säugethiereierstocks. Schultze's Arch. f. mikrosk. Anatomie I. 151. 1865. — S p i e g e l b e r g: Virchow's Arch. X. 1864, H. 3 u. 4. — Его же: Ueber die Bildung und Bedeutung des gelben Körpers im Eierstock. Monatsschr. f. Gebkde. 1865, Bd. 26, p. 7. — L a n g h a n s: Virchow's Arch. 1867, April. — H e n l e, J.: Handbuch der systematischen Anatomie 1864, Bd. II. p. 477. — W a l d e y e r, W.: Eierstock und Ei. Leipzig 1870, 8. — Его же: Artikel Eierstock in Stricker, Handbuch der Lehre von den Geweben, Bd. I. — F a r r e: Uterus and its appendages. Todd's Cyclopaedia. — K a p f f: Untersuchungen über das Ovarium und dessen Beziehungen zum Peritoneum. Diss. Tübingen 1872. — K l e b s. Path. Anatomie 1873, p. 827. — D e S i n é t y: Recherches sur l'ovaire du foetus et de l'enfant nouveau-né. Archives de physiologie 1875, No. 5. p. 501. — S l a v i a n s k y: Zur normalen und path. Histologie des Graaf'schen Bläschens. Virchow's Arch. B. 51, p. 470. — H a u s m a n n: Zur intrauterinen Entwicklung der Graaf'schen Follikel. Centralbl. f. d. med. W. 1875, 17. Juli. — F o u l i s, J.: On the development of the ova and structure of the ovary in man and other mammalia. Transact. roy. soc. of Edinburgh, Vol. XXVII. p. 345. 1875. —

О положеніи и пальпаціи: Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Paris 1844, pag. 6. — T i l t: Lancet. 1849, March — Juni. — S c h u l t z e, B. S.: Ueber Palpation normaler Eierstöcke etc. Jenai'sche Zeitschr. I. 1864, p. 279. — Его же: Ueber Palpation der Beckenorgane etc. Jenai'sche Ztschr. Bd. V. p. 113. — K i w i s c h: Klinische Vorträge. Bd. II. p. 24. — L ö w e n h a r d t: Diagnostisch-praktische Abhandlungen. Prenzlau 1835, p. 297 — H a s s e, C.: Beobachtungen über die Lage der Eingeweide im weiblichen Beckeneingange. Arch. f. Gyn. Bd. VIII. p. 402, 1875. —

§ 1. Развившись въ самое раннее время зародышевой жизни подлѣ позвоночнаго столба, на внутренней сторонѣ Вольфова тѣла, половая желѣза около 10-й недѣли начинаетъ обнаруживать различныя отношенія у обоихъ половъ.

Яичникъ представляется болѣе растянутымъ въ длину и плоскимъ чѣмъ сѣмянная желѣза, и въ тоже время принимаетъ болѣе косвенное положеніе.

Подобно яичку, яичникъ также опускается, но въ продолженіи большей части зародышевой жизни онъ остается на высотѣ большаго таза и только въ послѣдніе мѣсяцы опускается въ малый. Здѣсь онъ залегаетъ въ складкѣ брюшины, образуемой заднимъ листкомъ широкой связки. Но брюшина не разрываетъ его вполнѣ: наибольшая часть его вдвигается черезъ отверстіе въ ней въ полость *peritonei*, такъ что, кромѣ *Morsus diaboli* трубы, это единственный органъ, лежащій фактически *intra saccum peritonei*. Лишь очень небольшая часть органа помѣщается внѣ мѣшка брюшины между листьями широкой связки. Брюшина перестаетъ здѣсь служить покровомъ органу и образуетъ зубчатую

Рис. 1.



Нормальная дѣтородная части (рисунокъ заимствованъ у Генле).

O. Ovarium. P. o.—Parovarium. L. o.—Ligam. ovarii. F. o.—Fimbria ovarica.

линію, замѣтную для простаго глаза. Покровъ состоитъ главнымъ образомъ изъ лоя эпителиальныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ видѣ красивой мозаики и уже по одной своей большей величинѣ легко отличающихся отъ болѣе плоскаго эндотелія брюшины. Въ генетическомъ отношеніи эпителий на поверхности яичника, который мы по Вальдейеру называемъ зародышевымъ эпителиемъ, хотя и не мерцательный, безъ сомнѣнія идентиченъ съ эпителиемъ трубы, хотя у человѣка онъ не переходитъ прямо въ послѣдній. Между ближайшими къ яичнику клѣтками эпителия *fimbriae ovaricae* и зародышевымъ эпителиемъ находится обыкновенно болѣе или менѣе широкая полоса брюшнаго эндотелія.

§ 2. Строеніе яичника, начиная съ самаго ранняго времени зародышевой жизни, развивается слѣдующимъ образомъ: въ продолговатомъ, плоскомъ органѣ зародыша можно различить два слоя: лежащій сверху — парен-

химатозный, и расположенный под нимъ — сосудистый слой. Лишь во внутробной жизни, вслѣдствіе свертыванія плоскаго органа, онъ получаетъ извѣстную миндальновидную форму, и вмѣстѣ съ тѣмъ сосудистый слой располагается внутри (мозговое вещество), а паренхиматозный кнаружи (корковое вещество). Мѣсто входа сосудовъ — *Hilus ovarii* — лежитъ по направленію къ нижнему краю и находится еще внутри широкой связки. Только въ этомъ мѣстѣ небольшая часть сосудистаго слоя лежитъ еще на поверхности органа.

Еще раньше этихъ измѣненій формы развивается слѣдующимъ образомъ структура яичника: уже съ четвертаго мѣсяца зародышевой жизни начинается процессъ срастанія зародышеваго эпителия поверхности съ подлежащею стромой паренхиматознаго пояса, причѣмъ зародышевый эпителий цѣлыми шариками проникаетъ въ строму. Эти разнообразно сообщающіеся между собою эпителиальные шары несовершенно отдѣляются другъ отъ друга прослойками соединительной ткани, которая такимъ образомъ образуетъ родъ мѣшковъ, но съ множествомъ пробѣловъ, частью также съ устьями на поверхности органа. Вскорѣ нѣкоторые изъ лежащихъ вмѣстѣ въ этихъ мѣшкахъ эпителиальныхъ кѣлѣчекъ начинаютъ отличаться отъ остальныхъ особенной величиной и большимъ ядромъ—это яички. Мало по малу яйца изолируются и получаютъ свое собственное вмѣстилище, Граафовъ пузырекъ. Это совершается опять таки путемъ востанія между отдѣльными яйцами соединительной ткани, отдѣляющей вмѣстѣ съ каждымъ яйцомъ нѣкоторое количество другихъ эпителиальныхъ кѣлѣчекъ, которыя образуютъ эпителий фолликула. Такъ какъ эти готовые, изолированныя яйца лежатъ болѣе внутри, къ сосудистому слою, а яйца, лежащія вмѣстѣ болѣе крупными комками, лежатъ ближе къ поверхности, то теперь уже можно различить поясъ яичныхъ шаровъ и фолликулярный поясъ.

Приведенное сейчасъ возрѣіе принадлежитъ Вальдейеру, по которому слѣдовательно эпителий фолликула происходитъ изъ зародышеваго эпителия, тогда какъ Гисъ производитъ его изъ блуждающихъ кѣлѣчекъ, Кѣликеръ изъ эпителия особыхъ кѣлочныхъ шнурковъ, происходящихъ, вѣроятно изъ Вольфова протока, *Foetus* изъ кѣлѣчекъ стромы яичника.

Готовый Граафовъ пузырекъ представляетъ слѣдующее строеніе: стѣнка его — *Theca folliculi* — представляетъ двойной слой: — наружный, болѣе волокнистаго строенія — *Tunica fibrosa* — и внутренній, болѣе богатый кѣлѣчками и ядрами — *Tunica progeria*, — оба приблизительно одинаковой толщины. *Tunica progeria* несетъ на своей внутренней сторонѣ однослойный или многослойный цилиндрической эпителий — *Membrana granulosa* — образующій въ одномъ мѣстѣ болѣе значительное скопленіе, *Discus proligerus*. Въ немъ лежитъ яичко. Ближайшія къ яйцу кѣлѣчки *Discus proligeri* окружаютъ его, прилегая къ его оболочкѣ чрезвычайно правильными, лучеобразно расположенными рядами. *Liquor folliculi* собирается только при созрѣваніи фолликула. Въ высшей степени рѣдко фолликулы содержатъ два яйца. Фолликулы лежатъ вначалѣ вмѣстѣ группами — первичныя фолликулы. — Болѣе зрѣлыя проникаютъ все болѣе и болѣе внутри и заходятъ даже въ сосудистый слой.

Яйцо первоначально состоитъ только изъ ядра и ядрышка — такъ назы-

ваемых Vesicula и Macula germinativa—съ небольшимъ количествомъ протоплазмы (первичный желтокъ, образовательный желтокъ). Лишь позднѣе образуется, какъ продуетъ выдѣленія клѣтокъ Membrana granulosa, оболочка—Zona pellucida—исчерченная тонкими, лучеобразными полосками, въ которой можно различить двойной контуръ. Микгоруле въ человѣческомъ яйцѣ, также какъ въ яйцѣ другихъ высшихъ позвоночныхъ, до сихъ поръ не найдено (Пфлюгеръ описалъ его въ яйцѣ кошки). Яичко никогда не лежитъ посрединѣ фолликула, а повидимому постоянно вмѣстѣ съ Discus proligerus ложится на той сторонѣ фолликула, которая обращена къ поверхности яичника (Пуше, Шрэнъ). Число яйцъ въ одномъ яичникѣ Генле опредѣлилъ въ 36,000, а Саппей даже въ 400,000, такъ что можно съ увѣренностью принять, что громадное большинство яичекъ не исполняетъ своего назначенія и погибаетъ въ рудиментарномъ состоянн.

Образованіе яйцъ и погруженіе поверхностнаго эпителия въ сторону для образованія яичныхъ шаровъ можно вообще считать законченнымъ съ окончаніемъ зародышевой жизни или вскорѣ послѣ него, хотя отдѣленіе яйцъ другъ отъ друга и превращеніе яичныхъ шаровъ въ фолликулы залегающею между ними стромой обанчивается какъ кажется, только спустя около двухъ лѣтъ послѣ рожденія. Наблюденія Кѣстера однако показываютъ, что встрѣчаются исключенія изъ этого правила. Онъ видѣлъ погруженіе зародышеваго эпителия и образованіе яичныхъ шаровъ у взрослыхъ дѣвушекъ и въ трехъ случаяхъ у женщинъ, умершихъ послѣ родовъ. Какъ часто встрѣчается этотъ процессъ въ болѣе поздніе періоды жизни и слѣдуетъ ли смотрѣть на него и тогда какъ на явленіе физиологическое,—это въ настоящее время составляетъ еще вопросъ. Интересно явленіе, на существованн котораго настаивалъ недавно Синѣти, — что около времени рожденія и вскорѣ послѣ него у новорожденнаго всегда наступаетъ въ нѣкоторой степени острый прогрессивный періодъ въ образованн Граафовыхъ пузырьковъ, изъ которыхъ иные тогда становятся видимыми для невооруженнаго глаза. Славянскій видѣлъ такіе зрѣлыя фолликулы у 7-ми дневныхъ дѣтей, Синѣти у зрѣлыхъ мертворожденныхъ, Рациборскій—однажды даже у 7-ми мѣсячнаго зародыша. За этой острой прогрессивной эпохой въ развитн желѣзистой структуры яичника слѣдуетъ почти полное затишье до наступленія половой зрѣлости. Такимъ образомъ отношеніе этой желѣзы представлялось бы вполне аналогичнымъ отношенію грудной желѣзы около времени рожденія, а также мужской дѣтородной желѣзы по изслѣдованн Меркеля (Ueber die Entwicklungsvorgänge im Innern der Samenkanälchen. Virchow's Archiv 1872, p. 644). Еслибъ мнѣніе Синѣти подтвердилось, то нѣкоторые новѣйшіе взгляды на происхожденіе вистовыхъ образованн въ яичникѣ оказались бы почти несостоятельными.

Въ противоположность съ сохраненіемъ зародышевыхъ яичныхъ шаровъ Гаусманъ нерѣдко находилъ преждевременное развитіе фолликулъ и склоненъ поставить это явленіе въ связь съ позднѣйшимъ отсутствіемъ мѣсячныхъ кровей и безплодіемъ.

Строма яичника состоитъ изъ соединительной ткани; у взрослой женщины въ ней можно различить многочисленныя веретенообразныя клѣтки

только въ глубинѣ, вблизи поверхности она чисто волокнистая. *Albuginea* яичникѣ зародыша и новорожденного не имѣетъ. Она постепенно образуется лишь послѣ рожденія, вслѣдствіе того, что клѣтки наружной части паренхиматознаго слоя все болѣе и болѣе уходятъ внутрь въ видѣ яицъ или эпителія фолликуль. Такимъ образомъ подъ поверхностнымъ эпителиемъ постепенно образуется слой бѣдный клѣтками, который называютъ *Albuginea*. Она уже существуетъ до наступленія половой зрѣлости, но еще долго увеличивается въ плотности и толщинѣ.

Встрѣчаются ли въ яичникѣ гладкія мышечныя волокна и внѣ стѣнокъ сосудовъ, какъ описываютъ Руже, Клебсъ и Гроэ, или они принадлежатъ просто сосудамъ (Эби, Генле, Вальдейеръ),—фактъ еще не установленный.

Артеріи яичника, числомъ 6—8, происходятъ изъ сосудистой дуги, образуемой анастомозомъ *art. uterinae* и *art. spermatica interna*. Сосуды, проходящіе между листками *Ligam. uterin. lat.*, уже на пути своемъ *ad Nilum ovarii* извиваются на подобіе пробочника. Они представляютъ такое же отношеніе и въ самой стромѣ, гдѣ они всего гуще на границѣ паренхиматознаго слоя. Точно также извиты и вены, которыя образуютъ въ воротахъ густой свитокъ и изливаютъ свою кровь частью въ маточныя вены, частью черезъ *Plexus ramipiformis in venam spermaticam*.

Лимфатическіе сосуды очень многочисленны и оставляютъ яичникъ въ сопровожденіи венъ, чтобы излиться въ маточныя сплетенія и въ сплетенія, расположенныя надъ *vasa iliaca*. Гиссъ и Славянскій довазали присутствіе лимфатическихъ сосудовъ и въ *Theca folliculi*. Напротивъ Эбнеръ и Бувкель (*Sitzungsber. d. Wiener A. d. W. III Abth. Juli 1874*) отрицаютъ вообще присутствіе лимфатическихъ сосудовъ въ яичникѣ. По мнѣнію послѣднихъ, лимфа течетъ только въ промежуткахъ стромы.

Нервы происходятъ только изъ *Plexus spermaticus* и проникаютъ впередъ по пути артерій. Овончанія ихъ до сихъ поръ не найдены.

§ 3. Остается еще разсмотрѣть лопаніе фолликула и связанныя съ нимъ измѣненія. Въ стѣнкѣ каждаго фолликула есть мѣсто, свободное отъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ—*Stigma folliculi*. Здѣсь происходитъ разрывъ стѣнки. Когда соберется извѣстное количество жидкости—*liquor folliculi*—тогда происходитъ разрывъ, повидимому, главнымъ образомъ вслѣдствіе обильнаго разрошенія клѣтокъ въ эпителиальномъ слое и въ *Theca folliculi*, съ обильнымъ выселеніемъ клѣтокъ изъ этой послѣдней. По гипотезѣ Риндфлейша отъ *Membrana granulosa* отдѣляется особое тѣло (паральбуминъ, коллоидъ), которое своей сильной способностью къ разбуханію увеличиваетъ содержимое фолликула до тѣхъ поръ, пока не произойдетъ разрывъ.

Послѣ выхода яичка наступаетъ образованіе *Corporis lutei*. Оно происходитъ въ сущности вслѣдствіе упомянутыхъ сейчасъ явленій разрошенія клѣтокъ въ *Theca folliculi*. *Membrana granulosa* отбѣсняется ими къ центру и вмѣстѣ съ тѣмъ вѣдряющіяся въ нее дуги сосудовъ образуютъ въ ней складки. Въ то же время въ клѣткахъ наступаютъ процессы жироваго перерожденія. Кнутри отъ сильно сморщенной, желтоватой *Membranae granulosaе* центръ *Corporis*

lutei представляется красноватымъ, впоследствии желтоватымъ. Эта центральная часть только въ исключительныхъ случаяхъ представляетъ полость, содержащую кровь или сыворотку. Обыкновенно центръ есть плотная масса и состоитъ изъ соединительной ткани, которая образуется изъ эмигрировавшихъ клѣтокъ и изъ сосудовъ, вступающихъ въ него изъ стѣнки фолликула. Но во всякомъ случаѣ центръ находится въ непосредственной связи съ мѣстомъ разрыва фолликула и съ мѣстомъ разрыва на поверхности яичника.

Гистъ выставляетъ на видъ богатство *Corporis lutei*, также его центральной части, лимфатическими сосудами. Желтая окраска петлистого периферического слоя зависитъ не отъ превращенія красящаго вещества крови въ пигментъ. Она обуславливается скорѣе окрашеннымъ жиромъ, который растворяется въ хлороформѣ и не содержитъ желѣза, какъ всѣ дериваты красящаго вещества крови, за исключеніемъ гематоидина.

Нерѣдко однако вмѣстѣ съ разрывомъ пузырька или раньше происходитъ кровоизліяніе въ его полость. Если кровоизліяніе значительно, то оно мѣшаетъ развиваться какъ слѣдуетъ желтому слою и, безъ сомнѣнія, часто также ведетъ къ разрушенію яйца. Волокнистое вещество подѣ влияніемъ проникающихъ въ него сосудовъ превращается часто въ соединительную ткань и тѣмъ даетъ поводъ къ образованію ограниченныхъ маленькихъ фибромъ. Въ другихъ случаяхъ изъ расширенныхъ кровоизліяніемъ фолликулъ выходятъ, какъ кажется, кистовидныя образованія. Послѣ изліяній крови въ фолликулъ находятъ впоследствии гематоидинъ, заключенный большею частью въ клѣткахъ.

При наступившемъ зачатіи *Corpus luteum*, подѣ влияніемъ существующей гипереміи органа, получаетъ значительныя размѣры, которые удерживаются обыкновенно до конца беременности, всего же значительнѣе они бывають, по изслѣдованіямъ Келлигера, около 11-й недѣли беременности — *Corpus luteum vegum*. Если зачатіе не происходитъ, то при быстромъ ходѣ обратнаго развитія все желтое тѣло бываетъ меньше и представляется особенно свѣтлымъ и блестящимъ въ центрѣ—*Corpus luteum spurium*, *Corpus candicans*.

Кромѣ разрыва, фолликулы, вѣроятно, погибають въ большомъ количествѣ вслѣдствіе сморщиванія. Тогда они, также какъ *Corpora lutea* въ позднѣйшихъ періодахъ, образуютъ блестящія какъ рубцы тѣла, въ которыхъ можно еще распознать оболочку фолликула, сложенную во множество складокъ. Въ болѣе крупныхъ сморщившихся фолликулахъ Вальдейеръ довольно постоянно находилъ еще погибающее яичко въ видѣ спавшейся *Zona pellucida* съ зернистымъ содержимымъ. Сморщенные фолликулы этого рода встрѣчаются уже у новорожденныхъ (Генле).

§ 4. Построенный такимъ образомъ яичникъ имѣетъ весьма различную форму и не всегда одинаковое положеніе. Всего чаще онъ походитъ по формѣ на сжатый овоидъ, у котораго, впрочемъ, одна поверхность, передняя, гораздо площе другой, и изъ двухъ концовъ—боковой закругленъ, а срединный вытянутъ острѣе. Изъ краевъ тотъ, который лежитъ между листками широкой связки, прямой, свободный же выпуклый.

Но рядомъ съ этой, наиболѣе частой формой встрѣчаются и другія, очень

разнообразныя формы здоровыхъ яичниковъ. Органъ бываетъ то вытянутъ веретенообразно въ длину, то, напротивъ, онъ круглъ какъ шаръ, то онъ ненормально плоскій, коротокъ и высокъ. При обыкновенной формѣ средніе размѣры у молодыхъ женщинъ по Лущеву = 4,0 цтм. въ длину, 2,2 цтм. въ ширину, 1,3 цтм. въ толщину. Впрочемъ, величина необыкновенно измѣнчива.

Вмѣстѣ съ возрастомъ яичникъ становится все плотнѣе и жестче, вслѣдствіе возрастающаго утолщенія *Albuginea*, которую отнынѣ можно раздѣлить на множество слоевъ. Въ тоже время на поверхности, вслѣдствіе многочисленныхъ разрывовъ пузырьковъ, появляется множество рубцовыхъ перетяжекъ, тѣсно стоящихъ рядомъ въ видѣ кривыхъ, часто S-образно изогнутыхъ линий. Послѣ превращенія мѣсячныхъ очищеній величина органа, вообще довольно

Рис. 2.



Старческая атрофія (*involutio*) яичниковъ и матки.

Натуральная величина. Лѣвый яичникъ 12 мм. въ длину и 10 мм. въ ширину.

измѣнчивая, уменьшается до половины или трети прежней, и даже не очень рѣдко въ преклонномъ возрастѣ яичникъ уменьшается до размѣровъ небольшого лѣснаго орѣха. Вѣсъ при этомъ падаетъ съ 6-ти граммъ на 3—1½ грм.

Каждый яичникъ лежитъ на *Ligam. latum* своей стороны, которая представляетъ плоскость, ниспадающую къзади и кънаружи. Продольная ось органа лежитъ косвенно такимъ образомъ, что боковой конецъ помѣщается болѣе къзади. Вмѣстѣ съ тѣмъ выпуклый край лежитъ къзади, а фиксированный, болѣе прямой край съ *Nilus ovarii* — болѣе впереди. Внутренній конецъ приближается къ дну матки на 2—3 цтм. Нерѣдко также, какъ кажется, оба органа дѣйствительно соприкасаются. Брюшная труба какъ бы перекинута черезъ яичникъ, вслѣдствіе чего передъ этимъ послѣднимъ образуется въ полости брюшины щелевидное пустое пространство — *Bursa ovarica*, — на наружномъ краю котораго находится воронка трубы.

§ 5. Изъ соединеній яичника съ сосѣдними органами, кромѣ упомянутаго уже удвоенія брюшины задней стѣнки *Ligam. ovarii*, черезъ щель котораго яичникъ вдвинуть въ полость брюшины, нужно указать еще на *Liga-*

mentum ovarii. Эта связка соединяетъ внутренний, слегка приостренный конецъ яичника съ маткою, къ которой она прикрѣпляется тотчасъ позади и подъ началомъ трубы. Связка эта есть очень плотный, кругловатый шнурокъ длиною въ 2,5—3 цтм. и состоитъ изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ, съ брюшиннымъ покровомъ. Она не позволяетъ маткѣ и яичнику удалиться другъ отъ друга въ значительной степени, и это обстоятельство имѣетъ значеніе для положенія матки при увеличеніяхъ яичниковъ. Нужно упомянуть еще о соединеніи бокового, закругленнаго конца яичника съ Infundibulum tubæ — Ligam. infundibulo-ovaricum. Эта связка, слабая, въ видѣ пластинки изъ соединительной ткани, служащей вмѣстѣ опорой для Fimbria ovarica, не даетъ брюшному концу трубы удалиться отъ яичника, и продолжается въ довольно длинную складку брюшины, которая, подъ названіемъ Ligam. infundibulo-pelvicum, тянется отъ воронки трубы къ задней части Fossæ iliacæ. Связку эту нужно принимать въ соображеніе при экстирпаціи яичниковъ, при которой она часто обуславливаетъ неприятое распространеніе ножи. Она образуетъ передъ собою углубленіе — Fossam paravesicalem и также же позади себя — Cavum Douglasii — и составляетъ ихъ верхнюю боковую границу.

§ 6. Пальпація. Не увеличенные, имѣющіе нормальное положеніе яичники могутъ быть прощупаны у очень многихъ женщинъ, какъ показалъ впервые В. S. Schultze. Положивъ изслѣдуемую больную на спину на твердой подстилкѣ и расслабивъ брюшные покровы, удастся прощупать лѣвый яичникъ, ощущивая лѣвой рукой per vaginam, а правой снаружи. Одинъ или два пальца руки, изслѣдующей изнутри, оттясываютъ сводъ рукава къверху, держась приблизительно посрединѣ между краемъ матки и стѣною таза. Въ тоже время другая рука ощущиваетъ снаружи, нѣжно вдавливая брюшную стѣнку, и отыскиваетъ внутренній край m. ileopsoatis, тамъ гдѣ онъ покрываетъ входъ въ малый тазъ. Если край мускула неясенъ, то его можно прощупать отчетливѣе, заставивъ больную немного согнуть бедро. Яичникъ находится непосредственно у края мышцы или подъ нимъ. Если одновременно направить къ этой области пальцы, изслѣдующіе изнутри, то большею частью удастся захватить между обѣими руками яичникъ въ видѣ тѣла извѣстной формы и величины; смотря по тому, какъ держать руки, можно дать ему выскользнуть изъ нихъ впереди или взади и легко снова поймать его. Толстыя брюшныя стѣнки, растянутыя петли кишекъ или патологическія условія, довольно часто дѣлаютъ пальпацію яичниковъ совершенно невозможною.

Лѣвый яичникъ удастся прощупать нѣсколько чаще и легче чѣмъ правый. Это можетъ конечно зависѣть отъ неодинаковаго положенія обонхъ яичниковъ, на которое указалъ Порталь. Онъ нашель, что лѣвый яичникъ вообще лежитъ выше чѣмъ правый, и справедливо относилъ это къ тому обстоятельству, что дно матки и въ небеременномъ состояніи слегка наклонено вправо. Фрейндъ (die Lage-entwicklung der Beckenorgane, insbesondere des weiblichen Genitalkanals und ihre Abwege. Breslau. 1863) нашель, что лѣвый яичникъ у зародыша стоитъ болѣе отвѣсно, и поперечная ось матки большею частью прибли-

жается въ первому косому діаметру таза, вслѣдствіе чего лѣвый край матки вмѣстѣ съ придатками приближается болѣе къ брюшной стѣнѣ. Быть можетъ также лежащая за лѣвымъ яичникомъ прямая кишка въ наполненномъ состояніи благопріятствуетъ пальпаціи.

Шеро и Левенгардтъ предлагаютъ ощупывать яичники черезъ Rectum; это часто удается при помощи наружной пальпаціи, по правиламъ, даннымъ для влагалищно-брюшной пальпаціи, и рекомендуется въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдованіе *per vaginam* невозможно или не ведетъ къ цѣли вслѣдствіе неподатливости стѣнонь рукава.

При предложенномъ г. Симономъ способѣ изслѣдованія рукою, введенною до половины или цѣликомъ *per Rectum*, часто удается совершенно отчетливо прощупать яичники безъ помощи наружной пальпаціи. Но при этого рода изслѣдованіяхъ многое зависитъ отъ состоянія фасцій и связокъ, высокая степень расслабленія которыхъ у многородящихъ часто необыкновенно благопріятствуетъ изслѣдованію. Пальпація неувеличенныхъ яичниковъ всего важнѣе для діагноза хроническаго оофорита.

§ 7. Относительно этиологіи болѣзней яичниковъ въ общихъ чертахъ можно сказать лишь немного. Большая часть всѣхъ заболѣваній яичниковъ совпадаетъ со временемъ дѣятельной половой жизни, отъ наступленія половой зрѣлости до климактерическаго возраста; таковы прежде всего воспалительныя заболѣванія, а также большая часть опухолей. Впрочемъ, кистомы, а также карциномы встрѣчаются какъ до наступленія половой зрѣлости, такъ и въ климактерическомъ и старческомъ возрастѣ. Конституціональныя болѣзни, какъ-то: сифилисъ, бугорчатка, золотуха, хлорозъ, почти не играютъ никакой роли въ происхожденіи болѣзней яичниковъ; большее этиологическое значеніе имѣетъ *Morbus maculosus* и родственныя ей состоянія. Важнѣе въ этомъ отношеніи острыя сыпи, вызывающія заболѣванія паренхимы яичниковъ, также какъ другихъ желѣзистыхъ органовъ.

Гораздо болѣе важными причинами являются состоянія, связанныя съ половой жизнью. Сопровождающій менструацію приливъ и родильное состояніе должны быть признаны главными возбудителями болѣзни, или моментами, задерживающими выздоровленіе, если болѣзнь уже существуетъ. Нетолько воспалительныя состоянія, но и начало образованія опухолей, повидимому не особенно рѣдко совпадаютъ съ родильнымъ періодомъ.

Половое удовлетвореніе, въ особенности чрезмѣрное, вліяетъ какъ болѣзнетворная причина на воспалительныя заболѣванія частью вслѣдствіе механическаго инсульта при совокупленіи, частью вслѣдствіе прилива крови къ дѣтороднымъ органамъ, связаннаго съ половымъ возбужденіемъ. Такимъ же образомъ, безъ сомнѣнія, долженъ вредно дѣйствовать онанизмъ. Въ какой мѣрѣ слишкомъ слабый менструальный приливъ, вызывающій увеличеніе фолликулъ безъ ихъ разрыва, можетъ подать поводъ къ образованію кистъ, это еще впрямь, совершенно открытъ.

Нельзя, впрочемъ, утверждать, что половое удовлетвореніе и его послѣдствія играютъ большую роль въ развитіи болѣзней яичниковъ. Это слѣдуетъ

уже изъ того факта, что и незамужнія заболѣваютъ ими въ большемъ числѣ, повидимому, едва ли менѣе замужнихъ и рожавшихъ. Въ этомъ отношеніи существуетъ поразительная разница между болѣзнями яичниковъ и матки, — послѣднія наблюдаются въ огромномъ большинствѣ случаевъ у замужнихъ.

§ 8. О симптоматологіи также можно сказать мало имѣющаго общее значеніе: можно въ общей сложности утверждать, что болѣзни яичниковъ даютъ относительно мало симптомовъ. Довольно часто повторяются только слѣдующіе три симптома:

1) Разстройства менструаціи. Они понятны изъ физиологической функціи органа. Но и ихъ нельзя назвать особенно частымъ явленіемъ при болѣзняхъ яичниковъ. Меноррагія наблюдается иногда при хроническомъ воспалительномъ состояніи органа, рѣдко въ началѣ образованія опухолей. Еще рѣже встрѣчается аменоррея. За исключеніемъ пороковъ развитія и *Cirrhosis ovarii*, а также двусторонняго развитія опухолей, при другихъ болѣзняхъ она наблюдается лишь рѣдко. Перерожденіе одного только яичника, даже при значительной величинѣ опухоли, почти во всѣхъ случаяхъ тогда только имѣетъ послѣдствіемъ аменоррею, когда организмъ уже значительно истощенъ болѣзнию. Исключеніе составляетъ только ракъ, который, правда, бываетъ обыкновенно двусторонній, но и при заболѣваніи одного только яичника онъ относительно рано вызываетъ аменоррею. *Dysmenorrhoea* при болѣзняхъ яичниковъ также наблюдается рѣдко. Боль при этомъ иногда достигаетъ весьма высокой степени и отличается отъ обыкновенной, маточной дисменорреи иногда локализацией въ одномъ боку, но больше характеромъ боли, которая обыкновенно бываетъ скорѣе колющая или воспалительная чѣмъ коликообразная, и нерѣдко продолжается во все время менструаціи, а потомъ еще тѣмъ, что между весьма болѣзненными менструаціями встрѣчаются по временамъ совершенно безболѣзненные, что рѣдко наблюдается при маточной дисменорреѣ. Я не наблюдалъ, чтобы при овариальной дисменорреѣ боль въ подгрудной области (*regio submammaria*), т. е. межреберная невралгія встрѣчалась настолько чаще чѣмъ при маточной, какъ это утверждаетъ Лоусонъ Тэтъ.

2) Боль, насколько она не зависитъ отъ менструаціи, играетъ при болѣзняхъ яичниковъ лишь незначительную роль. Только при *Oophoritis* и очень рѣдкихъ случаяхъ образованія нарывовъ въ яичникѣ она составляетъ главный симптомъ. При большей части опухолей боли, обуславливаемыя прямо новообразованиемъ, отсутствуютъ. Боль обыкновенно является здѣсь лишь признакомъ вторичныхъ воспаленій брюшины и бываетъ поэтому преходящею, или дѣло ограничивается тягостными ощущеніями, которыя при большихъ опухоляхъ вызываются давленіемъ и потягиваніемъ со стороны этихъ послѣднихъ. Даже при *Sarcoma ovarii* боль непостоянна и долгое время незначительна.

3) Безплодіе часто наблюдается при хроническомъ воспаленіи яичниковъ и его послѣдствіяхъ, а также представляетъ почти постоянное явленіе при двустороннемъ развитіи опухолей. Напротивъ, одностороннія опухоли, даже при значительной величинѣ, во многихъ случаяхъ не мѣшаютъ зачатію.

Неврозы самыхъ разнообразныхъ нервныхъ путей встрѣчаются при болѣзняхъ яичниковъ несравненно рѣже чѣмъ при страданіяхъ матки и вообще наблюдаются чаще только при хроническомъ оофоритѣ. При новообразованияхъ они обыкновенно совершенно отсутствуютъ.

ГЛАВА II.

Недостатокъ, излишекъ и рудиментарное образование яичниковъ.

Литература: Morgagni: De sédibus et causis morbor. epist. XLVI. art. 20. epist. LIX. 16.—Murat: Dict. d. scienc. méd. Tome XXXIX. p. 3. — Walther: Krankh. des Darmfells. Berlin 1785.—Voigtel. Pathol. Anatomie. Halle 1805, III. p. 534.—Chéreau: malad. des ovaires, p. 111.—Rokitansky; Lehrbuch III. p. 411. 1861 и. Allg. Wiener med. Zeitung 1860, No. 2—4.—Kiwisch: Klinische Vorträge II. p. 33.—Meckel: Handbuch der pathol. Anatomie, Leipzig 1812, p. 658. — Pears; Edinb. med. and surg. Journ. III. p. 105. 1807.—Granville: Philosophical transactions 1818. — Chaussier: Bulletin de la Faculté de méd. de Paris 1817, p. 457.—Thaëre: thèse de Paris 1839, pag. 6. — Cripps: London med. Gaz. 1838. 30 June.—Heschl: Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilkde. 1862. No. 20.—Klob: Pathol. Anatomie d. weibl. Sex.-Org. p. 314.—Klebs: Pathol. Anat 4, p. 750.—Kussmaul: Von dem Mangel der Gebärmutter, Würzburg 1859, pag. u. 48, Abbildungen No. 17, 18, 19, 23 u. 30.—Blot: Gaz. méd. de Paris 1856, No. 49. — Grohe: Wiener med. Halle 1863. No. 43.—Klebs: Monatsschr. für Gebkde. XXIII. p. 405. 1864.—Olshausen: R., Berl. klin. Wochenschr. 1876, No. 10—11. — Merkel: Beiträge zur patholog. Entwicklungsgesch. D. i. Erlangen 1856. Eppinger: Prager Vjrschr. 1873, 4, p. 2.

§ 9. Недостатокъ обоихъ яичниковъ встрѣчается у неспособныхъ къ жизни уродовъ, у которыхъ тогда недостаетъ также и матки, или она находится въ высокой степени зачаточнаго состоянія, и наружныя половыя части и рудавъ также обыкновенно развиты недостаточно.

Случай отсутствія обоихъ яичниковъ, видѣнные авторами у живыхъ, частью у взрослыхъ индивидовъ (Морганьи, Мюра, Пирсъ, Крипшъ), нельзя больше считать достоверными съ тѣхъ поръ, какъ познакомились, благодаря Рокитанскому и Клобу, съ отшнуровываніемъ яичниковъ вслѣдствіе осевого перекручиванія ихъ связокъ, и узнали, что отшнуровавшійся яичникъ можетъ фиксироваться въ другомъ мѣстѣ, а также всосаться.

Недостатокъ одного только яичника встрѣчается хотя и рѣдко, но гораздо чаще отсутствія ихъ обоихъ. вмѣстѣ съ тѣмъ одна изъ половинокъ матки большею частью находится въ рудиментарномъ состояніи—*Uterus unicornis*, или *bicornis* съ задержаннымъ развитіемъ одной стороны. Въ такихъ случаяхъ вмѣстѣ съ яичникомъ недостаетъ соответственной трубы, или она находится въ зачаточномъ состояніи. При этомъ почка той же стороны бываетъ иногда смѣщена книзу (Видалъ де Касси см. Thèse de Thaëre; Boyd), придаточная же почка можетъ и не участвовать въ этомъ смѣщеніи.

Но отсутствіе одного яичника не непременно сопровождается зачаточнымъ образованіемъ матки; обратный случай, какъ извѣстно, еще менѣе постояненъ и даже не составляетъ обыкновеннаго явленія. Частію однако въ такихъ случаяхъ отсутствія одного яичника при нормальной маткѣ недостаетъ одной трубы, — только внутренней конецъ ея бываетъ развитъ, брюшной же не имѣетъ бахромокъ и облитерированъ. Можетъ быть все подобныя случаи, или по крайней мѣрѣ большую часть ихъ нужно приписать отшнуровкѣ органа вмѣстѣ съ наружнымъ концомъ трубы вслѣдствіе сращеній или осевого перекручиванія—

возможность, доказанная Рокитанскимъ и для нормальныхъ яичниковъ, напр. на трудѣ четырнадцатидневнаго ребенка. Три случая этого рода описываетъ также Кивпшъ.

§ 10. Излишнее число яичниковъ, именно два на одной сторонѣ наблюдалъ первый Гроэ и объяснял это явленіе отшнуровкою послѣ перитонита въ утробной жизни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перитонитъ можетъ зависѣть отъ наследственнаго lues. Второй случай описалъ и срисовалъ Клебсъ. Правый яичникъ былъ здѣсь раздѣленъ на двѣ равныя части, которыя соединялись полоскою въ 1,5 цтм. длины, построенною какъ ligam. ovarii; онѣ представляли только зачаточное образованіе граафовыхъ пузырьковъ. Интересный случай сообщилъ де Синѣти (Mouvement medical 20 Juin 1875). Одинъ изъ яичниковъ у новорожденнаго имѣлъ 6 или 7 стебельчатыхъ придатковъ. Они были мѣшечаты; одинъ только былъ плотнѣе и представлялъ совершенно нормальное строеніе яичника съ фолликулами и яичками. Такимъ образомъ здѣсь развѣдненіе совершилось еще не вполне. Четвертый случай наблюдалъ я при совершенно другихъ условіяхъ. Мнѣ довелось лечить 36-ти-лѣтнюю женщину, имѣвшую трехъ дѣтей, изъ которыхъ младшему было 10 лѣтъ; у нея была опухоль въ нижней части живота, растянувшая его почти до величины, соотвѣтствующей послѣднему времени беременности. Я экстирпировалъ опухоль; она была многополостная и совершенно напоминала собою многополостную кистому яичника, только стѣнки ея были крайне тонки и рвались; она сидѣла на крѣпкой ножкѣ, толщиною въ большой палецъ, на задней стѣнѣ матки, на 2 цтм. позади приерѣвленія ligam. ovarii. Послѣ смерти пациентки оба яичника оказались на своемъ мѣстѣ, но были совершенно окутаны толстыми перепонками изъ соединительной ткани. Ножка опухоли плотно сидѣла на указанномъ мѣстѣ, нимало не нарушая ни вещества, ни формы матки. Связи съ Ligam. latum не было. Такъ какъ опухоль имѣла строеніе кисты яичника, а ея повсемѣстно тонкая наружная стѣнка находилась въ прочномъ соединеніи только съ маткой, то здѣсь, безъ сомнѣнія, мы имѣли дѣло съ отшнуровкою части лѣваго яичника вслѣдствіе перитонита, слѣды котораго вообще были довольно ясны.

§ 11. Рудиментарное развитіе яичниковъ встрѣчается обыкновенно съ обѣихъ сторонъ, иногда съ одной. Яичникъ при этомъ представляется то языкообразнымъ какъ у зародыша, то имѣетъ нормальную форму, но развитъ недостаточно. Всего существеннѣе въ обоихъ случаяхъ несовершенное строеніе. Образованіе Граафовыхъ пузырьковъ произошло не вполне, или до него дѣло совсѣмъ не дошло, изъ чего можно съ увѣренностью заключить, что нарушеніе развитія имѣло мѣсто еще въ зародышевой жизни. По Клебсу яичники, въ въ которыхъ хотя и происходитъ востаніе зародышеваго эпителия въ строму и окончательное отдѣленіе этихъ мѣшковъ отъ эпителия поверхности, но не образуется яицъ и фолликулъ, — такіе яичники имѣютъ нѣкоторое сходство съ яичками, вслѣдствіе чего, при одновременномъ отшнуровываніи отдѣльныхъ кусковъ яичника, случаи какъ односторонняго, такъ и двусторонняго истиннаго гермафродитизма становятся чрезвычайно сомнительными, такъ какъ допускають другое объясненіе.

Матка и остальные дѣтородные органы при рудиментарномъ образованіи яичниковъ также бываютъ развиты то рудиментарно, то нормально.

Само собою разумѣется, что при недостаткѣ обоихъ яичниковъ или при высокой степени задержки въ развитіи ихъ половыя отправленія никогда не могутъ совершаться вполне. Недостатокъ или зачаточное образованіе одного только яичника не составляетъ препятствія для совершенія этихъ отправленій, въ частности для зачатія.

Диагнозъ полного отсутствія или излишняго числа яичниковъ на живой, даже при нынѣшнихъ, столь усовершенствованныхъ методахъ изслѣдованія, едва ли когда можетъ быть поставленъ съ полною увѣренностью, за исключеніемъ случая лапаротоміи. Существующее отсутствіе мѣсячныхъ очищеній и зачаточное образованіе другихъ дѣтородныхъ органовъ можетъ, конечно, навести на догадку, которой изслѣдованіе можетъ придать вѣроятность.

Напротивъ, рудиментарное образованіе яичниковъ, даже въ высокой степени, можетъ, при благоприятныхъ условіяхъ, быть узнано при изслѣдованіи съ большою точностью, въ чемъ убѣдилъ меня слѣдующій случай:

М. Б., 32 лѣтъ, маленькаго роста и изящнаго сложенія, здоровая на видъ, говоритъ, что имѣла въ дѣтствѣ воспаленіе въ нижней части живота. Никогда въ жизни у нея не было ни намёка на менструальное кровотеченіе. Вслѣдствіе закрытія рукава врачъ попытался недавно сдѣлать ей операцію, но попытка осталась безъ результата. Изслѣдованіе показало: груди развиты мало, также какъ *Labia majora* и *minora* и *Clitoris*, но всѣ эти части сформированы правильно. *Pubes* не представляетъ ненормальнаго недоразвитія. Нупенъ отсутствуетъ. Точка за *osific. ext. urethrae* начинается лежащее въ той же плоскости *vulvae* перешнотчатое зарощеніе, посрединѣ котораго находится рубецъ—слѣдъ пробной операціи. Масса эта, образуя дно *vulvae*, чуть-чуть красновата, нечувствительна и только по срединѣ можетъ быть слегка вдавлена.

Ощупываніе обѣими руками, двумя пальцами со стороны *Recti*, а другой рукой черезъ брюшные покровы, позволяетъ при пустомъ мочевомъ пузырьѣ съ величайшею ясностью распознать слѣдующее: позади лоннаго сращенія по средней линіи тѣла лежатъ плоскій органъ толщиной въ нѣсколько миллиметровъ, четверугольной формы, съ закругленными углами, имѣющей около 2,0—2,5 цтм. по всѣмъ направленіямъ. Онъ лежитъ за мочевымъ пузыремъ (катетеръ). Правый верхній уголокъ этого органа (рудиментарная матка) непосредственно переходитъ въ кругловатый, гладкій, подвижный инурокъ, который толще нормальной трубы, имѣетъ въ длину отъ 6—7 цтм. и идетъ горизонтально вправо. У наружнаго конца его съ задней стороны лежитъ маленькое тѣло (рудиментарный правый яичникъ) около 1½ цтм. длиною, совсѣмъ тонкое и узкое, немного чувствительное при давленіи, легко подвижное, которое направлено своимъ длиннѣйшимъ діаметромъ снаружи и сзади внутрь и впереди. Съ лѣвой стороны прощупывается тоже самое, только труба здѣсь гораздо тоньше, и яичникъ еще значительно меньше, именно величиною съ вишню; при этомъ онъ сформированъ не совсѣмъ правильно, и также немного чувствителенъ при давленіи.

Интересно еще то обстоятельство, что пациентка призналась, что она далеко не свободна отъ эротическихъ возбужденій, подобно тому какъ эти послѣднія неизбѣжно отсутствуютъ послѣ двойной оваріотоміи. И такъ, въ этомъ случаѣ можно было ощущать яичникъ величиною въ вишню и другой почти вътрое большій съ полнѣйшей увѣренностью и такъ отчетливо, какъ еслибъ органы находились прямо между пальцами.

Распознаваніе недостающихъ или рудиментарныхъ яичниковъ практически

важно въ томъ отношеніи, что съ признаніемъ такого положенія дѣла устраняются, разумѣтся, всѣ терапевтическія мѣры, направленные къ тому, чтобы вызвать менструальное кровотеченіе.

ГЛАВА III.

Врожденные аномаліи положенія. Грыжи.

Литература: Perc. Pott: chirurg. observation. London 1775, p. 153. — Peter Camper: De pelvi. Lib. II. Cap. 2, p. 17. — Deneux: Sur l'hernie de l'ovaire. Paris 1813. — Portal: Anatom. méd. tom. V. p. 556. — Lassus: Pathol. chirurg. 1806. — Tarozzi: in Meissner's Forschungen des 19. Jahrhunderts Bd. III. p. 55, 1806. — Billard: Krankheiten der Neugeborenen, frei bearb. v. Meissner 1829, p. 260. — Saller in Rust's Hdb. der Chirurgie Bd. VIII. p. 616, 1832. — Balling in Mende's Geschlechtskrankheiten des Weibes Bd. II. p. 102, 1836. — Beck im Encyclop. Wörterb. d. med. Wissensch. Bd. XVI. p. 263, 1837. — Colombat de l'Isère: Traité de malad. des femmes T. I. p. 358, 1838. — Neboix: Arch. gén. de méd. Sept. 1846, тоже: Frorier's Notizen Bd. XI. 1846, p. 187. — Kiwisch: Klinische Vortr. II. p. 38. — Parker: Gaz. des hôp. 1855, No. 79, тоже: Monatsschr. f. Gebkde. VI. p. 153. — Mulert: Journ. f. Chirurgie 1850, IX. 3. — Hyrtl: Topogr. Anatomie II. p. 189, 1860. — Heschl: Oest. Ztschr. f. prakt. Heilkde. 1862, No. 20. — Meadows: Transact. of the obst. Soc. of London 1862, III. p. 438. — Klob: Pathol. Anat. d. w. S. p. 318. — Stocks: Brit. med. Journ. 1872, vol. I. p. 584. — Suero: Ruptur de Vagina mit Vorfall eines Hydrovarium. D. i. Tübingen 1864. — Loumaigne: De la hernie de l'ovaire. Thèse Paris 1869. — Englisch: Med. Jahrb. 1871, p. 335. — Mc. Luer: Amer. J. of obstetrics, Vol. VI. p. 613. — C. v. Oettingen: Petersburg. med. Ztschr. 1868, H. 11 u. 12, p. 292. — Rizzoli. Colizione delle memorie chirurgiche ed ostertriche. Bologna 1869. Vol. II. (Jhrsber. v. Virchow u. Hirsch für 1871, II. p. 448). — Wulzinger: Zur Lehre vom Bruchschnitt. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. 1868, No. 36 u. 37. —

§ 12. Яичникъ выходитъ иногда черезъ грыжевое отверстіе. Всего чаще находили его какъ содержимое паховой грыжи (изъ 38 случаевъ 27, Englisch) и притомъ въ большинствѣ случаевъ безъ другихъ органовъ, кромѣ Фаллопиевой трубы. Послѣ обстоятельныхъ изслѣдованій Deneux, допускають, что грыжи въ этихъ случаяхъ большею частью были врожденные, что подтверждаетъ и Энглишъ. Затѣмъ происходило образованіе processus vaginalis peritonei и выходеніе яичника изъ брюшной полости, аналогичное опущенію testiculorum. Въ такихъ случаяхъ грыжа нерѣдко бываетъ двусторонняя, какъ это нашель Энглишъ въ 9 случаяхъ изъ 27 (кромѣ того 9 разъ съ правой стороны, 5 разъ съ лѣвой). Когда вмѣстѣ съ яичникомъ въ грыжевомъ мѣшкѣ находятся другія внутренности, чаще всего кишки и сальникъ, рѣдко, какъ я имѣлъ случай наблюдать однажды, матка, — тогда можно большею частью безошибочно подозревать, что здѣсь опущеніе яичника было послѣдовательное. Процессъ этотъ обыкновенно объясняется сращениями яичника съ другими образованіями.

Кромѣ выходенія яичника наружу черезъ паховой каналъ, наблюдали выходеніе его черезъ бедренный каналъ (Deneux, ф. Эттингенъ, Вульцингеръ, Лумэнь, Паркеръ), черезъ Incisura ischiadica major (Камперъ, Папенъ), черезъ пупочное кольцо (Камперъ), черезъ отверстіе для прохожденія сосу-

довъ въ *Membrana obturatoria* (одинъ только случай Кявиша); или же онъ, про-
рвавъ глубокую *fasciam pelvis*, выпячиваетъ впередъ заднюю стѣну рукава и
такимъ образомъ вступаетъ въ рукавъ или выступаетъ передъ *vulva—Ovariocele*
vaginalis. За исключеніемъ смѣшенія послѣдняго рода, объяснить остальные
виды грыжъ тѣмъ болѣе трудно, что яичникъ лежитъ очень далеко отъ назван-
ныхъ мѣстъ его выходения. Вслѣдствіе грыжи яичника, матка можетъ при-
нять косвенное положеніе и наклониться въ сторону грыжи, какъ это наблю-
дали Бильяръ, Энглишъ и др. при *Hernia inguinalis*, Кпвишъ при *Hernia*
foraminis ovalis.

Кромѣ паховой, всѣ названные виды грыжъ приобрѣтенныя. При нихъ
яичникъ часто находятъ въ грыжевомъ мѣшкѣ безъ трубы. Въ этомъ случаѣ
должно было произойти растяженіе *Alae vesperilionis*, и въ особенности также,
конечно, *Fimbriae ovaricae*. Врожденныя грыжи кромѣ того почти всегда невпра-
вимы, приобрѣтенныя болшею частью вправимы.

§ 13. Припадки въ нѣкоторыхъ случаяхъ совершенно отсутствуютъ.
Но въ случаяхъ врожденныхъ грыжъ они часто наступаютъ позднѣе, вслѣд-
ствіе естественнаго роста органа, и это можетъ наконецъ повести къ ущем-
ленію. Боли, если онѣ вообще существуютъ, распространяются по направленію
къ пупку, къ бедрамъ и къ области матки и, по свидѣтельству Энглиша, уси-
ливаются, когда пациентка ложится на здоровый бокъ. Какъ на особенно важ-
ный симптомъ указываютъ обыкновенно на увеличеніе въ объемѣ содержимаго
грыжи и усиленіе боли во время менструаціи, и Энглишъ нашель указаніе
на этотъ фактъ въ 13 случаяхъ изъ 38. Вульпингеръ наблюдалъ его въ
нѣсколькихъ случаяхъ, и однажды только одинъ этотъ симптомъ навелъ его
на правильный діагнозъ грыжи яичника. Особенно важно наступленіе явленій
ущемленія во время менструаціи или незадолго передъ тѣмъ. Увеличеніе грыжи
около этого времени, конечно, тогда только имѣетъ важное значеніе, если его
можно констатировать объективно. По крайней мѣрѣ, о немъ рѣдко прихо-
дится слышать отъ женщинъ, имѣющихъ только кишечныя грыжи. Не осо-
бенно рѣдко дѣло доходитъ до нагноенія въ грыжевомъ мѣшкѣ, или въ са-
момъ яичникѣ. Въ другихъ случаяхъ находили этотъ органъ перерожденнымъ
въ кисту (5 случаевъ) и одинъ разъ — въ состояніи раковаго перерожденія.
При двусторонней грыжѣ безплодіе, повидимому, составляетъ общее правило.
Однако Бейгель сообщаетъ случаи двусторонней *Herniae scrotalis ovarialis*, по-
сительница которой рожала нѣсколько разъ. Основательно ли опасеніе, выска-
занное Воивин-Дугѣс, что въ подобныхъ случаяхъ можетъ произойти беременность
въ грыжевомъ мѣшкѣ, — вопросъ этотъ еще не рѣшается окончательно на осно-
ваніи единственнаго наблюденія Видерштейна (*Extrauterinschwangerschaft in*
einem Schenkelbruchsacke. Nassau'sche med. Jahrb. 1853. XI).

Задачей діагноза является главнымъ образомъ — отличить грыжу яичника
отъ другихъ грыжъ. Воспаленныя лимфатическія желѣзы могли бы впрочемъ
вести въ заблужденіе. Отъ этой ошибки можетъ оградить только доказанное
присутствіе грыжевой шейки. Яичникъ упруге и плотнѣе на ощупь чѣмъ за-
ключенная въ грыжевомъ мѣшкѣ кишка. Но при кистовидномъ перерожденіи

яичника или трубы, ощущение это можетъ сдѣлаться чрезвычайно похожимъ на ощущение, которое даютъ кишечныя грыжи. Прежде всего нужно какъ можно точнѣе произвести изслѣдованіе обѣими руками, чтобы убѣдиться въ связи содержимаго грыжи съ маткою. При пассивныхъ движеніяхъ матки, производимыхъ рукою или даже зондомъ, можно иногда замѣтить подергиваніе вышедшаго яичника. Косвенное положеніе матки, наклоненной въ сторону грыжи и, въ особенности, констатированное врачомъ увеличеніе опухоли во время менструаціи подерѣшили бы діагнозъ. До сихъ поръ однако въ случаяхъ ущемленія діагнозъ большею частью не былъ поставленъ, по Энглишу изъ 20 случаевъ только въ 7.

Я нашелъ однажды въ просторномъ, тонкомъ мѣшкѣ паховой грыжи у женщины съ двурогой маткой, рожавшей уже нѣсколько разъ и находившейся въ довольно позднемъ періодѣ беременности. — лѣвый рудиментарный рогъ матки и подлѣ него лѣвый яичникъ, который прощупывался совершенно ясно. Но съ такою легкостью діагнозъ можетъ быть поставленъ только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ (см. подробное сообщеніе въ Arch. f. Gynäk. I p. 41).

§ 14. Поводъ къ леченію подають, конечно, преимущественно тѣ случаи, въ которыхъ дѣло доходитъ до ущемленія, гесп. воспаленія и нагноенія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако и безъ этихъ процессовъ—боли во время менструаціи достигаютъ значительной степени. Но и при отсутствіи всякихъ припадковъ, иногда бесплодіе можетъ потребовать терапевтическаго вмѣшательства, и наконецъ, нѣкоторая склонность вышедшаго яичника къ перерожденію не лишена вѣроятія, поэтому и въ самомъ лучшемъ случаѣ на грыжу нельзя смотрѣть какъ на явленіе абсолютно безразличное.

При наступившемъ образованіи абсцесса, разумѣется, нужно дать выходъ гною; при дегенераціи яичника безусловно нужно приступать къ его экстирпаціи. Эта операція можетъ быть показана и при неперерожденныхъ яичникахъ вслѣдствіе сильныхъ припадковъ, когда вправленіе невозможно, какъ это всегда бываетъ при врожденной грыжѣ.

Вообще тамъ, гдѣ нѣтъ воспаленія или дегенераціи, и грыжа несомнѣнно врожденная, нужно попытаться сдѣлать вправленіе, и если оно не удастся сразу, нужно подготовить почву для дальнѣйшей попытки продолжительнымъ лежаніемъ больной на спинѣ и наложеніемъ подушки съ пескомъ въ нѣсколько килограммъ вѣсомъ. Послѣ удачнаго вправленія нужно, конечно наложить бандажъ. Риццоли произвелъ у четырехлѣтняго ребенка съ двусторонней *Hernia inguinalis* яичниковъ безкровное расширеніе паховыхъ каналовъ посредствомъ введенія въ нихъ указательнаго пальца, какъ при неполномъ *descensus testiculorum*, ввелъ оба яичника обратно въ брюшную полость и велѣлъ носить бандажъ.

Когда вправленіе не удастся, тогда при наступившемъ ущемленіи нужно вскрыть грыжевой мѣшокъ и, смотря по найденному результату, въ особенности смотря по тому, окажется ли органъ срощеннымъ или нѣтъ, — сдѣлать экстирпацію или, расциривъ грыжевыя ворота, вправить грыжу. Риццоли даже отсекаровалъ у 46-ти-лѣтней женщины яичникъ, найденный въ грыжевомъ

мѣшкѣ сросшимся по всей окружности подлѣ гангренозной кишечной петли, и выравиль его,—пріемъ, безъ сомнѣнія не заслуживающій одобренія. Экстирпировали съ успѣхомъ сперва Поттъ, позднѣ Deneux, Meadow и др. Нахожденіе яичника въ такъ-называемой брюшной грыжѣ, каковая встрѣчается послѣ кесаревыхъ сѣченій, едва ли можетъ быть названо грыжей и въ прагтическомъ отношеніи безразлично.

Аномаліи положенія яичниковъ безъ вхожденія ихъ въ грыжевой мѣшокъ и влагалищныя грыжи яичниковъ, наблюдаемыя только при перерожденіи ихъ, будутъ разсмотрѣны въ другихъ главахъ.

ГЛАВА IV.

Гиперемія и геморрагія яичниковъ.

Литература: Nélaton: Des tumeurs sanguines du pelvis. Gaz. des hôp. 1851, No. 16.—Rokitansky: Handb. d. pathol. Anat. 3. Aufl. 1861. III p. 416.—Albers: Die Blutgeschwülste in den Eierstöcken. Deutsche Klinik 1853. No. 23.—Robin: Gaz. des hôp. 1857, No. 4. Monatschr. f. Gebkde 1857. X. p. 237.—B. Schultze: Monatsschr. f. Gebkde. 1858. XI. p. 170.—Klob, Phatol. Anat. 1864. p. 375.—Trousseau: Union méd. 1861. No. 153.—Demarquay: Gaz. des hôp. 1862. Janv.—Puech: De l'apoplexie des ovaires. Gaz. med. de Paris. 1858. 19.—Laugier: Gaz. méd. d. P. 1855. 10.—Boivin et Dugès: Maladies de l'utérus. 1833. T. II. p. 566.

§ 15. Гиперемія яичниковъ происходитъ фізіологически при каждомъ созрѣваніи яйца и безъ сомнѣнія также при совокупленіи. Усиленіе ся можетъ подать поводъ къ патологическимъ состояніямъ, прежде всего конечно къ хроническимъ воспаленіямъ и кровоизліаніямъ. Теперь еще нельзя рѣшить, въ какой мѣрѣ продолжительная гиперемія можетъ вызывать кистовидное перерожденіе. Точно также остается еще гипотезой мысль Клоба, что интенсивная гиперемія, ведущая къ апоплексіи фолликула, препятствуетъ разрыву послѣдняго, и что возвратами этого состоянія можетъ обуславливаться безплодіе.

Во всякомъ случаѣ, болѣе уловима и болѣе извѣстна геморрагія яичниковъ, которая является въ двойной формѣ: въ видѣ кровоизліанія или въ фолликулы, или въ строму. Первая форма встрѣчается несравненно чаще. Вслѣдствіе патологическаго усиленія нормальной менструальной гипереміи, рѣже въѣ времени менструальнаго прилива, происходитъ кровоизліаніе въ одинъ или нѣсколько фолликулъ, растягивающее ихъ до величины болѣею частью лѣснаго, рѣже грецкаго орѣха и болѣе. Растянутыя фолликулы болѣею частью выдаются надъ поверхностью яичника. Гладкая въ свѣжихъ случаяхъ, внутренняя стѣна фолликула всегда бываетъ сильно истончена по направленію къ поверхности яичника и въ послѣдствіи нерѣдко представляетъ мозолистыя утолщенія, состоящія изъ соединительной ткани и заложенныхъ въ ней зернистыхъ жировыхъ клѣтокъ.

Содержимое мѣшка болѣею частью не доходитъ до состоянія плотнаго свертыванія, но сгущается и мѣняетъ свой цвѣтъ при распаденіи фибрина и превращеніи гематина въ зернистый пигментъ. Тогда, послѣ продолжительнаго

существованія, находятъ массу ржаваго или шеколаднаго цвѣта, которая можетъ достигать консистенціи густаго меда.

Исходы такой фолликулярной апоплексіи очень разнообразны. Разрыва пузырька въ большинствѣ случаевъ не происходитъ, но яичко разрушается во всякомъ случаѣ. Вслѣдствіе всасыванія содержимаго можетъ произойти полное сморщиваніе мѣшка, отъ котораго въ заключеніе остается пигментированный рубецъ.

Хотя апоплексія пузырьковъ принадлежитъ преимущественно возрасту половой зрѣлости, однако ее наблюдали и въ другіе періоды жизни. Она можетъ, поэтому, быть вызвана застоемъ, иногда, быть можетъ, перекручиваніемъ органа, такъ какъ подобныя кровоизліянія часто наблюдаютъ на кистовидно перерожденныхъ яичникахъ послѣ перекручиванія ножки. Такъ Робитанскій нашелъ у ребенка нѣсколькихъ недѣль отъ роду лѣвый яичникъ отшнурованнымъ вмѣстѣ съ трубою и Ligam. ovarii и превращеннымъ въ мѣшокъ величиною въ лѣсной орѣхъ, содержавшій кровяной сгустокъ ржаво-коричневаго цвѣта.

Что эти фолликулярныя апоплексіи могутъ сдѣлаться исходнымъ пунктомъ кистовиднаго перерожденія яичника, — это предположеніе еще, правда, недоказанное, но и не лишено вѣроятности. Въ рѣдкихъ случаяхъ эти кровоизліянія, подъ вліяніемъ тяжелыхъ общихъ заболѣваній (Puerperium), могутъ превращаться въ фокусы ихорознаго разложенія. Если наступаетъ разрывъ фолликула, то можетъ произойти значительное кровоизліяніе въ полость брюшины съ послѣдовательнымъ перитонитомъ, или быстрымъ смертельнымъ кровотеченіемъ, или, если этого не случится, съ образованіемъ Haematocoele retrouterina. Скандонн сообщаетъ объ одномъ случаѣ смертельнаго внутренняго кровотечения вслѣдствіе разрыва такой кисты у 18-лѣтней дѣвушки. Кровяной мѣшокъ, величиною въ куриное яйцо, представлялся разорваннымъ на протяженіи дюйма. Въ брюшной полости находилось 6 фунтовъ крови. Судя по результатамъ вскрытій, разрывъ такихъ кровяныхъ мѣшковъ служитъ повидимому нерѣдко причиною образованія внутрибрюшинныхъ кровяныхъ грыжъ (Haematocoele intraperitoneale).

§ 16. Кровоизліяніе въ строму наблюдается рѣже. Оно можетъ быть вызвано фолликулярной апоплексіей съ разрывомъ въ теанъ; кромѣ того оно можетъ произойти первично, вслѣдствіе венозныхъ застоевъ, или общихъ заболѣваній, при которыхъ существуетъ наклонность къ кровотеченіямъ — скорбута и аналогичныхъ ему состояній, тифа, родильной горячки и проч. Величина этихъ апоплексій весьма различна, начиная отъ маленькихъ кровяныхъ точекъ до пропитыванія всей стромы на подобіе губен, совершенно напитанной кровью. Препаратъ этого послѣдняго рода, на которомъ яичникъ принялъ почти шарообразную форму и достигъ величины 5 цм. въ діаметрѣ, хранится въ коллекціи гинекологической клиники въ Галле (рис. 3). Онъ полученъ отъ одной особы, погибшей отъ скорбута. О точно такомъ же яичникѣ упоминаетъ Вирховъ (Onkologie I. p. 145). Здѣсь причиною кровоизліянія послужило закрытіе венъ, отводящихъ кровь изъ яичника. Б. Шульцце нашелъ у одной дѣвочки, которая родилась мертвою въ ягодичномъ положеніи, одинъ изъ яич-

никовъ увеличеннымъ въ видѣ шарообразной опухоли $\frac{5}{4}$ дюйма въ діаметрѣ; весь пропитанный кровью яичникъ, въ которомъ нельзя было различить фолликулъ; его можно было вылучить изъ «Albuginea». Причина здѣсь была неясна, такъ какъ измѣненія были слишкомъ стары, чтобы отнести ихъ къ происшедшимъ во время рожденія. Другой случай описываютъ по Desq'у (Nouv. bibl. med. III. 1826, p. 113) Voivin и Dugès. Одна женщина, у которой не обнаруживалось никакихъ аномалій менструаціи, умерла въ нѣсколько часовъ при сильныхъ боляхъ въ животѣ и обморокахъ. Въ брюшной полости нашли 3 pintы темной крови. Лѣвый яичникъ, разбухшій до величины курнаго яйца, оказался насвободъ инфильтрированнымъ кровью, селезенку можно было сравнить съ скорбутическою.

Значеніе такихъ кровоизліяній въ строму существенно зависитъ отъ ихъ размѣровъ. Мелкія апоплексіи обыкновенно исчезаютъ безъ слѣда путемъ всасыванія, тогда какъ большія, конечно, могутъ повести къ частному или полному разрушенію паренхимы, превращая въ послѣднемъ случаѣ яичникъ въ одну кисту, наполненную густой саловидной массой. Я видѣлъ это недавно, какъ случайную находку при вскрытіи. Нормально расположенный яичникъ былъ приблизительно втрое больше нормальнаго, имѣлъ толстую наружную стѣнку безъ всякихъ остатковъ стромы, и заключалъ въ себѣ совершенно густую, саловидную, коричнево-желтую массу.

Рис. 3.



Haematoma ovarii dextra послѣ скорбута. Одновременно *Haematoma uteri* и *Haematosalpinx lateris sinistri*.

O. f.—ovarium sinistrum. C. l. l.—Cystis ligam. lati.

Апоплексія яичниковъ того или другаго рода сама по себѣ, помимо послѣдствій возможнаго разрыва, врядъ ли вызоветъ какіе либо симптомы, или по крайней мѣрѣ они будутъ ускользать отъ наблюденія среди одновременныхъ тяжелыхъ явленій основной болѣзни, или послѣдствій разрыва. Поэтому діагнозъ апоплексіи яичниковъ можетъ быть поставленъ лишь рѣдко и скорѣе какъ бы случайно. Однажды, впрочемъ, мнѣ встрѣтился случай, въ которомъ я счелъ себя вправѣ поставить діагнозъ *Haematoma ovarii*. 27-ми лѣтняя женщина лечилась у меня уже нѣкоторое время по причинѣ чрезмѣрнаго обилія мѣсячныхъ. Причина обильныхъ кровотеченій, при отсутствіи всякихъ неправильностей въ дѣтородныхъ органахъ, коренилась въ состояніи разжиженія крови, приведшемъ къ безчисленнымъ подкожнымъ геморрагіямъ. Послѣ произведеннаго уже повторнаго изслѣдованія дѣтородныхъ органовъ, не обнару-

жившаго ни разу ничего ненормальнаго, я нашел однажды при новомъ изслѣдованіи правый яичникъ разбухшимъ больше чѣмъ до величины грецкаго орѣха, впрочемъ нечувствительнымъ и на нормальномъ мѣстѣ. Впослѣдствіи я могъ констатировать его уменьшеніе.

Фейтъ также могъ съ увѣренностью принять увеличеніе ячника вслѣдствіе кровоизліянія у одной женщины съ недоразвитой маткой и лишь намекомъ на менструальное кровотеченіе; ячникъ имѣлъ величину куринаго яйца и черезъ нѣсколько недѣль опять уменьшился на треть этой величины. Кромѣ подобныхъ случаевъ, происхожденіе кровоизліянія изъ разрыва апоплектического фолликула можно подозрѣвать, но врядъ ли когда діагностировать, въ случаяхъ остраго образованія, во время менструаціи, заматочной кровяной опухоли (*Næmatocele retrouterina*). О геморрагіяхъ въ предварительно кистовидно перерожденныхъ ячникахъ будетъ сказано въ другомъ мѣстѣ.

ГЛАВА V.

Oophoritis acuta и Perioophoritis acuta.

Литература: По анатомическому отдѣлу смотри: Руководство: Рокитанскаго, Клоба, Клебса, Риндфлейша и Квиша; далѣе Славянскаго: Воспаленіе яичниковъ. (*Arch. f. gynacol.* III. p. 183).

По клиническому отдѣлу: *Kiwisch: Krankheiten der Wöchnerinen. T. I.—Chéreau: Mal. des ovaires p. 123.—Voivín et Dugès: Traité d. mal. de l'utérus 1833. Tome II. p. 566.—Tilt: On uterine and ovarian inflammation. 1862.—Löwenhard: Casper's Wochenschrift 1840. No 43. далѣе случай Oophoritis acuta. Zeitschrift des Ver. f. Heilkde. i. Pr. 1841. p. 163.—Rieseberg: Тамъ же p. 208. — Heinrich: Zwei Beobachtungen von Oophoritis mit Ausgang in Eiterung. въ Zeitschr. f. ration. Med. 1846. p. 56.—Rigby: med. times 1850. July.—Churchill: *Dubl. med. Journ.* Bd. XII. Aug. 1851. p. 82.—Huss: Ueber Ovaritis periodica. *Hygiea* XVIII p. 71. *Monatsschrift für Geburtsk.* IX. 1857. p. 143.—Henkel: *Wien. med. Wochenschr.* 1855. No. 12.—Raciborsky: *Gaz. des hôp.* 1856. Novbr.—Mosler: *Monatsschr. f. Gebkde.* 1860. XVI. p. 133.—Schultze. B.: *Jen. Ztschr. f. Med. u. Natw.* I. 1864. p. 279.—Kugelmann: *Deutsche Klinik.* 1854. No. 14.—Duncan, M.: *Edinb. med. Jour. Sept.* 1871. p. 193.—Tait, Lawson: *Diseases of the ovaries.* отдѣльный оттискъ изъ *Brit. med. Journ.* 1874.—John Tilt: On the diagnosis of subacute ovaritis. *Transact. of the Lond. obst. Soc.* 1874. XV. g. 202.—Noeggerath, Emil: *Die latente Gonorrhoe beim weibl. Geschlecht.* 1872. p. 67 u. 109.—Edis: Case of abscess of ovary. *Death.* *Lond. obst. trasact.* 1872. p. 99.—Munson: A case of suppurative ovaritis. *Philad. med. a. surg. Rep.* Dec. 5. 1874.—Gallard: *De l'ovarite,* *Gaz. des hôp.* 1869. No. 84—125.—Barnes: Ovaritis from peculiar formation of the cervix uteri. *Lond. obst. transact.* VII. 1866. p. 120.—Merick: A paper on blenorrhagic ovaritis containing cases. *Lancet* 1862.—Trenholme: A case of excision of the left ovary for chronic oophoritis and displacement. *Amer. J. of obstetr.* Oct. 1876. p. 703.*

§ 17. Анатомически можно различать паренхиматозное или фолликулярное и интерстиціальное воспаленіе яичниковъ. Но строго провести это раздѣленіе, въ особенности съ клинической точки зрѣнія, тѣмъ менѣе возможно, что при интенсивномъ заболѣваніи фолликулъ въ воспаленіи обыкновенно принимаетъ участіе и интерстиціальная соединительная ткань, и наоборотъ. Кромѣ

того, какъ острья такъ и хроническія формы воспаленія протекають обыкновенно сопровождаясь раздраженіемъ, гесп. воспаленіемъ брюшины въ окружности.

Паренхиматозное (фолликулярное) воспаленіе въ слабыхъ степеняхъ бываетъ выражено только на лежащихъ болѣе поверхностно первичныхъ фолликулахъ. Измѣненія въ этихъ случаяхъ могутъ быть только микроскопическія. Содержимое фолликулъ мутнѣетъ до того, что получаетъ гноевидный характеръ. Эпителій пузырьковъ находится въ состояніи мутнаго набуханія и зернистаго распада, чѣмъ преимущественно и обуславливается, конечно, помутнѣніе содержимаго. Мутнѣетъ также и содержимое яйца, причѣмъ *Vesicula germinativa* исчезаетъ. При интенсивномъ процессѣ поражаются всѣ, и старѣйшіе фолликулы, и окружающая ихъ строма принимаетъ участіе въ воспалительномъ раздраженіи. Значительнаго увеличенія яичника, которое могло бы быть обнаружено клиническимъ изслѣдованіемъ, фолликулярное воспаленіе не производитъ.

Другое дѣло при интерстиціальномъ оофоритѣ. Здѣсь яичникъ можетъ въ нѣсколько дней увеличиться вдвое, даже вчетверо и болѣе противъ своей прежней величины. Въ мало интенсивныхъ случаяхъ онъ представляетъ въ разрѣзѣ блестящую, влажную поверхность, серозное пропитываніе—*Oophoritis serosa*.—Въ стромѣ находится множество молодыхъ вѣтвоекъ. Звѣздчатыя клѣтки соединительной ткани увеличены въ числѣ и уменьшены въ объемѣ. При болѣе высшихъ степеняхъ заболѣванія поверхность разрѣза представляетъ нѣсколько желтыхъ гнойныхъ полосъ, идущихъ отъ *Hilus*. Или же гной уже сливается въ формѣ кругловатыхъ, нерѣзко ограниченныхъ фокусовъ. Иногда ткань бываетъ пронизана многочисленными капиллярными апоплексіями—*Oophoritis suppurativa, haemorrhagica*.—Въ самыхъ худшихъ и самыхъ острыхъ случаяхъ съ поверхности разрѣза стекаетъ коричневая, салная масса. Распознать структуру уже нельзя. Весь органъ при легкомъ давленіи расплывается въ кашу—*Oophoritis necrotica* или *Putrescentia ovarii*.—При извѣстной степени силы заболѣванія воспалительное раздраженіе переносится на фолликулы, которые измѣняются вышеописаннымъ образомъ.

Хотя при такихъ диффузныхъ измѣненіяхъ стромы или паренхимы нисколько нельзя сомнѣваться въ ихъ патологическомъ характерѣ, за то при гиперемическихъ состояніяхъ или сморщиваніи отдѣльныхъ фолликулъ, при утолщеніяхъ *Albuginea* и ея рубцовомъ стягиваніи часто, какъ указываетъ Риндфлейшъ, советѣмъ нельзя провести границы между патологическимъ и физиологическимъ состояніемъ, такъ какъ обыденные физиологическіе процессы созрѣванія яйца, разрыва пузырька и пр. производятъ такія измѣненія, которыя почти ничѣмъ не отличаются отъ воспалительныхъ явленій.

§ 18. Исходомъ паренхиматознаго воспаленія для заболѣвшаго фолликула является болшею частью сморщиваніе и заустѣніе. Риндфлейшъ считаетъ вѣроятнымъ, что воспалительное утолщеніе стромы, окружающей фолликулы, при продолжающемся увеличеніи отдѣленія *Membrana granulosa* можетъ также привести къ образованію кисты.

Исходы интерстиціального оофорита очень разнообразны. Въ трудныхъ

случаяхъ пuerперальнаго воспаленія больная обыкновенно погибаетъ отъ общаго септическаго процесса или отъ перитонита, прежде чѣмъ острья воспалительныя измѣненія въ яичникѣ подвергнутся обратному развитію. Въ другихъ случаяхъ можетъ, хоть это и рѣдкій исходъ, образоваться абсцессъ яичника, причѣмъ органъ можетъ растянуться до величины головы взрослого человѣка, и гной, часто спустя много времени, выливается изъ него въ какомъ-нибудь направленіи.

Въ почти столь же рѣдкихъ случаяхъ, при продолжающемся раздраженіи происходитъ постепенно гиперплизія стромы съ одновременнымъ уничтоженіемъ фолликулъ. Органъ можетъ при этомъ достигнуть величины куринаго яйца, даже кулака и, сохраняя свою нормальную форму, представляетъ очень плотную массу—состояніе, называемое обыкновенно гипертрофіей яичника. Наконецъ, въ соединительной ткани можетъ начаться процессъ рубцовога стягиванія, который, благодаря многочисленнымъ перетяжкамъ на поверхности, ведетъ также къ запусѣннiо фолликулъ и такимъ образомъ вызываетъ родъ преждевременной инволюціи яичниковъ; состояніе это по аналогіи съ другими органами называютъ зернистой атрофіей или циррозомъ яичниковъ. Яичники при этомъ могутъ необыкновенно уменьшиться въ объемѣ, напр. до большаго лѣснаго орѣха. Это послѣднее состояніе встрѣчается впрочемъ въ менѣе сильной степени и фізіологически, у женщинъ, перенесшихъ большое число родовъ. Клебсъ приводитъ этотъ фактъ въ связь съ наступающею при каждой беременности гиперплизіей стромы яичниковъ, которая потомъ можетъ привести къ сморщиванію точно также, какъ патологическая гиперплизія.

Гиперплизія стромы, равно какъ и зернистое перерожденіе, поражаютъ обыкновенно оба яичника вмѣстѣ, тогда какъ абсцессъ обыкновенно образуется только въ одномъ изъ нихъ.

§ 19. Этиологія. Паренхиматозный оофоритъ встрѣчается, по изслѣдованіямъ Славянскаго, вовсе не рѣдко при острыхъ сыпяхъ, при холерѣ, *Febris recidens* и септикеміи, а по даннымъ Мышкина (у Славянскаго) также послѣ отравленій фосфоромъ и мышьякомъ. Эти процессы и вообще всякая продолжительная сильная лихорадка, вызывая острое паренхиматозное воспаленіе съ быстрымъ распаденіемъ эпителиальныхъ элементовъ въ большихъ желѣзахъ брюшной полости, вызываютъ его и въ яичникѣ. Такъ какъ процессъ при всѣхъ этихъ состояніяхъ протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ и клинически діагностированъ быть не можетъ, то онъ имѣетъ практическое значеніе лишь въ томъ отношеніи, что можетъ послужить поводомъ къ заболѣваніямъ брюшины и что запусѣннiе всего желѣзистаго вещества, конечно, необходимо обуславливаетъ безплодіе.

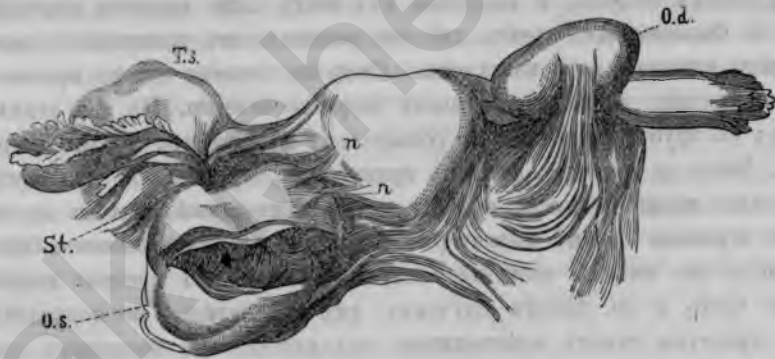
Интерстиціальныи оофоритъ, помимо воспалительныхъ раздраженій стромы вокругъ отдѣльныхъ воспаленныхъ фолликулъ, встрѣчается какъ общій процессъ всего яичника почти только въ родильномъ состояніи. Среди тяжелыхъ симптомовъ основнаго общаго заболѣванія и въ особенности общаго перитонита, заболѣваніе яичника по большей части остается неузнаннымъ.

Наконецъ, какъ причины острыхъ оофоритовъ приводятъ еще простуду

въ особенности же *Suppressio mensium* и острые гонорройныя воспаления родовых путей. *Suppressio mensium* во всякомъ случаѣ нужно признать за рѣдкую причину, какъ это показываютъ наблюдавшіеся послѣ него, правда необыкновенно скудные числомъ, случаи абсцесса яичника. Въ пользу гонорройнаго оофорита недостаетъ еще рѣшительныхъ доказательствъ, хоть и нельзя сомнѣваться въ томъ, что послѣ триппернаго зараженія случаются острые перитониты, которые можно назвать периоофоритами. Галларъ говоритъ еще, что въ этому заболѣванію особенно расположены страдающія бугорчаткой.

§ 20. *Perioophoritis* или воспаление брюшины въ окружности яичниковъ встрѣчается на весьма различномъ протяженіи, то въ видѣ остраго, то подостраго, или совсѣмъ хроническаго процесса. Воспаленіе это бываетъ частью вторичное, послѣ предшествующаго воспаленія яичника, частью первичное. На поверхности яичника образуются на весьма различномъ пространствѣ сращения. Иногда они являются лишь въ видѣ отдѣльныхъ, тонкихъ нитей или чрезвычайно нѣжныхъ пластинокъ, соединяющихъ ненормальнымъ образомъ одинъ или оба яичника съ широкими связками, трубами или брюшиной *Excavationis rectouterinae*, рѣже съ самой маткой и съ кишками. Другую крайность представляютъ громадной толщины, неподатливыя массы соединительной ткани, окутывающія яичники иногда такъ всесторонне, что не видно ни малѣйшаго кусочка ихъ поверхности до тѣхъ поръ, пока не освободишь ихъ изъ этихъ массъ эксудата. Въ этихъ случаяхъ почти всегда бываютъ поражены оба яичника и оба неподвижно фиксированы эксудативными массами,

Рис. 4.



Perioophoritis и *Torsio ovarii*.

O. d.—*Ovarium dextr.* съ широкимъ сращеніемъ съ *Ligam. latum*. *O. s.*—*Ovarium sinistrum* съ дермоидною кистой (вскрытою). *n. n.*—патологическое сращеніе съ заднею стѣнкою матки. *T. s.*—*Tuba sinistra*. *St.*—перекрученная ножка, въ которую вошли *Lig. ovarii* и труба.

безъ значительнаго, впрочемъ, смѣщенія. При менѣе значительномъ развитіи пучковъ соединительной ткани гораздо чаще встрѣчаются смѣщенія одного или обоихъ органовъ, главнымъ образомъ книзу и взади, такъ что яичники отступаютъ по задней поверхности широкихъ связокъ болѣе внаружи и могутъ достигать до дна Дугласова пространства. Затѣмъ всего чаще встрѣчается смѣщеніе внутри, причѣмъ органъ приближается къ маткѣ и даже срастается съ

нею широкимъ основаніемъ. Смѣщенія кнаружи, или черезъ верхній край *Ligam. latè* впереди встрѣчаются гораздо рѣже.

Рокитанскій показалъ, какимъ образомъ при фиксированіи яичниковъ потягиваніе, которому подвергается органъ, можетъ повести къ полному его отдѣленію вмѣстѣ съ трубою и *Ligam. ovarii*, причемъ моментъ, производящій это влеченіе, можетъ заключаться въ одномъ только ростѣ матки и таза, если сращеніе произошло въ зародышевой жизни или вскорѣ послѣ того. Рокитанскій показалъ далѣе, какимъ образомъ фиксированіе яичника въ двухъ точкахъ можетъ повести къ вращенію органа вокругъ этихъ полюсовъ и къ перекручиванію ведущихъ къ нимъ шнуровъ.

Остается еще сказать, что самые яичники подъ толстыми массами эксудата находятъ часто необыкновенно маленькими, плотными, но по большей части безъ бугровъ на поверхности. Это состояніе простѣйшей атрофіи желѣзъ вслѣдствіе давленія и препятствій для притока крови.

Этіологія періоофорита отнюдь не совпадаетъ съ этіологіей оофорита. Правда, болѣе сильный фолликулярный оофоритъ протекаетъ болѣею частію, сопровождаясь раздраженіемъ на поверхности яичника, которое сообщается окружающей брюшинѣ. Но это менѣе важные и интенсивные случаи періоофорита, притомъ они, какъ и воспаленіе самаго яичника, обыкновенно ускользаютъ отъ діагноза и получаютъ значеніе развѣ только вслѣдствіе послѣдовательныхъ сращеній. При интерстиціальномъ оофоритѣ родильнаго періода обыкновенно не обходится безъ общаго перитонита.

Болѣе трудные случаи періоофорита возникаютъ обыкновенно первично, часто съ обѣихъ сторонъ, и причиною ихъ всего чаще является переходъ воспаленія съ Фаллопиевыхъ трубъ, гдѣ оно возникло отъ триппернаго зараженія или остраго катаррального воспаленія. Сюда же отчасти нужно причислить и острия воспаленія, наблюдаемая послѣ *Suppressio mensium*. Но для этихъ переходящихъ съ трубъ воспаленій не обязательнъ непременнъ острый характеръ. Часто за первымъ острымъ приступомъ, черезъ болѣе или менѣе продолжительное время, слѣдуетъ второй, скорѣе подострый, потомъ другіе, постепенно теряющіе острый характеръ—состояніе, которое называютъ *Colica scototum*, когда оно имѣетъ соответственную этіологію, но которое встрѣчается довольно часто и въ такихъ случаяхъ, гдѣ это названіе не подходитъ. Вторичные приступы такихъ перитонитовъ, исходящихъ отъ брюшныхъ отверстій трубъ, ведутъ къ образованію описанныхъ выше эксудативныхъ массъ, обволакивающихъ яичники.

Я видѣлъ на уродливомъ женскомъ зародышѣ, что такое же дѣйствіе могутъ имѣть совершенно другія причины. У этого зародыша существовало закрытіе моченспускательнаго канала, которое повело къ застою мочи въ пузырь и, вслѣдствіе ненормальнаго сообщенія, къ обратному заставанію въ маткѣ. Отсюда моча черезъ трубы, значительно расширенныя, вступила въ брюшную полость и вызвала общій перитонитъ. Между тѣмъ, область обихъ яичниковъ была главнымъ пунктомъ давно протекшаго воспаленія. Толстыя, плотныя массы соединительной ткани обволакивали оба яичника такимъ образомъ, что изъ нихъ, какъ изъ футляра, видѣлось только по небольшой части cadaго яичника. (Случай этотъ описанъ подробнѣе въ *Arch. f. Gynäk.* II. 1871. p. 280).

Симптомы этихъ періоофоритовъ ничѣмъ не отличаются отъ другихъ

мѣстныхъ перитонитовъ и ихъ тѣмъ менѣе нужно описывать здѣсь, что состояніе, которое я назвалъ періоофоритомъ, въ большинствѣ случаевъ, съ такимъ же удобствомъ можетъ быть названо периметритомъ и какъ таковой, излагается въ другомъ мѣстѣ этого руководства.

§ 21. Обращаясь къ симптомамъ и теченію остраго оофорита, мы можемъ сказать весьма немногое относительно непуэрперальнаго воспаленія. Оно не даетъ обыкновенно никакихъ, или никакихъ рельефныхъ симптомовъ. Oophoritis follicularis, сопровождаемая острыми лихорадочными общими болѣзнями, въ особенности протекаетъ совершенно скрыто и не ведетъ къ такому увеличенію объема органа, которое могло бы быть распознано. Но и при острыхъ воспаленияхъ, которыя наблюдаются послѣ Suppressio mensium или послѣ триппернаго зараженія, симптомы въ сущности вызываются сопровождающимъ періоофоритомъ, который выражается въ видѣ ограниченнаго перитонита у верхняго боковаго края матки, пока изъ него не разовьется разлитой перитонитъ. Такъ какъ и въ этихъ случаяхъ яичникъ рѣдко увеличивается въ значительной степени, то и здѣсь діагнозъ остраго оофорита, по отсутствію симптомовъ, можетъ быть поставленъ крайне рѣдко, если только въ дальнѣйшемъ теченіи не образуется абсцесса.

Случай съ образованіемъ абсцесса, въ которомъ діагнозъ могъ быть поставленъ съ наибольшею вѣроятностію, описываетъ Джэмсъ Симпсонъ (Clinical lectures on the diseases of women. 1872. p. 109). Больная почувствовала черезъ два дня послѣ начала своевременно наступившей менструаціи сильныя боли въ правой regio iliaca и представляла явленія правосторонняго ограниченнаго перитонита. На другой день, съ правой стороны надъ лонною костью прощупывалась маленькая, очень чувствительная припухлость, которая въ нѣсколько дней поднялась къверху до половинн пупочной области и дошла до области Spinae anter. sup. Матка при внутреннемъ изслѣдованіи оказалась едва подвижною и наклоненною вправо, правый и задній своды рукава были очень чувствительны къ давленію и представляли сильное сопротивленіе. Послѣ рвоты продолжавшейся около 24 часовъ, больная на пятый день болѣзни стала спокойнѣе, метеоризмъ ослабѣлъ; частота пульса уменьшилась. Теперь можно было отчетливо прощупать ограниченную опухоль, которая заходила вверхъ не болѣе какъ на 3 дюйма надъ высотой лоннаго сращенія. Во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ больная чувствовала себя опять хорошо, но постоянная боль въ животѣ съ правой стороны и въ правомъ бедрѣ еще оставалась. Матка уже около 12-го дня, повидимому, снова получила нѣкоторую подвижность. На 16-й день болѣзни опухоль спаружи едва прощупывалась, но глубокое давленіе еще причиняло боль. Появились припадки со стороны мочеваго пузыря, и вскорѣ черезъ пузырь выдѣлилось значительное количество гноя. Больная выздоровѣла.

Принять острый оофоритъ побудило Симпсона главнымъ образомъ то обстоятельство, что опухоль въ точности соответствовала области праваго яичника, затѣмъ увѣреніе больной, что у нея уже 4 раза повторялись совершенно тѣже явленія съ промежутками среднимъ числомъ въ 2 года. Во всякомъ случаѣ, какъ настаиваетъ Симпсонъ, безусловно вѣрный діагнозъ относительно локализаціи страданія можетъ дать только вскрытіе.

Подобные этому случаи непуэрперальнаго оофорита съ образованіемъ абсцесса сообщаютъ Мозлеръ и Вестъ. Въ обоихъ развитію болѣзни предшествовала остановка мѣсячныхъ. Больная Веста была замужемъ пять мѣсяцевъ, когда началась болѣзнь. Очень скоро стала замѣтна припухлость правой нижней области живота; черезъ мѣсяць произошло выхожденіе гноя черезъ пу-

зырь, но значительнаго уменьшенія величины опухоли при этомъ не произошло. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ Вестъ нашелъ расположенную по срединной линіи, довольно значительную опухоль, очень чувствительную и дававшую явственное ощущение зыбленія. Матка была безъ измѣненій и не фиксирована, стѣнки ружава не утолщены. Затѣмъ, спустя около 7 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни, наступило выдѣленіе гноя черезъ кишку, послѣ чего опухоль довольно быстро уменьшилась и, послѣ припадка *Phlegmasiae dolentis dextrae*, наступило выздоровленіе. Несомнѣнно констатированная цѣлость матки, ея подвижность и нормальное состояніе стѣнокъ ружава дѣлалъ вѣроятнымъ діагнозь абсцесса яичника.

Bernutz и Goupil сообщаютъ (*maladies des femmes* 1862. Т. II. р. 299), по наблюденію Сиредея, подтвержденный вскрытіемъ случай образованія абсцессовъ въ обоихъ яичникахъ. Дѣло дошло здѣсь до піэміи съ инфартами селезенки. Но во всемъ этомъ случаѣ неясна связь явленій и потому нельзя вывести изъ него никакихъ заключеній для симптоматологіи и діагностики.

Тѣ 26 случаевъ остраго оофорита, которые насчитываетъ Тилтъ и изъ которыхъ 20 окончились нагноеніемъ, а 6 всасываніемъ, представляли большею частью простые тазовые нарывы. Скудныя данныя, имѣющіяся въ литературѣ, насколько онѣ вообще заслуживаютъ довѣрія, свидѣтельствуютъ, какъ рѣдко непуэрперальное воспаленіе яичниковъ имѣетъ исходомъ образованіе абсцессовъ. Даже въ наиболѣе толково рассказанныхъ случаяхъ безъ вскрытія остаются еще значительныя сомнѣнія относительно локализаціи гнойнаго скопища. Даже между ними безъ сомнѣнія проскакиваютъ иногда смѣшенія съ простыми вѣбрюшинными тазовыми абсцессами, а также съ инкапсулированными экзудатами отъ перитонита. Ниже будутъ изложены дальнѣйшія указанія относительно теченія абсцессовъ яичниковъ и ихъ діагноза.

Діагнозь остраго оофорита до наступленія образованія нарыва можно ставить съ приблизительной увѣренностью только въ такомъ случаѣ, если удастся несомнѣнно прощупать увеличенный яичникъ и признать, что въ немъ гнѣздится боль. Но этому обыкновенно мѣшаетъ сопровождающій періоофоритъ.

§ 22. Послѣродовое воспаленіе яичниковъ встрѣчается несравненно чаще непуэрперальнаго и констатировано многочисленными вскрытіями. Правда, оно является большею частью заболѣваніемъ вторичнымъ, частнымъ явленіемъ при септическихъ заболѣваніяхъ въ родильномъ состояніи, и тогда въ отношеніи симптомовъ оно прикрывается почти всегда существующимъ при этихъ условіяхъ разлитымъ перитонитомъ, да и значеніе его въ этомъ случаѣ второстепенное. Но и въ иныхъ случаяхъ оно при этомъ выступаетъ болѣе на первый планъ и, благодаря часто значительному увеличенію органа въ объемъ, діагнозь *intra vitam* становится возможнымъ. Кромѣ того, хоть и гораздо рѣже, оофоритъ въ родильномъ періодѣ наблюдается и какъ обособленное явленіе, независящее отъ общаго заболѣванія; наконецъ, втретьихъ, по окончаніи септического процесса съ исходомъ въ выздоровленіе, воспаленіе яичника можетъ пойти дальше и существовать еще долгое время въ видѣ абсцесса яичника, который можетъ быть діагносцированъ.

Во всякомъ случаѣ, заболѣваніе яичниковъ составляетъ весьма частое явленіе при септическихъ процессахъ родильнаго періода. Такъ въ акушерской клиникѣ въ Галле изъ 27 родильницъ, погибшихъ отъ гнилостнаго зараженія, у 13 были найдены при вскрытіи разительныя заболѣванія яичниковъ. Большею частью они бываютъ двустороннія, но обыкновенно выражаются неравномѣрно, а бываютъ сильнѣе съ одной стороны. Изъ тѣхъ 13-ти случаевъ большинство представляли разлитыя гнойныя воспаленія, доходившія до ихорознаго расплыванія органа. Въ одномъ случаѣ Графовы пузырьки были воспалены въ большомъ количествѣ и представляли мелкія, большею частью лишь съ просіяное зерно, гнойныя полости, которыя были однако выстланы гладкой слизистой оболочкой. Наконецъ, въ 4-хъ случаяхъ образовались болѣе обширныя гнойныя полости въ стромѣ, или же весь органъ былъ превращенъ въ мѣшокъ, наполненный гноемъ.

Въ 2-хъ случаяхъ можно было прощупать подлѣ матки увеличенный яичникъ *intra vitam*, и когда чувствительность и метеоризмъ не мѣшаютъ ощупать боковой край матки, тогда безъ сомнѣнія часто бываетъ возможно распознать въ первое время родильнаго періода острое заболѣваніе яичника, такъ какъ оно можетъ сопровождаться довольно значительнымъ увеличеніемъ. При этомъ слѣдуетъ принимать во вниманіе высокое положеніе органовъ по бокамъ дна еще не сократившейся матки. Правда, такой діагнозъ обыкновенно не имѣетъ большой цѣны при общемъ заболѣваніи, въ большинствѣ случаевъ быстро ведущемъ къ смерти. Онъ имѣетъ рѣшительное значеніе только тогда, когда жизнь уцѣлѣла, а страданіе яичниковъ продолжается и начинаетъ развиваться абсцессъ.

Случаи абсцесса яичниковъ послѣ пуэрперальныхъ оофоритовъ встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ внѣ родильнаго періода. Правда, и здѣсь случаи, не подтвержденные вскрытіемъ, почти всѣ въ высшей степени сомнительны, и, поскольку они дѣйствительно относились къ яичнику, имѣютъ двойное и различное значеніе. А именно, немалое число ихъ относится къ яичникамъ, заболѣвшимъ уже раньше, спеціально къ дермоиднымъ кистамъ этого органа; эти послѣднія, подъ вліяніемъ прижатій, которымъ онѣ во временахъ подвергаются во время родовъ, обнаруживаютъ особенную наклонность къ нагноенію или ихорозному распаденію. Болѣе рѣдки, повидимому, тѣ случаи, гдѣ нагноенію подвергается яичникъ, до тѣхъ поръ здоровый.

Симптомы въ обоихъ случаяхъ, впрочемъ, приблизительно одинаковы и въ началѣ почти всегда соответствуютъ признакамъ остраго, болѣе или менѣе распространеннаго перитонита. Вскорѣ или спустя болѣе продолжительное время симптомы перитонита—самостоятельныя боли, чувствительность при давленіи, тимпанитъ и пр.—отступаютъ на задній планъ, ремиссія становится сильнѣе и лихорадка можетъ принять почти перемежающійся характеръ; значительныя въ началѣ жалобы замѣняются относительно хорошимъ субъективнымъ состояніемъ. Но по прошествіи нѣсколькихъ недѣль продолжительная лихорадка съ сильными вечерними ожесточеніями обнаруживаетъ свое вліяніе на общее состояніе больной. Она худѣетъ при отсутствіи аппетита, плохомъ снѣ, вновь усиливающимся болямъ; языкъ сохнетъ и развивается картина изнурительнаго состоянія съ малымъ, постоянно частымъ пульсомъ, пока не на-

ступитъ благоприятное самопроизвольное, или искусственное вскрытіе абсцесса и выведеніе гноя, или же, напротивъ, перфорация въ брюшину, быстро ведущая къ смерти. Наконецъ въ другихъ случаяхъ до вскрытія абсцесса дѣло не доходитъ и больныя погибаютъ отъ истощенія. Не всегда впрочемъ теченіе съ самаго начала соответствуетъ сейчасъ описанному. К и в и ш ь особенно выставляетъ на видъ, что есть случаи остраго образованія нарыва въ яичникѣ безъ перитонита въ началѣ. Тотъ же авторъ видѣлъ также случаи, гдѣ яичникъ въ продолженіи 14 дней достигалъ величины дѣтской головы.

При большихъ абсцессахъ къ явленіямъ перитонита и общаго разстройства присоединяются съ теченіемъ времени симптомы давленія на тазовыя органы. Прижатіе *Venaе iliacae* можетъ повести къ тромбозу ея съ опуханіемъ ноги и всѣми другими возможными послѣдствіями этого заболѣванія.

Вскрытіе абсцессовъ яичника, даже при малой величинѣ ихъ, въ особенности же когда они содержатъ ихоръ, наступаетъ иногда очень рано. Я видѣлъ нарывъ, вскрывшійся нѣсколькими большими отверстиями въ брюшину, у родильницы, умершей черезъ 24 дня *post partum*. Понятно, что такимъ образомъ можетъ быть вызванъ общій перитонитъ. Въ другихъ случаяхъ вскрытіе нарыва можетъ заставить ждать себя очень долго, въ отличіе отъ послѣродовыхъ параметральныхъ абсцессовъ. Эти послѣдніе почти всегда вскрываются къ концу 12-й недѣли *post partum*, тогда какъ абсцессы яичниковъ могутъ оставаться въ тѣлѣ не вскрываясь полгода, даже годъ и, въ рѣдкихъ случаяхъ, даже можетъ быть два года. Если они невелики, то въ нихъ нерѣдко можетъ происходить сгущеніе гноя въ жирную кашу, какъ это въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдаютъ и при параметральныхъ абсцессахъ. Съ этимъ связана опасность остраго туберкулезнаго зараженія. Случай наступленія послѣдней послѣ сморщиванія абсцесса яичника рассказываетъ Шредеръ, въ своемъ руководствѣ къ гинекологіи.

Абсцессы яичниковъ по большей части достигаютъ только величины отъ куриного яйца до кулака, въ рѣдкихъ случаяхъ до величины головы взрослого: К и в и ш ь говоритъ объ одномъ абсцессѣ, содержавшемъ 16 кружекъ гноя. Самопроизвольно вскрываются они, повидимому, всего чаще въ кишечникъ, въ особенности *in flexum coli*, но нерѣдко также въ мочевой пузырь, въ рукавъ и черезъ брюшные покровы наружу. Въ послѣднемъ случаѣ въ особенности возможна помощь искусства, когда обозначилось мѣсто прободенія.

Если вскрытіе нарыва произошло не слишкомъ поздно и выдѣлился чистый гной, тогда закрытіе гнойной полости обыкновенно наступаетъ довольно скоро. Если же до вскрытія прошло много времени, тогда полость часто долго не закрывается вслѣдствіе утолщенія ея стѣнокъ. Это можетъ случиться тамъ, гдѣ существовала перешедшая въ нагноеніе дермондная киста. Изъ двухъ случаевъ послѣдняго рода, о которыхъ сообщаетъ Гейнрихъ, у одной больной выдѣленіе гноя изъ абсцесса продолжалось даже въ теченіи всей слѣдующей беременности.

Если нагноеніе или гнилостное распаденіе продолжается еще долго послѣ вскрытія абсцесса, то больныя могутъ погибнуть со временемъ отъ истощенія или септическихъ процессовъ.

Что касается діагноза, то существующее нагноеніе при продолжительномъ наблюденіи большею частью узнается легко из совокупности явленій. Одно ужъ болѣе или менѣе острое образованіе опухоли при продолжающейся лихорадкѣ, когда перетонита больше нѣтъ, заставляетъ черезъ нѣсколько времени заподозрить, что происходитъ нагноеніе. Если къ этому присоединяются вторныя ознобы и возобновляется чувствительность къ давленію, если въ тоже время опухоль становится эластичною или появляется зыбленіе, то въ существованіи абсцесса нельзя сомнѣваться. Но трудность заключается въ томъ, чтобы отличить абсцессъ яичника отъ параметральныхъ абсцессовъ, которые встрѣчаются гораздо чаще. Какъ дифференціальные признаки приводятъ извѣстную подвижность, которую долженъ сохранять хоть иногда яичникъ, превращенный въ мѣшокъ съ гноемъ, далѣе опредѣленную ограниченность абсцесса яичника и относительно малое участіе сосѣднихъ органовъ, въ особенности рукава. При параметральныхъ абсцессахъ стѣнки послѣдняго обыкновенно инфильтрируются, становятся болѣе или менѣе неподатливыми, тогда какъ при абсцессѣ яичника онѣ не измѣняются, за исключеніемъ случая, когда предстоитъ вскрытіе абсцесса въ рукавъ. Несмотря на эти отличія, абсолютно вѣрный діагнозъ возможенъ конечно лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, всего скорѣе разумѣется тамъ, гдѣ можно было прослѣдить развитіе опухоли съ самаго начала.— Вопросъ о томъ, образовался ли нарывъ въ нормальномъ, или въ предварительно кистовидно-перерожденномъ яичникѣ, можетъ быть рѣшенъ только въ такомъ случаѣ, если при началѣ болѣзни или раньше врачъ имѣлъ случай убѣдиться въ присутствіи или отсутствіи увеличенія яичника, или если при вскрытіи опухоли выдѣляются волосы, жировыя массы или коллоидная жидкость (какъ въ одномъ случаѣ Винкеля. *Pathologie des Wochenbetts*, p. 154).

Задачей леченія при несомнѣнномъ образованіи абсцесса можетъ быть только— поддерживать силы больной и, если предстоитъ прободеніе, то предупредить его искусственнымъ вскрытіемъ. Это можно бываетъ сдѣлать вообще только тогда, когда готовится прободеніе наружу, и очень рѣдко при предстоящемъ вскрытіи въ рукавъ или въ нижнюю часть вѣсти.

ГЛАВА VI.

Хроническое воспаленіе яичника. *Oophoritis chronica*.

§ 23. Если относительно острого непуэрперального и даже пуэрперального оофорита можно утверждать, что анатомически онъ извѣстенъ лучше чѣмъ клинически, то о хроническомъ можно сказать прямо обратное. Это обстоятельство въ связи съ затрудненіями, которыя часто представляетъ распознаваніе, вызвали самыя противорѣчивыя мнѣнія относительно частоты, даже относительно существованія этого страданія. Фейтъ, напримѣръ, высказываетъ мнѣніе, что мы должны отождествлять клиническую точку зрѣнія съ анатомической, что безъ сомнѣнія и должно всегда быть нашей цѣлью; я же полагаю, что именно хроническое воспаленіе яичниковъ есть такая болѣзнь, которая

встрѣчается нерѣдко, имѣеть точную клиническую характеристику и довольно часто можетъ быть опредѣлена съ увѣренностью, но объ анатомическихъ отношеніяхъ которой мы знаемъ мало. Оканчивается ли она въ большинствѣ случаевъ, или часто, зернистою атрофіей яичниковъ, стало-быть по своей сущности представляетъ воспаленіе стромы съ послѣдовательнымъ сморщиваніемъ, этого до сихъ поръ нельзя ни утверждать, ни отрицать. Но это не можетъ мѣшать намъ рассмотреть болѣзнь клинически:

Болѣзнь эта почти исключительно принадлежитъ періоду половой дѣятельности и появляется у замужнихъ чаще чѣмъ у незамужнихъ, въ особенности въ первые годы брака, на что обращаетъ вниманіе и М. Дунканъ. Чрезмѣрное половое возбужденіе, будетъ ли это неумѣренность въ половыхъ сношеніяхъ или противуестественное удовлетвореніе полового стремленія, является производящими причинами по преимуществу; затѣмъ, хроническія воспаления *endometrii* и трубъ, переходящія на *peritoneum* и яичники. Иногда болѣзнь развивается, по видимому, изъ остраго воспаленія яичника; во всякомъ случаѣ, однако, такое происхожденіе ея наблюдается рѣдко можетъ быть потому, что острый оофоритъ могъ остаться скрытымъ. Пять изъ двѣнадцати моихъ больныхъ выдержали незадолго до начала первыхъ явленій пуэрперальные процессы, у двухъ изъ нихъ былъ и перитонитъ въ родильномъ періодѣ. Скэнцони видѣлъ, что болѣзнь развивалась нерѣдко послѣ острыхъ воспаленій сосѣднихъ органовъ, въ особенности гесті. Тэтъ полагаетъ, что она имѣеть иногда сифилитическое происхожденіе и выставляетъ на видъ, что она нерѣдко остается послѣ острыхъ сыпей и ревматическихъ лихорадокъ. М. Дунканъ указываетъ на *suppressio mensium* и гоноррею, какъ на этиологически важные моменты. Онъ видѣлъ также нерѣдко, что это состояніе развивалось въ періодъ выздоровленія послѣ выкидыша, а также послѣ операций, произведенныхъ на шейкѣ матки.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что этой болѣзни подвергаются большею частью молодыя особи, всего чаще въ 20-хъ годахъ. Изъ числа 900, послѣдовательно видѣнныхъ мною гинекологическихъ больныхъ, я насчиталъ 12 случаевъ, въ которыхъ діагнозъ хроническаго оофорита представлялся несомнѣннымъ, и, кромѣ того, еще нѣсколько сомнительныхъ случаевъ. М. Дунканъ также выставляетъ на видъ частоту этого страданія.

Изъ симптомовъ несомнѣнно важнѣйшихъ и наиболѣе постоянныхъ является стойкая боль, локализованная въ одномъ, или въ обоихъ яичникахъ. Она имѣеть опредѣленное, постоянное мѣсто, большею частью весьма ограниченное по протяженію. Но развившись вполне, она иррадируетъ въ крестцу и въ бедра больной стороны. Боль рѣдко совѣмъ покидаетъ больныхъ, по крайней мѣрѣ не на цѣлые дни, и усиливается при всякомъ тѣлесномъ напряженіи, при ходьбѣ, ѣздѣ, при дефекаціи и большею частью при совокупленіи. Кромѣ того въ соответственномъ мѣстѣ всегда существуетъ чувствительность къ давленію, которая при нормально глубокомъ положеніи обнаруживается, конечно, только при болѣе глубокомъ давленіи, но при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ достигаетъ таковой высокой степени, что даже давленіе одежды становится въ тягость.

Менструація представляеть обыкновенно уклоненія отъ нормы. Всего чаще она бываетъ необыкновенно сильна, рѣже скудна; наступаетъ часто неправильно, въ слишкомъ рѣдкіе промежутки, или безъ опредѣленнаго типа. По Дункану неправильныя кровотеченія составляютъ важнѣйшій симптомъ послѣ боли. Менструація всегда сопровождается болями, которыя иной разъ могутъ отсутствовать или быть незначительными, но зато въ другіе разы появляются непременно. Онѣ могутъ достигать весьма значительной степени, продолжаются обыкновенно въ теченіи всего періода, хотя наиболѣе интенсивны бывають въ первые два-три дня, и по большей части не имѣють судорожнаго характера. Кугельманъ указываетъ, какъ на частое явленіе, на происходящую боль въ томъ или другомъ hypochondrium, которая появляется на второй недѣлѣ по окончаніи менструальнаго періода. Не мало такихъ больныхъ бывають бесплодны. Такъ, я изъ двѣнадцати замужнихъ насчиталъ пять бесплодныхъ, тогда какъ изъ остальныхъ семи только три рожали по нѣскольку разъ. М. Дунканъ наблюдалъ беременность даже при двустороннемъ заболѣваніи, съ значительнымъ увеличеніемъ обоихъ яичниковъ. Невралгическія страданія той или другой области встрѣчаются очень часто; въ особенности отдѣльные спинные нервы, всего чаще у спинныхъ позвонковъ, обнаруживаютъ чувствительность къ давленію при выходѣ своемъ изъ позвоночника и по своему дальнѣйшему протяженію, и вызываютъ явленія такъ-называемой раздражительности спиннаго мозга (*irritatio spinalis*). Нѣтъ недостатка также въ мигреняхъ и другихъ невралгіяхъ. Весьма обыкновенное явленіе составляетъ сильно-угнетенное настроеніе духа, подъ вліяніемъ котораго больныя чувствуютъ себя чрезвычайно несчастными, и отъ котораго не могутъ отдѣлаться. Но такія больныя, часто сильно страдающія, отнюдь не производятъ впечатлѣнія истеричныхъ. Несмотря на свои часто разнообразныя и справедливыя жалобы, онѣ почти всегда сохраняють правильный взглядъ на свое состояніе и не мучають врача безъ надобности.

§ 24. Изслѣдованіе обнаруживаетъ, что поражены одинъ или оба яичника; я находилъ по большей части одностороннее заболѣваніе, или же оно было выражено гораздо сильнѣе на одной сторонѣ. Въ этомъ случаѣ больная являлась съ воспаленіемъ яичника на правой сторонѣ, а чрезъ два года оно обнаружилось на лѣвой. М. Дунканъ также говоритъ о чередованіи заболѣванія; впрочемъ онъ видѣлъ заболѣваніе лѣваго яичника девять разъ, а праваго—три раза. Заболѣвшій яичникъ во всѣхъ случаяхъ чувствителенъ къ давленію. Если положеніе его нормально, то вѣншее давленіе по большей части вызываетъ болѣе сильную боль, чѣмъ внутреннее, чрезъ сводъ рукава. Но всего интенсивнѣе бываетъ боль, когда яичникъ оцупываютъ между обѣими руками. Резистенція и величина весьма различны; яичники бывають то тверже на ощупь, то мягче. Нёггератъ различаетъ два стадія пораженія, изъ которыхъ въ первомъ яичники мягки, увеличены, округлены, во второмъ—тверды и уменьшены; но увеличеніе органа никогда не бываетъ очень значительно и большею частью ограничивается удвоеніемъ или утроеніемъ нормальнаго объема. Въ одномъ случаѣ, впрочемъ, Дунканъ нашелъ оба яичника величиною въ

буриное яйцо, такъ что они соприкасались своими внутренними краями. Очень часто сильная чувствительность не позволяетъ удостовериться въ этого рода вещахъ. Далѣе, въ немаломъ числѣ случаевъ находятъ одинъ или оба ячника смѣщенными по направленію къ Дугласову пространству и лежащими иногда такъ глубоко, что ихъ нужно псать ниже уровня свода рукава. Ригби и другіе хотятъ видѣть къ этомъ смѣщенію главную суть всей болѣзни и окрестили ее поэтому «смѣщеніемъ ячниковъ» (ovarian dislocation)—мѣніе, съ которымъ невозможно согласиться. Въ случаяхъ смѣщенія чувствительность конечно вообще бываетъ всего сильнѣе, и иногда достигаетъ такой крайней степени, что самое легкое прикосновеніе кончикомъ пальца вызываетъ острѣйшую боль. Нерѣдко послѣ изслѣдованія, произведеннаго одинъ только разъ, боль сильно обостряется на одинъ день. Ощупываніе матки не причиняетъ боли, но пассивное движеніе этого органа въ большинствѣ случаевъ чувствительно. Поверхность ячника нерѣдко бываетъ неровно, усѣяно шнурами или буграми. Это также наблюдается всего чаще при смѣщеніи. Именно въ этихъ случаяхъ имѣетъ дѣло съ одновременнымъ, довольно интенсивнымъ періоофоритомъ. Нерѣдко при существующемъ смѣщеніи имѣется также Retroversio uteri. Б. Шульце видѣлъ въ одномъ случаѣ, что при воспалительныхъ явленіяхъ наступило смѣщеніе ячниковъ, а черезъ шесть недѣль, когда воспаление прошло, ячникъ снова занялъ свое прежнее мѣсто.

Страданіе это всегда тянется долго. Можно наблюдать такихъ больныхъ цѣлыя годы и не видѣть существенныхъ измѣненій въ субъективныхъ или объективныхъ явленіяхъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ наступалъ рѣшительный поворотъ къ лучшему.

На основаніи описанныхъ явленій не подлежитъ никакому сомнѣнію, что здѣсь, по крайней мѣрѣ во многихъ случаяхъ, дѣло заключается въ хроническомъ, ограниченномъ перитонитѣ, который и обуславливаетъ часть симптомовъ. Но принять одинъ періоофоритъ безъ одновременнаго заболѣванія ячника нельзя уже потому, что трудно представить себѣ такой упорно локализирующійся на ограниченномъ пространствѣ перитонитъ безъ соответственнаго основнаго страданія, и всего менѣе это возможно въ виду неизмѣняющейся интенсивности болѣзни въ продолженіи мѣсяцевъ и лѣтъ. Вестъ расположенъ вообще смотрѣть на боль какъ на невралгическую, и съ нимъ можно пожалуй согласиться въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда боль остается неизмѣнною цѣлыя годы безъ замѣтнаго существеннаго увеличенія органа, и никакихъ иныхъ послѣдствій не наблюдается. Но что во многихъ случаяхъ сюда присоединяется periophoritis, это очевидно въ особенности по нерѣдко встречающемуся одновременному Retroversio uteri и смѣщенію ячниковъ. Смѣстившійся ячникъ бываетъ вмѣстѣ съ тѣмъ нерѣдко фиксированъ сращениями въ своемъ ненормальномъ положеніи.

Діагнозъ не можетъ быть поставленъ на основаніи однихъ принадлежностей, локализациі боли и неправильностей менструаціи, а только на основаніи ощущиванія ячника и несомнѣннаго признанія его за таковой и за мѣсто, гдѣ скрывается боль. Очень часто при ощупываніи ячника сами больныя положительно говорятъ, что этимъ вызываются тѣ боли, которыя онѣ въ другое

время чувствуютъ безъ всякаго внѣшняго повода. Возможность поставить діагнозъ съ большею или меньшею увѣренностью зависитъ отчасти отъ положенія органа, который всего лучше прощупывается при совершенно нормальномъ положеніи, или наоборотъ, при глубокомъ опущеніи до дна Дугласова пространства, отчасти отъ сопротивленія брюшныхъ стѣнокъ и отъ другихъ условій, могущихъ затруднить изслѣдованіе яичниковъ. Если яичникъ лежитъ приблизительно нормально, то всего лучше уясняется дѣло при изслѣдованіи обѣими руками, *per vaginam* и черезъ брюшные покровы. Если существуетъ значительное опущеніе, то выгоднѣе всего ощупывать *per rectum*, и въ случаѣ надобности, одновременно *per vaginam*. У незамужнихъ діагнозъ рѣдко можетъ быть поставленъ съ полною увѣренностью по причинѣ трудности изслѣдованія.

Прогнозъ въ сколько-нибудь рѣзко выраженныхъ случаяхъ всегда сомнителенъ, какъ относительно устраненія часто весьма значительныхъ припадковъ, такъ и относительно безплодія, если оно существуетъ. Однако, въ другихъ случаяхъ видимъ, что леченіе увѣнчивается рѣшительнымъ успѣхомъ въ промежутокъ времени, который нужно считать большею частью мѣсяцами.

§ 25. Леченіе имѣетъ ближайшею задачею удалить или ослабить вредныя вліянія, которыя, какъ извѣстно изъ опыта, усиливаютъ припадки. Къ нимъ прежде всего нужно причислить совокупленіе. При нормальномъ положеніи заболѣвшаго органа оно, конечно, переносится иногда менѣе дурно, но все-таки, помимо чисто механическаго вліянія, дѣйствуетъ безусловно вредно. Все, что можетъ утомить, всякое продолжительное стояніе, дальнюю ходьбу — все это нужно запретить.

Менструацію нужно переждать въ лежачемъ положеніи, и не слѣдуетъ допускать твердаго стула, въ особенности при лѣвостороннемъ заболѣваніи. Врачъ долженъ остерегаться частаго и неосторожнаго изслѣдованія.

При сколько-нибудь значительныхъ боляхъ всегда слѣдуетъ испытывать мѣстныя кровопускленія изъ матки, но они къ сожалѣнію дѣйствуютъ здѣсь несравненно менѣе вѣрно, чѣмъ при метритахъ. Изъ внутреннихъ средствъ самыя дѣйствительныя, повидимому, іодистый калий и препараты золота; но я не могу подтвердить показанія Неггерата, который приписываетъ золоту абсолютно вѣрное дѣйствіе въ чистыхъ случаяхъ оофорита (безъ довольно распространеннаго периметрита). Неггератъ въ 25-ти случаяхъ видѣлъ, что въ продолженіи 3—8-ми недѣль постоянно наступало явственное уменьшеніе опухоли, когда онъ давалъ два раза въ день по $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$ грана этого препарата. Правда, и я видѣлъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при такой же дозѣ, столь значительное улучшеніе интенсивнаго до того страданія, что не могъ сомнѣваться въ дѣйствіи этого средства; но я не въ состояніи сказать, какіе случаи реагируютъ на него благоприятно. Изъ внутреннихъ средствъ часто нельзя обойтись безъ болеутоляющихъ во время менструаціи.

Не бесполезны также *vesicantia* на брюшные покровы, и въ нѣкоторыхъ, немногихъ случаяхъ оказываются, повидимому, цѣлебными соляныя ванны, послѣ продолжительнаго ихъ употребленія. Наконецъ, несомнѣнно полезное мѣстное средство представляетъ мягкое, небольшое резиновое кольцо. Оно дѣй-

ствуешь очевидно тѣмъ, что фиксируетъ до извѣстной степени матку и вмѣстѣ съ нею заболѣвшій яичникъ, и можетъ также оказать услугу какъ механическая защита въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ супружескія сношенія не прекращаются. Но во многихъ случаяхъ не переносится даже самое мягкое кольцо, въ особенности при сколько-нибудь значительномъ опущеніи яичника.

Наконецъ, въ самыхъ трудныхъ случаяхъ можетъ быть показана экстирпация яичниковъ. При современномъ состояніи оваріотоміи, тяжесть симптомовъ и продолжительность страданія несомнѣнно оправдуютъ такой пріемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ. Я возвращусь къ этому при показаніяхъ къ оваріотоміи. До сихъ поръ кажется только Тренгольмъ (*Amer. j. of obstetr.* 1876. № 703) и Робертъ Баттей экстирпировали яичники изъ-за оофорита. Но результаты немногихъ существующихъ попытокъ даютъ право на дальнѣйшія.

Опухоли яичниковъ.

АНАТОМІЯ.

Литература: Кромъ учебниковъ патологической анатоміи нужно назвать Hodgkin: *Med. chir. transact.* Vol. XV. — Frerichs: *Ueber Gallertund Colloidgeschwülste.* Göttinger Studien. 1847. Abth. I. p. 1. — Vichow: *Das Eierstockscolloid.* Verh. d. Ges. f. Gebhülfe in Berlin. Bd. III. 1848. p. 203. *Ueber chronische Affectionen des Uterus und der Eierstöcke.* Wiener med. Wochenschrift 1856. No. 12. — *Onkologie.* Bd. I. Deutsche Klinik 1859. p. 196. — Bruch: *Zur Entwicklungsgeschichte der pathologischen Cystenbildungen.* Ztschr. f. rat. Medic. VIII. 1849. p. 91. — Rokitansky: *Ueber die Cyste.* Denkschriften der kaiserl. Akad. d. W. zu Wien. 1849. I. — *Ueber Abnormitäten des Corpus luteum.* Allg. Wien. med. Ztg. 1859. No. 34. — *Ueber Uterindrüsenneubildung im Uterus und Ovarialsarkomen.* Ztschr. d. Ges. d. Ae. i. Wien. 1860. No. 37. — Braxton Hicks: *On the glandular nature of proliferous disease of the ovary.* Guy's Hosp. rep. Vol. III. u. IV. — Spiegelberg: *Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Eierstockscysten.* Monatsschr. f. Gebkde. XIV. H. 2 u. 3. 1859. — Wilson Fox: *On the origin, structure and mode of development of the cystic tumours of ovary.* Medico-chir. transact. Dd. 29. 1864. p. 227. — Waldeyer: *Monatsschr. f. Gebkde.* 1866. Bd. 27. und 1867. Bd. — 30. *Archiv f. Gynäk.* I. 1870. p. 252. — Fernbach: *Ueber die Genese der Eierstockscysten.* Breslauer Diss. 1867. — A. Luecke und E. Klebs: *Beitrag zur Ovariometomie und zur Kenntniss der Ovarialgeschwülste.* Virchow's Archiv Bd. 41. 1867. p. 1. — W. Mayweg: *Die Entwicklungsgeschichte der Cystengeschwülste des Eierstoks.* Bonner Dis. 1868. — Böttcher: *Beobachtungen über die Entwicklung multilokularer Eierstockscysten.* Virchow's Arch. 1870. Bd. 49. p. 298. — Mears in *Atlee's ovarian tumours.* Cap. XIII. — E. Friedländer: *Beitrag zur Anatomie der Cystovarien.* Strassburger Diss. 1876. — Hausmann: *Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts in den weibl. Genital.* Zürich 1876. —

Окистахъ трубъ и яичниковъ смотри: Ad. Richard: *Observations de Kystes tubo-ovariens.* Bull. gén. de therap. T. 52. 1857. p. 152. (и и Bull. de l'acad. de méd. T. 22. 1856. p. 356). — Labbé: *Bull. de la soc. anatom.* Mai 1857. — Letenneur: *Gaz. des hôp.* 1859. No. 13. — Rokitansky: *Allg. Wiener med. Ztg.* 1859. No. 35. Hennig: *Monatsschr. f. Gebkde.* 1862. XXI. p. 128. — Hildebrandt: *Die neue gynäkolog. Universitätsklinik zu Königsberg.* Leipzig 1875. p. 109.

§ 26. Важнѣйшее изъ заболѣваній яичниковъ есть образование опухолей

въ этомъ органѣ. Оно представляетъ величайшій интересъ какъ для практика, такъ и для патолого-анатома. Съ гистологической точки зрѣнія представляется наиболѣе правильнымъ дѣленіе опухолей на образованія съ преобладаніемъ соединительной ткани и эпителиальнаго характера. Къ первой группѣ, въ десмонднымъ опухолямъ, слѣдовало бы причислить фибромы, саркомы и миксомы. всѣ три рѣдкія заболѣванія, въ особенности послѣдняя форма опухоли. Къ эпителиальнымъ опухолямъ относились бы необыкновенно часто встрѣчающіяся кистомы, болѣе рѣдкія карциномы и совсѣмъ рѣдкія аденомы.

Но дѣленіе, удобное для учебника патологической анатоміи, было бы непригодно здѣсь, гдѣ мы преслѣдуемъ практическія цѣли. Поэтому мы дѣлимъ опухоли на кистовидныя и плотныя. Строго провести такое дѣленіе конечно нельзя вслѣдствіе того, что нерѣдко встрѣчается сочетаніе плотнаго и кистовиднаго перерожденія; но во всякомъ случаѣ оно удовлетворяетъ практической потребности.

Мѣшчатыя опухоли или кистомы яичника распадаются на три группы: простыя кистовидныя образованія, пролиферирующія кистомы и дермоидныя кистомы. Разсмотримъ сперва:

ГЛАВА VII.

Простыя кисты (*Hydrops folliculorum Graafii. Hydrops ovarii*).

§ 27. Кистовидныя образованія въ яичникѣ, возникающія вслѣдствіе расширения Граафовыхъ пузырьковъ, представляются въ очень разнообразномъ видѣ и въ очень немногихъ случаяхъ получаютъ клиническій интересъ. Существуетъ обыкновенно нѣсколько, даже 10—20 мѣшчатыхъ полостей, которыя часто всѣ вмѣстѣ не увеличиваютъ яичника до двойнаго объема противъ нормальнаго. Иногда же одна изъ кистъ становится значительно больше и можетъ достигнуть величины кулака, даже головы взрослога человѣка, въ рѣдкихъ случаяхъ даже величины матки въ послѣднее время беременности, или болѣе.

Болѣе значительнаго роста достигаетъ обыкновенно только одна изъ кистъ, остальные почти всегда остаются совсѣмъ маленькими, и чѣмъ больше опухоль, тѣмъ чаще въ ней совершенно отсутствуютъ маленькія кисты; она является тогда въ анатомическомъ смыслѣ однополостною.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда ни одна изъ полостей не достигла еще значительнаго калибра, и потому весь яичникъ еще не увеличился значительно, кисты въ большемъ или меньшемъ количествѣ частью выдаются надъ поверхностью органа, въ особенности ббльшія изъ нихъ, тогда какъ самыя маленькія могутъ совершенно скрываться въ веществѣ органа. Проколотыя кисты выпускаютъ по большей части свѣтлую, жидкую, серозную влагу, рѣже коричневатую или кроваваго цвѣта. Стѣнка въ разрѣзѣ представляется въ видѣ тонкой, свѣтлосѣрой, нѣсколько прозрачной божицы; чѣмъ меньше киста, тѣмъ легче эта кожа можетъ быть отдѣлена отъ окружающей стромы, или отдѣлиться отчасти сама собою. Эта отдѣляющаяся нѣжная кожа состоитъ только

изъ внутренней, богатой кѣтками, части стѣнки Граафова фолликула. Внутри киста представляетъ цилиндрическій эпителий, принадлежащій фолликулу.

Въ тѣхъ нѣскольکو большихъ кистахъ, которыя сильнѣе выстоятъ надъ поверхностью яичника, самая выдающаяся часть стѣнки нерѣдко бываетъ необыкновенно истончена, такъ что киста въ этомъ мѣстѣ представляется свѣтлымъ какъ вода пузырькомъ, въ чрезвычайно тѣжной стѣнкѣ котораго можно даже разглядѣть совершенно ясно невооруженнымъ глазомъ развѣтвленія сосудовъ. Иногда при вскрытїи находятъ подобную отдѣльную кисту лопнувшую и спавшуюся. Вообще въ тѣхъ случаяхъ, которые были описаны, строма и паренхима яичника остались относительно нетронутыми и кисты, по скольку онѣ не выдавались надъ поверхностью, также какъ остальные, не увеличенные фолликулы, были заложены въ стромѣ.

Несравненно рѣже случается, что яичники увеличиваются въ болѣе значительной степени вслѣдствіе кистоваго перерожденія чрезвычайно большаго количества пузырьковъ, безъ образованія большой кисты. Въ такихъ случаяхъ строма все болѣе и болѣе разрушается, и увеличенный органъ состоитъ тогда почти только изъ многочисленныхъ, величиною съ лѣсной орѣхъ, лежащихъ одна подлѣ другой и связанныхъ только скудною соединительной тканью полостей описаннаго уже характера.

Первый случай этого рода описалъ Рокитанскій (Wochenbl. d. Ztschr. d. Ges. d. Aerzte v. Wien. 1855. I. p. 1) у 26-лѣтней особы «оба яичника представляли агрегатъ кистъ величиною отъ вишни до орѣха, которыя болѣею частью лежали тѣсно одна подлѣ другой, мѣстами взаимно сплющивали одна другую, или же слегка вдавались одна въ другую. Отдѣльныя кисты, по крайпей мѣрѣ большая часть ихъ, залегали въ довольно обильной, пустой соединительной ткани—stroma ovarii. Поверхность опухолей была потому мелкодольчатая и въ особенности здѣсь сидѣли тамъ и сямъ между буграми фолликулы величиною то въ просяное зерно, то въ горошину, то въ бобъ. Опухоль праваго яичника имѣла величину дѣтской головы и цилиндрическую форму. Опухоль лѣваго была съ кулакъ». Содержимое кистъ было разнообразно окрашено кровью, зеленоватаго, бронзоваго цвѣта, и въ немъ находились содержащія зернышки жира безцвѣтныя кровавыя кѣтки, пигментъ и свертки фибрина. Расширенные только до величины боба фолликулы представляли различные остатки membranae granulosaе и всѣ содержали яичко. Но яичко было мутно, zona pellucida мало обозначена, и зародышевый пузырекъ почти всегда отсутствовалъ.

Лоусонъ Тетъ (London obst. transact. XV. и Diseases of the ovaries. 1873. p. 54) также описываетъ случай того же рода. Оба яичника были поражены. Они вѣсили вмѣстѣ 10 фунтовъ и были приблизительно одинаковой величины. Каждый предствлялъ только 1 или 2 большихъ кисты и безчисленное множество маленькихъ. Поверхность опухолей была бѣлая и блестящая. Болѣе тонкія части большихъ кистъ имѣли своеобразную прозрачность. Въ меньшихъ кистахъ были видны яички, которыя сохранились тѣмъ совершеннѣе, чѣмъ меньше были кисты.

Сюда же принадлежитъ, повидимому, случай, изслѣдованный Ритчи и

Уэббомъ (Ritchie, Ovarian physiology p. 196 и Sp. Wells, med. times and. gaz. 1864. 6 August). Оба яичника 54-лѣтней женщины переродились и достигали величины головы 4-лѣтняго ребенка. Здѣсь также имѣлось множество кистъ меньшаго калибра, изъ которыхъ большая часть содержала яичко. Стѣнки представлялись частію утолщенными и въ нихъ мѣстами развились вторичныя кисты.

Быть можетъ тоже самое описываетъ Риндфлейшъ, какъ третью форму кистоида яичника. Онъ видѣлъ только одинъ препаратъ этого рода. Оба яичника имѣли величину кулака взрослого человѣка, гладкую поверхность и содержали кисты величиною до вишни. Большія кисты лежали въ центрѣ, меньшія по периферіи, что соответствуетъ положенію зрѣлыхъ и первичныхъ фолликулъ яичника. Но всѣ кисты въ этомъ случаѣ содержали прозрачную студень. Несмотря на это, Риндфлейшъ предполагаетъ, что здѣсь дѣло заключалось въ расширенныхъ фолликулахъ.

Приведенные 4 случая отличаются отъ обыкновенныхъ случаевъ водянки Граафовыхъ пузырьковъ гораздо большимъ числомъ переродившихся пузырьковъ, которые вмѣстѣ съ тѣмъ въ общей сложности приняли уже болѣе значительный объемъ. Кроме того, это были все двустороннія заболѣванія. Отличія эти во всякомъ случаѣ только количественныя и не могутъ служить поддержкою мнѣнію Тэта, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ особымъ родомъ опухолей. Но есть полное основаніе сомнѣваться, не слѣдуетъ ли причислить эти случаи къ пролиферирующимъ кистамъ или не представляютъ ли они переходной ступени къ этимъ послѣднимъ—вопросъ, имѣющій большое значеніе для происхожденія пролиферирующихъ кистомъ.

Между тѣмъ какъ обыкновенные случаи *Hydrops folliculorum* врядъ ли когда пріобрѣтаютъ клиническое значеніе, потому что при этихъ измѣненіяхъ упадковъ нѣтъ и увеличеніе яичниковъ также въ большинствѣ случаевъ не можетъ быть распознано,—изъ разсказанныхъ выше четырехъ случаевъ два послужили поводомъ къ двусторонней овариотоміи.

§ 28. Болѣе важное практическое значеніе получаютъ тѣ случаи, въ которыхъ развиваются выдающимся образомъ одна, рѣже двѣ или три кисты; тогда, какъ было сказано выше, другія кисты въ томъ же яичникѣ болѣею частью не развиваются, или можетъ быть часто атрофируются отъ давленія, если успѣли образоваться раньше.

Этотъ родъ водянки пузырьковъ образуетъ въ яичникахъ уже болѣе значительныя опухоли, которыя достигаютъ, правда, болѣею частью только величины кулака, или немного болѣе, но зато въ нѣкоторыхъ, рѣдкихъ случаяхъ превосходятъ своимъ объемомъ величину матки въ послѣднее время беременности. Эти опухоли бываютъ обыкновенно однокамерныя въ самомъ строгомъ смыслѣ. Рѣдко наблюдаются двѣ, три, или еще болѣе кистъ, изъ которыхъ тогда одна обыкновенно значительно преобладаетъ надъ другими по величинѣ. Этого рода опухоли называютъ сложными (*Oligocystische Tumoren*, ихъ называютъ еще «*pauciloculares*»; Meigs и другіе—также множественными кистами—*multiplices*)—названіе самое короткое и самое лучшее для того, чтобы отличить ихъ отъ пролиферирующихъ кистомъ. Различныя кисты такой опухоли только прилегаютъ одна къ другой и одинаковы по происхожденію. Ни-

когда онѣ не возникаютъ одна изъ другой, или не развиваются одна въ стѣнѣхъ другой. Сліяніе нѣсколькихъ такихъ полостей въ одну путемъ атрофіи и разрыва промежуточной стѣнки также встрѣчается здѣсь крайне рѣдко.

То обстоятельство, что всѣ патолого-аномы — Рокитанскій, Вирховъ (1848 г.), Ферстеръ, Клобъ, Клебъ, Риндфлейшъ—говорятъ только о кистахъ величиною самое большое въ голову взрослою челоука, свидѣтельствуегъ во всякомъ случаѣ о рѣдкости болѣе значительнаго роста. Что онѣ наблюдается въ отдѣльныхъ случаяхъ, отрицать нельзя. Уже К и в и ш ь говорить объ однополостныхъ опухоляхъ съ 40 фунтами содержимаго. Но это свидѣтельство не доказательно, такъ какъ названный авторъ безъ сомнѣнія много разъ причислялъ пролиферирующія кисты яичника съ преобладаніемъ одной кисты къ водянкѣ Граафовыхъ пузырьковъ; онъ и самъ говоритъ, что въ этихъ большихъ опухоляхъ часто случалось находить „эндогенныя новообразованія“. Къ этому нужно еще прибавить, что въ прежнее время нерѣдко принимали кисты *Lig. lat.* за пораженные водянойкой Граафовы фолликулы, и что доказательны только анатомическіе препараты или опухоли, которыя оказываются при оваріотоміи несомнѣнно принадлежащими яичнику. Новѣйшее время доставляюгъ, что только растяжимость брюшныхъ стѣнокъ ставить предѣлъ росту этихъ кистъ. Я экстирпировалъ въ августѣ 1875 г. несомнѣнно однополостную въ анатомическомъ смыслѣ опухоль яичника, содержащую 17 фунтовъ жидкости (*Berl. klin. Wocheschr.* 1876. № 11, случай 21-й). Гораздо большую опухоль я видѣлъ въ Эдинбургѣ, въ коллекціи Матвѣя Дункана.

Рис. 5.



Двусторонняя сложная опухоль (*Tumor oligocysticus*).

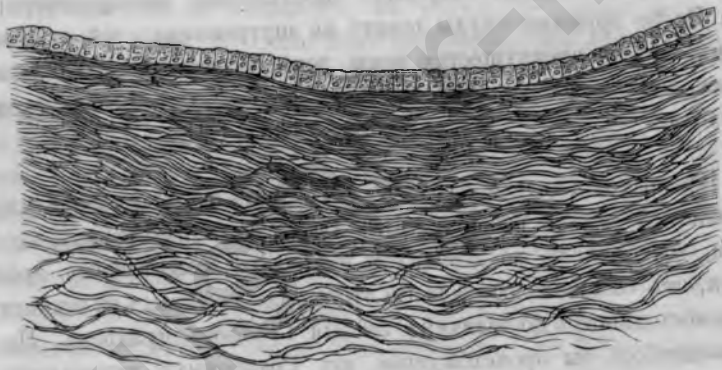
§ 29. Стѣнка однополостныхъ или сложныхъ опухолей имѣетъ весьма различную толщину; часто она бываетъ неравноурна даже у одной и той же опухоли; вообще же стѣнка этихъ кистъ отчасти тоньше, отчасти гораздо равнорнѣе чѣмъ у пролиферирующихъ кистомъ; но она никогда не имѣетъ той прозрачности, которая обыкновенно наблюдается на маленькихъ кистахъ. Въ ней по большей части можно различить два слоя и безъ труда отдѣлить ихъ другъ отъ друга. Эти слои соотвѣтствуютъ фиброзной и собственной оболочкѣ фолликула, къ которымъ можетъ присоединиться еще *Albuginea* яичника, какъ третій слой. Слои стѣнки состоятъ изъ болѣе или менѣе плотной соединительной тканн. Внутренняя стѣнка кисты всегда гладка, безъ всякихъ выступовъ, безъ выдающихся перекладинъ или вторичныхъ, сидящихъ на ней

кисть и безъ заворотовъ. Она покрыта низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Содержимое есть жидкая, большею частью прозрачная, никогда не тянущаяся въ нити, серозная жидкость, уд. вѣса 1005—1020. Она содержитъ бѣлковыя вещества, которыя осаждаются при кипяченіи, а также отъ кислотъ или алкоголя, затѣмъ соли, изъ которыхъ преобладаетъ Na Cl , иногда холестеринъ. Форменныя составныя части встрѣчаются въ крайне скудномъ количествѣ, если не произошло кровоизліянія въ кисту, или не образовалось въ ней нагноеніе. Когда жидкость прозрачна, въ ней находятъ въ самомъ скудномъ количествѣ эпителиальныя вѣтви или ихъ обломки, иногда же при самыхъ тщательныхъ поискахъ не обазывается никакихъ форменныхъ элементовъ. Если произошло кровотеченіе, то содержимое кисты становится темнѣе, кровавистымъ, коричневаго цвѣта или похожимъ на шоколадъ.

Нѣсколько анализовъ этихъ жидкостей уяснятъ ближе ихъ химическій составъ:

Г-жа Мѣрингъ. Большая, однополостная опухоль, не рецидивировала послѣ единственнаго прокола, сдѣланнаго девять лѣтъ тому назадъ: жидкость водяниста, слабо щелочной реакціи. Уд. вѣсъ 1014. Составныя части: 43,75‰ альбуминатовъ, 3,76‰ хлористаго натрія, слѣды фосфорнокислой извести и углекислаго натра; слѣды жира; холестерина нѣтъ. Веществъ восстанавливающихъ окись мѣди—нѣтъ (Анализъ проф. Кѣлера).

Рис. 6.



Разрѣзъ стѣнки простой овариальной кисты. *a.* эпителиальный покровъ. *b.* плотный, и *c.* рыхлый волокнистый слой.

Г-жа Липпе. Умѣренной величины однокамерная опухоль; четыре года тому назадъ вся жидкость была выпущена однимъ проколомъ, накопленіе ея вновь до сихъ поръ незначительно. Желтая жидкость съ большими массами холестерина; реакція щелочная: уд. вѣсъ 1022. Профильтрованная жидкость совершенно прозрачна, содержитъ 72,4‰ плотныхъ веществъ (альбуминаты), 8,9‰ золь; количество холестерина по вычисленію 1,05‰.

Слѣдующіе случаи, по незначительному содержанію плотныхъ составныхъ частей, болѣе соответствовали обыкновенному отношенію:

Г-жа Витгенбехеръ. Третій проколъ. Жидкость безцвѣтна; уд. вѣсъ 1006,8, реакція слабо-кислая; 10,2‰ плотныхъ составныхъ частей, органическихъ между ними очень мало. Сахарообразовательный ферментъ въ незначительномъ количествѣ, судя по дѣйствию на крахмальный клейстеръ.

Четвертый проколъ: нейтральная реакція; уд. вѣсъ 1007,5; 10,70‰ плотныхъ составныхъ частей, органическихъ между ними очень мало; только слѣды бѣлка. Сахарообразовательный ферментъ есть.

Послѣдній нерѣдко находятъ въ оворіальныхъ жидкостяхъ, какъ видно изъ этихъ и изъ другихъ анализовъ, сдѣланныхъ профессоромъ Нассе.

Самый яичникъ при маленькихъ кистахъ часто можно найти довольно сохраннымъ на нижней сторонѣ кисты, т. е. тамъ, гдѣ она находится въ соединеніи съ *Lig. latum*. Онъ можетъ имѣть хорошо сохранившіеся фолликулы и нормальную структуру. Только форма часто бываетъ измѣнена. Вслѣдствіе давленія и потягиванія со стороны кисты органъ удлиняется, расширяется и сплющивается. Чѣмъ больше киста, тѣмъ скуднѣе вообще остатки структуры яичника, которые можно различить по направленію къ ножкѣ опухоли. Наконецъ, единственнымъ указаніемъ на сохранившійся еще остатокъ стромы, можетъ служить нѣкоторое утолщеніе стѣнки большой кисты. По Фарру всего вѣрнѣе можно найти слѣды паренхимы яичника, если подвигаться къ опухоли отъ бахромчатаго конца трубы, вдоль самой длинной изъ бахромокъ (*Fimbria ovarica*).

Послѣдовательныя измѣненія стѣнки встрѣчаются здѣсь рѣже, чѣмъ при пролиферирующихъ кистахъ; но они не отсутствуютъ вполне; такъ наблюдаютъ жировое перерожденіе эпителия, отложеніе извести въ отдѣльныхъ мѣстахъ стѣнки, всего же чаще ея мѣстныя утолщенія, возникающія послѣ разрушенія спаявъ съ другими органами. О томъ, какъ содержатся вообще сосуды стѣнки, будетъ сказано подробнѣе впоследствии, при пролиферирующихъ кистахъ. Болѣе крупныя сосуды лежатъ на внутреннемъ слои стѣнки или въ немъ самомъ; это по преимуществу вены, нерѣдко значительнаго калибра. Не обнаруживая вообще правильности въ своемъ ходѣ, онѣ всегда сходятся къ ножкѣ опухоли.

§ 30. Происхожденіе и этиологія. Говорить сколько-нибудь увѣренно о большихъ кистахъ какъ о расширенныхъ Граафовыхъ пузырькахъ не было бы возможности, еслибъ намъ не доводилось наблюдать всевозможныя промежуточныя ступени, отъ большихъ образованій этого рода до самыхъ маленькихъ, лишь немного превосходящихъ по величинѣ зрѣлый Граафовъ пузырекъ. Но и этимъ еще не оказывалось бы происхожденіе изъ Граафовыхъ пузырьковъ, еслибъ мы не были въ состояніи указать на присутствіе яичекъ въ маленькихъ кистахъ. Это удалось впервые Рокитанскому въ сообщенномъ выше случаѣ, на всѣхъ кистахъ, которые были меньше боба. Въ болѣе крупныхъ кистахъ яичко конечно всегда погибаетъ, или его не удается открыть.

Хотя такимъ образомъ и не подлежитъ сомнѣнію, что подобныя мѣшечкатыя образованія возникаютъ изъ расширенія и водянки Граафовыхъ фолликулъ, зато въ отдѣльныхъ случаяхъ анатомической діагнозы, опредѣленіе — имѣемъ ли дѣло съ процессомъ именно этого рода, или же можетъ быть съ превратившимся въ однополостную кисту коллоидомъ яичника — все-таки можетъ представлять затрудненія, — конечно, только при большихъ кистахъ. Въ настоящее время нельзя еще также отрицать возможность происхожденія кисты въ стромѣ яичника, виѣ преобразованной полости, напр. путемъ кровоизліянія, хотя несомнѣнно слѣдуетъ признать его весьма рѣдкимъ, и при простой большой кистѣ можетъ возникнуть вопросъ о такомъ способѣ ея проис-

хождения; но во всякомъ случаѣ огромное большинство всѣхъ однокамерныхъ въ анатомическомъ смыслѣ кистъ относится къ *Hydros folliculi Graffiani*.

Спрашивается теперь, какимъ образомъ происходитъ такая водянка. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, при извѣстной степени накопленія жидкости внутри фолликула, онъ лопаεται въ самомъ слабомъ своемъ мѣстѣ, въ безсосудистой *stigma*. Патологическія условія при образованіи кистъ заключаются слѣдовательно въ двухъ моментахъ: въ чрезмѣрномъ накопленіи жидкости и въ томъ, что разрыва пузырька не происходитъ.

По мнѣнію Сканцони, самую обыкновенною причиною этого явленія бываетъ слишкомъ незначительный менструальный приливъ. Онъ ведетъ прежде всего къ утолщенію стѣнки фолликула, стало-быть къ усиленію сопротивленія, и обуславливаетъ также усиленное отдѣленіе фолликула. Согласно этому, говоритъ Сканцони, очень многія изъ женщинъ, одержимыхъ образованіемъ такого рода кистъ въ яичникѣ, не смотря на правильную менструацію, имѣютъ весьма мало развитые рубцы на поверхности яичниковъ, и всѣ эти женщины были безплодны.

Хотя этотъ взглядъ вполнѣ гипотетическій, нельзя отказать ему въ нѣкоторой вѣроятности. Вопросъ о томъ, въ какой мѣрѣ тутъ виновата именно *stigma folliculi*, не можетъ ли безсосудистое мѣсто, т. е. *locus minoris resistentiae* совершенно отсутствовать въ пузырькѣ, въ настоящее время есть вопросъ праздный, такъ какъ намъ до сихъ поръ неизвѣстно никакихъ аномалій въ этомъ отношеніи.

Нельзя также пока абсолютно ничего сказать о томъ, не служитъ ли первымъ толчкомъ къ развитію всей болѣзни заболѣваніе *ovuli*, мѣшающее разрыву пузырька.

Противоположный теоріи Сканцони взглядъ заключается въ томъ, что къ образованію кистъ ведетъ чрезмѣрная гиперемія и обусловленная ею апоплексія фолликула. Клобъ, Вестъ и Клебъ придали вѣроятность этому способу происхожденія водянки пузырьковъ, по крайней мѣрѣ для одной части случаевъ, опираясь на фактъ, что въ недостигихъ еще значительной величины кистахъ, возникшихъ изъ Граафовыхъ пузырьковъ, нерѣдко находятъ свѣжую кровь или коричневатая, довольно густая массы, или комочки пигмента въ довольно большомъ количествѣ и кристаллы гематоидина. Вестъ описываетъ даже препараты изъ музея госпиталя *Gu*, содержащіе кисты частью съ чисто кровью, частью съ содержимымъ, болѣе или менѣе окрашеннымъ кровью, и одновременно съ ними кисты съ чисто серозною жидкостью. На этомъ основаніи нужно считать весьма вѣроятнымъ, что кровонзліянія въ Граафовы фолликулы могутъ при благоприятныхъ условіяхъ вести къ образованію кистъ и водяней пузырьковъ.

Пизли безъ дальнихъ околичностей объявляетъ, что это страданіе есть катарръ пузырьковъ, такъ какъ состояніе это обыкновенно сопровождается интенсивнымъ катарромъ *genitalium*.

Клобъ предполагаетъ преждевременное исчезаніе функціональной сосудистой системы фолликула, которую принимаетъ Гроэ. Послѣ этого питающая сосудистая система производитъ дальнѣйшее разрастаніе фолликула и усиленное отдѣленіе.

Въ самое послѣднее время хотѣли отвергнуть существованіе дѣйствительно однополостныхъ кистъ яичника. Бэнтонъ (Lond. obstetr. transact. XV. 1874. p. 105) и Тэтъ (Patholog. and treatment of ovar. diseases) полагаютъ, что въ такихъ случаяхъ всегда имѣемъ дѣло съ кистами Ligam. lati.—Нѣтъ сомнѣній въ томъ, что и въ послѣднее время нѣкоторые случаи кистъ широкой связки, найденныхъ какъ при экстирпаціи, такъ и при вскрытіи, были описаны какъ однополостныя опухоли яичниковъ, потому что существованіе кистъ Lig. lati значительной величины прежде не было извѣстно, или ихъ считали необыкновенно рѣдкими. И теперь еще во время экстирпаціи такихъ опухолей часто невозможно бываетъ рѣшить, что мы имѣемъ предъ собою, такъ какъ стѣнки и содержимое кисты могутъ быть необычайно схожи въ обоихъ случаяхъ. Но для анатомическаго препарата экстирпированной кисты, мы имѣемъ два очень хорошихъ отличительныхъ признака — отношеніе къ опухоли брюшины и Фаллопиевой трубы. Отъ кисты Lig. lati брюшина отдѣляется легко и по всей поверхности въ видѣ очень тонкой пластинки, тогда какъ отъ кисты яичника пластинка peritonei можетъ быть отдѣлена только на ограниченномъ пространствѣ у ножки, и рвется, какъ скоро удалимся отъ Hilus. То, что можно отдѣлать снаружы съ остальныхъ частей яичника, есть всегда уже наружная пластинка стѣнки самой кисты; она гораздо толще peritonei и прикрѣплена несравненно плотнѣе. Другой признакъ есть отношеніе трубы. Эта послѣдняя на всѣхъ опухоляхъ яичниковъ сохраняетъ хоть короткую Mesosalpinx, за которую всегда можно приподнять ее надъ опухолью (за исключеніемъ, во всякомъ случаѣ, самого бахромчатого конца). На кистахъ широкой связки, имѣющихъ сколько-нибудь значительную величину, Mesosalpinx трубы уже не существуетъ; она лежитъ въ стѣнкахъ самой кисты, потому что эта послѣдняя развернула листки peritonei вплоть до трубы.

Хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ на экстирпированныхъ опухоляхъ нельзя бываетъ воспользоваться послѣднимъ признакомъ по причинѣ отсутствія трубы, тѣмъ не менѣе на основаніи новѣйшихъ изслѣдованій нужно сказать, что однополостныя въ самомъ строгомъ смыслѣ опухоли яичника положительно встрѣчаются, хотя по мѣрѣ того, какъ научались лучше различать ихъ, онѣ все болѣе и болѣе оказывались большою рѣдкостью. Между прочимъ, Сп. Уэльсъ также рѣшительно высказался противъ мнѣнія Бэнтонка и Тэта.

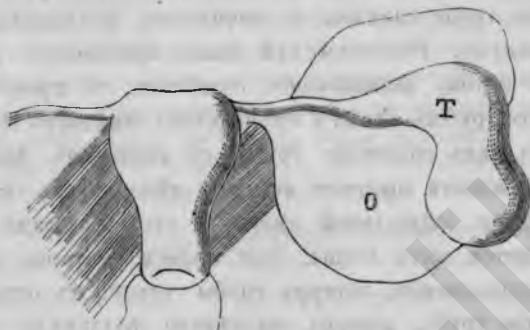
§ 31. Согласно всѣмъ сообщеннымъ выше объясненіямъ, образованія кистъ изъ Граафовыхъ пузырьковъ, несостоявшійся разрывъ пузырька долженъ во всякомъ случаѣ являться первымъ условіемъ его расширенія и развитія кисты; и безспорно, это основное условіе оказывается вѣрнымъ для огромнаго большинства случаевъ. Рокитанскій однако показалъ, что и лопнувшій фолликулъ, Corpus luteum можетъ слѣдовать основой цистическаго образованія. Онъ не разъ видѣлъ кисты величиною въ грецкій орѣхъ и болѣе, которымъ долженъ былъ приписать такое происхожденіе, въ периферіи яичника забеременѣвшихъ особъ. Кисты эти представляли слѣдующія особенности: онѣ были одѣты сѣро-бѣлымъ слоемъ, который превосходилъ толщиной стѣнку кисты и былъ болѣе или менѣе плотно сросшенъ съ нею. Слой этотъ съ внутренней стороны представлялся шероховатымъ и въ немъ легко было узнать нѣсколько сглаженный и истонченный давленіемъ изнутри желтый слой corporis lutei. Рокитанскій видѣлъ также отсутствіе этого слоя въ одномъ мѣстѣ, которое, конечно, могло соответствовать мѣсту разрыва пузырька.

§ 32. Здѣсь умѣстно будетъ упомянуть объ одномъ родѣ кистъ, описанномъ впервые Ришаромъ и названномъ имъ трубно-яичниковыми кистами. Рѣчь идетъ здѣсь также объ однокамерныхъ кистахъ, болѣею частью незначительной величины, образуемыхъ отчасти яичникомъ, отчасти трубою. Простая полость кисты имѣетъ перетяжку, которая въ большинствѣ случаевъ позволяетъ еще ясно распознать, гдѣ находится мѣсто сращенія обоихъ орга-

новъ. Соответственно этому мѣсту на наружной сторонѣ находятся бахромки, часто самымъ тѣснымъ образомъ соединенныя со стѣнками кисты. Труба, образующая далеко меньшую часть кисты, бываетъ расширена въ большинствѣ случаевъ только въ наружной трети, рѣже по всей длинѣ.

Ришаръ говоритъ, что видѣлъ 11 случаевъ этого рода, изъ которыхъ однако описаны лишь немногіе; Ровитанскій также видѣлъ два случая. Эти два препарата были взяты отъ 30-ти-лѣтней и 57-ми-лѣтней женщинъ. Въ одномъ случаѣ яичникъ, кромѣ нѣсколькихъ маленькихъ, наполненныхъ прозрачною серою кистъ, содержалъ одну великою въ грецкій орѣхъ, внутрен-

Рис. 7.



Трубно-яичниковая киста по Ришару.

няя стѣнка которой казалась какъ бы обтянутою грубой вязаной тканью и была усажена отдельными коричневыми пигментными пятнами. Въ нее прямо впадало расширенное устье трубы и образовало около третьей части полости. Окончанія бахромокъ были частью видны на внутренней сторонѣ кисты въ видѣ маленькихъ бородавочекъ. Въ остальной части и вблизи матки труба имѣла

Рис. 8.



Трубно-яичниковая киста въ разрѣзѣ.

ширину ствола пера. Другая труба была срослена съ атрофированнымъ яичникомъ своей стороны, но оканчивалась свободно бахромками. Совершенно такой же былъ второй случай; и здѣсь киста, величиною въ бобъ, представляла легкую пигментацию. Обѣ трубы были срослены съ яичникомъ.

Геннигъ сообщилъ случай двусторонней, также маленькой трубно-яич-

никовой кисты. Единственный до нынѣ случай по величинѣ кисты описываетъ Гильдебрандтъ. Киста достигала здѣсь объема матки въ послѣднее время беременности и содержала 15 литровъ сѣро-зеленоватой, густоватой жидкости, затѣмъ нѣсколько комковъ фибрина, желтаго цвѣта и обильное количество холестерина. Внутренняя стѣнка была частью гладка, частью представляла бородавкообразныя разрощенія. Труба, утолщенная во много разъ, принимала вмѣстѣ съ бахромками участіе въ образованіи кисты. Просвѣтъ ея былъ такъ расширенъ по направленію къ кистѣ, что въ него можно было ввести указательный палець. Большая киста была экстирпирована съ усѣхомъ.

Относительно происхожденія этихъ кистъ Ришаръ принимаетъ, что при созрѣваніи фолликула труба спаялась съ яичникомъ, фолликулъ сперва расширился, а потомъ лопнулъ. Рокитанскій также принимаетъ первичное сообщеніе съ каналомъ трубы, возникающее совместно съ процессами изгнанія яйца и воспріятія его трубою. Фейтъ справедливо замѣчаетъ по поводу таковаго толкованія, что такъ какъ спаваніе трубы съ яичникомъ фізіологически не составляетъ принадлежности процесса изгнанія яйца, то это спаваніе должно предшествовать разрыву овариальной кисты и что образованіе трубно-яичниковой кисты объясняется всего лучше, если примемъ катарръ трубы и фолликула. По этому предположенію, катарръ трубы ведетъ къ ограниченному перитониту и спаванію трубъ, катарръ отдѣльнаго фолликула—къ расширенію этого послѣдняго, и при случайномъ вскрытіи его въ трубу возникаетъ трубно-яичниковая киста. Къ этому предположенію необыкновенно подходит двусторонность срощенія въ обоихъ случаяхъ Рокитанскаго и въ случаѣ Геннига. Въ этомъ послѣднемъ процессъ вызвалъ образованіе трубно-яичниковой кисты даже съ обѣихъ сторонъ.

Чрезвычайно малое число извѣстныхъ до сихъ поръ препаратовъ трубно-яичниковыхъ кистъ съ очевидностью свидѣтельствуетъ о рѣдкости этого заболѣванія. Такъ какъ кисты эти вообще имѣютъ очень маленькій объемъ, то онѣ не причиняютъ никакихъ припадковъ, если не достигнутъ, въ видѣ исключенія, большихъ размѣровъ, какъ въ случаѣ Гильдебрандта. Одинъ только симптомъ наблюдается чаще,—періодическое истеченіе большею частью водянистой жидкости черезъ трубу и матку наружу—*Hydrops ovariorum profluens*. Продолжающееся существованіе сообщенія трубы съ маткой, которое, какъ кажется, имѣло мѣсто въ всѣхъ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ, обуславливаетъ возможность такого оттока жидкости изъ кисты. Въ этомъ же заключается конечно и причина, почему самая киста не достигаетъ значительной величины. Постояннаго оттока вообще не наблюдается, такъ какъ его обыкновенно не допускаетъ внутренній, нерасширенный конецъ трубы, и существующія препятствія преодолеваются только при болѣе сильномъ напряженіи кисты. Вмѣстѣ съ наступившимъ истеченіемъ должно наступать нѣкоторое расслабленіе кисты, и Геннингъ дѣйствительно обращаетъ особенное вниманіе на паразитическую вялость кисты въ его случаѣ. Скопленіе жидкости въ трубѣ въ случаѣ Гильдебрандта очевидно вызвало гипертрофію всѣхъ стѣнокъ трубы.

Явленіе періодическаго водянистаго истеченія будетъ разсмотрѣно ближе въ главѣ о симптоматологіи.

Здѣсь нужно еще замѣтить, что не всякое сообщеніе кисты яичника съ трубою можетъ быть названо трубно-яичниковой кистой. Если придерживаться картины, данной Р и шаромъ и Рокитанскимъ въ ихъ описаніяхъ, и принять данное выше объясненіе, какъ несравненно болѣе другихъ правдоподобное, то этимъ именемъ можно называть во всякомъ случаѣ только простыя кисты, происхожденіе которыхъ изъ Граафова пузырька представляется вѣроятнымъ, послѣ того какъ совершилось соединеніе ихъ съ трубою. При этомъ конечно не исключается возможность того, что нѣкоторое количество другихъ пузырьковъ окажется также въ состояніи расширенія, какъ въ одномъ случаѣ Рокитанскаго.

Поводъ къ появленію *Hydr. profluentis* подають точно также сообщеніе между полостями пролиферирующей кистомы и трубою. Въ случаяхъ этого рода, встрѣчающихся несравненно чаще, чѣмъ настоящія трубно-яичниковыя кисты, принадлежала можетъ быть большая часть тѣхъ одиннадцати случаевъ, которые наблюдалъ Р и шаръ и большинство которыхъ, какъ кажется, не были разъяснены вскрытіемъ. Сюда же безъ сомнѣнія нужно причислить случай, который наблюдалъ Б л а з и у с ъ (*commentatio de hydrope ovariorum profluente*, *Nalae*, 1834.) и въ которомъ состоялось вскрытіе, — случай, причисляемый почти всѣми авторами къ трубно-яичниковымъ кистамъ. Оба яичника переродились въ опухоли и содержали каждый 5—6 большихъ и еще болѣе маленькихъ кистъ. Эти послѣднія содержали вязкую, желтую, желеобразную массу. Трубы также были сильно удлинены, но о расширеніи ихъ ничего не сказано. Одна изъ трубъ сообщалась съ одной маленькой кистой соответственнаго яичника. Одинъ изъ яичниковъ имѣлъ величину головы.

§ 33. Изъ сказаннаго о мѣшчатыхъ образованіяхъ, происходящихъ вслѣдствіе водянки Граафовыхъ пузырьковъ, слѣдуетъ, что слабыя степени этой аномалии нерѣдко бывають находимы на трупѣ и представляютъ, можетъ быть, самую частую изъ всѣхъ болѣзней яичниковъ, но что клиническаго интереса эти случаи не имѣють. Они имѣють практическое значеніе лишь въ томъ отношеніи, что ими можетъ иногда обуславливаться безплодіе и что, слѣдовательно, эта причина содѣйствуетъ увеличенію числа тѣхъ, не особенно рѣдкихъ случаевъ безплодія, которыхъ не разъясняетъ самое точное изслѣдованіе. Растяженіе нѣкотораго количества фолликулъ, производя давленіе на другіе, здоровые, причиняетъ ихъ гибель, и если болѣзненный процессъ распространился далеко, то дѣло можетъ дойти, повидимому, до уничтоженія всѣхъ еще здоровыхъ фолликулъ безъ значительнаго увеличенія яичника.

Такія заболѣванія, при которыхъ нѣкоторое количество фолликулъ перерождается въ маленькія кисты величиною отъ чечевицы до вишни, доводится наблюдать почти во всѣхъ возрастахъ, всего рѣже въ старческомъ. Ихъ находятъ уже у новорожденныхъ и даже у зародыша. Необыкновенно часто случается находить ихъ у умершихъ беременных и родильницъ; у этихъ послѣднихъ начало болѣзни относится конечно еще во времени беременности. Этотъ фактъ весьма пригоденъ для того, чтобы доставить новую опору мнѣнію Сканцони о происхожденіи водянки Граафовыхъ пузырьковъ вслѣдствіе уменьшеннаго менструальнаго прилива.

Случаи водянки пузырьковъ, получающіе важное клиническое значеніе и вообще замѣтные, необыкновенно рѣдки въ сравненіи съ такъ часто встрѣчающимися пролиферирующими кистами яичника. По большей части рѣчь идетъ при этомъ объ одной только кистѣ, и тогда опухоль будетъ однополостная въ клиническомъ и анатомическомъ смыслѣ. Кромѣ того, однополостная, въ самомъ строгомъ смыслѣ слова, мѣшчатая опухоль врядъ ли когда встрѣчается въ яичникѣ. По крайней мѣрѣ нужно считать еще сомнительнымъ,

может ли когда-нибудь коллоидная опухоль (пролиферирующая киста) сделаться действительно однополостною. Съ другой стороны и *Hydrops folliculorum* может сделаться двухъ-трехъ-полостною и болѣе въ случаяхъ, которые становятся предметомъ клиническаго наблюдѣнія. Такимъ образомъ, различіе опухолей однокамерныхъ и многокамерныхъ въ анатомическомъ смыслѣ не идентично съ дѣленіемъ ихъ на *Hydrops folliculorum* и коллоидное перерожденіе яичника. Если же примемъ слово «одно-и многополостная» въ клиническомъ смыслѣ, то оба дѣленія приблизительно совпадаютъ, потому что водянку пузырьковъ почти всегда приходится разсматривать клинически какъ однокамерную, а пролиферирующую кисту въ клиническомъ и особенно въ терапевтическомъ отношеніи всегда нужно разсматривать и лечить какъ многополостную.

Теченіе, симптоматологію, діагнозъ и леченіе случаевъ водянки Граафовыхъ пузырьковъ, имѣющихъ клинической интересъ, мы разсмотримъ совместно съ пролиферирующей кистой въ соответственныхъ главахъ. Къ ней мы теперь и перейдемъ.

Пролиферирующая киста.

Коллоидная опухоль. Миксоидная киста. Кистозидъ. *Adenoma cylindrocellulare*.

ГЛАВА VIII.

Анатомія.

§ 34. Строеііе и ростъ. Пролиферирующая киста яичника образуетъ опухоль болшею частью неправильной, шарообразной формы и крайне разнообразной величины. Начиная съ незначительныхъ увеличеній, которыя не часто приходится видѣть даже анатому, не только практику, яичникъ можетъ вырасти до величины, соответствующей вѣсу въ 50 виллограммъ и болѣе, стало-быть онъ можетъ превращаться въ опухоли, превосходяшія разъ въ восемь и болѣе матку въ послѣднее время беременности. Неболшія опухоли, до головы взрослога человека, вообще имѣютъ менѣе правильную форму и плотнѣе на-ощупъ тѣмъ болшія. Онѣ состоятъ въ большинствѣ случаевъ изъ множества маленькыхъ и самыхъ маленькыхъ кистъ, хотя и весьма различной величины, но обыкновенно безъ значительнаго преобладанія одной изъ нихъ надъ остальными. Вмѣстѣ съ тѣмъ эти кисты наполнены густоватымъ содержимымъ и представляютъ поэтому довольно большое сопротивленіе при ощупываніи. Чѣмъ болшихъ размѣровъ достигла опухоль, тѣмъ вѣрнѣе въ ней имѣется одна особенно болшая полость, которая является главною кистой. Въ то же время эта послѣдняя, какъ и всякая другая болѣе крупная киста опухоли, представляется на ощупъ уже не плотною, а упругою, и это тѣмъ болѣе вѣрно, что содержимое такихъ кистъ обыкновенно составляетъ жидкая влага. Существованіе одной главной кисты не исключаетъ присутствія въ той же опухоли нѣсколькихъ другихъ, также довольно ужъ болшихъ кистъ, и случается также, что въ ней имѣются двѣ или три кисты приблизительно равной величины и

ни одной собственно главной. На главной кисти, или на кистях, уже достигших значительной величины, образуются маленькія вторичныя опухоли, сидяція на стѣнкахъ, или въ стѣнкахъ большихъ полостей. Онѣ несравнено чаще вдаются отсюда внутрь большихъ кистъ, чѣмъ выстоятъ кнаружи и отъ этого зависитъ тотъ фактъ, что нерѣдко встрѣчаются большія опухоли, которыя представляютъ на живой положительно одинъ равномерный сводъ, безъ выступовъ, и потому симулируютъ при клиническомъ изслѣдованіи однополостныя опухоли, не будучи таковыми въ дѣйствительности. Меньшая часть вторичныхъ опухолей, возникающихъ въ стѣнкахъ болѣе крупной кисты, суть отдѣльныя кисты величиною отъ яблока до кулака. Большинство же ихъ — конгломераты кистъ, которые образуютъ опухоли, достигающія размѣровъ головы, и содержатъ рядомъ съ безчисленными маленькими и мельчайшими полостями, нѣкоторое количество полостей величиною въ яблоко и, можетъ быть, въ кулакъ. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ крупныхъ полостей совсѣмъ нѣтъ, части опухоли кажутся болѣе плотными на ошупь и часто, въ особенности на живой, при ошупываніи черезъ брюшныя покровы, производятъ впечатлѣніе абсолютно плотныхъ опухолей. На разрѣзѣ такія части имѣютъ видъ, напоминающій до нѣкоторой степени медовыя соты.

На отношеніе отдѣльныхъ полостей другъ къ другу было отчасти уже упомянуто. Меньшія кисты всегда сидятъ въ стѣнкахъ большихъ; пока онѣ очень малы, стѣнки большихъ кистъ, часто толстыя, могутъ охватывать ихъ со всѣхъ сторонъ. По мѣрѣ увеличенія вторичныхъ кистъ онѣ все больше и больше вырастаютъ надъ поверхностью, по большей части внутренней, и наконецъ могутъ прикрѣпляться къ стѣнкѣ материнской кисты только очень небольшою частью своей поверхности. Это послѣднее соединеніе однако никогда не вытягивается на подобіе ножки, а также дѣло никогда не доходитъ до полного самопроизвольнаго отдѣленія вторичной кисты отъ первичной. Зато случается, что первая разрастается до такой степени, что выполняетъ всю первичную кисту и стѣнки ея прилегаютъ изнутри къ стѣнкамъ этой послѣдней. Этотъ процессъ можетъ повторяться на вторичной кистѣ, т. е. въ ней можетъ образоваться киста третьяго порядка и выполнить ее въ свою очередь. Путемъ такого послѣдовательнаго наслаиванія стѣнокъ новыхъ кистъ на старую можетъ наконецъ произойти значительное утолщеніе этой послѣдней.

Чаще встрѣчается и болѣе удобенъ для наблюденія другой процессъ, имѣющій въ особенности большое вліяніе на измѣненіе отношеній въ строеніи опухолей, а именно сліяніе нѣсколькихъ полостей въ одну. Большія и маленькія полости, лежащія рядомъ, оказываютъ взаимно давленіе другъ на друга и измѣняютъ свою форму, уплощаются. Стѣнки, ихъ раздѣляющія, атрофируются подъ вліяніемъ взаимнаго давленія и нерѣдко истончаются до того, что прорываются. Происшедшая дыра быстро расширяется и такимъ образомъ возникаетъ полость, образуемая двумя кистами, въ которой сначала можно ясно различить мѣсто соединенія и которая имѣетъ въ разрѣзѣ форму бисквита. Но благодаря давленію изнутри, шейка, вначалѣ узкая, скоро расширяется и представляетъ уже только круговую, болѣе или менѣе выстоящую, жесткую каемку, которая образовалась изъ слившихся стѣнокъ обѣихъ первоначальныхъ

полостей. Наконецъ и каемка можетъ исчезнуть вполне или отчасти подъ вліяніемъ все выравнивающего и сглаживающаго содержимаго кисты, и такимъ образомъ можетъ исчезнуть всякій слѣдъ сліянія двухъ кистъ.

Этотъ процессъ сліянія кистъ повторяется въ пролиферирующихъ кистамахъ сотни и тысячи разъ. Онъ происходитъ какъ въ самыхъ большихъ, такъ и въ самыхъ маленькихъ кистахъ и уменьшаетъ число существующихъ полостей, если только не возникаетъ тѣмъ временемъ столько же, или еще больше новыхъ кистъ. Большія полости въ кистамахъ вообще происходятъ только черезъ процессъ сліянія кистъ. Путемъ простаго собственнаго роста ихъ едва ли могли бы возникнуть такія большія полости, какія мы наблюдаемъ ежедневно при пролиферирующихъ кистамахъ. Какъ скоро въ опухоли возникла одна большая, главная киста, процессъ сліянія по преимуществу идетъ ей въ прокъ. Большая главная киста развиваетъ въ своихъ растянутыхъ стѣнкахъ безчисленное множество вторичныхъ кистъ, изъ которыхъ большое число при дальнѣйшемъ ростѣ прорываются внутрь; просвѣты ихъ присоединяются къ просвѣту главной кисты и помогаютъ ему увеличиваться. Если новыхъ кистъ, достигающихъ значительной величины, не образуется, то дѣло можетъ окончиться тѣмъ, что первоначально многополостная, пролиферирующая киста превращается въ однополостную въ клиническомъ смыслѣ; можетъ даже случиться, что въ опухоли, уже достигшей можетъ быть большихъ размѣровъ, не обазывается, даже при разрѣзѣ стѣнки, никакихъ другихъ полостей, видимыхъ невооруженнымъ глазомъ. Но присутствіе микроскопически малыхъ кистовыхъ образований, на что обращаетъ вниманіе и Клебсъ, обыкновенно можетъ еще быть доказано; этимъ оправдывается предположеніе, что такая опухоль, превратившаяся въ однополостную, всегда носитъ въ себѣ способность превратиться снова въ многополостную путемъ развитія новыхъ кистъ въ ея стѣнкахъ. Опухоль же клинически однополостная никогда не бываетъ таковою съ самаго начала, а всегда происходитъ изъ многополостной кистомы.

§ 35. Содержимое полостей необыкновенно разнообразно и измѣняется главнымъ образомъ смотря по величинѣ кистъ. Тогда какъ самыя большія полости всегда содержатъ водянистую, легко текущую, серозную жидкость, въ полостяхъ величиною почти съ матку въ концѣ беременности уже могутъ иногда находиться весьма густыя, тягучія, слизистыя жидкости, которыя однако еще вытекаютъ черезъ толстый троакаръ. Постепенное разведеніе, разжиженіе содержимаго по мѣрѣ увеличенія кистъ находится быть можетъ въ связи, какъ принимаетъ Беттхеръ, съ измѣненіями эпителиальныхъ клѣтокъ. Затѣмъ, кисты величиною съ голову и меньше уже чаще имѣютъ содержимое подобное меду, которое почти не течетъ и отличается вязкостью, и наконецъ въ маленькихъ кистахъ, а иногда даже въ имѣющихъ величину головы, находятся желеобразныя массы.

Всего чаще массы эти имѣютъ сѣрый цвѣтъ и нѣсколько мутны, похожи всего больше на вареный крахмалъ; въ другихъ случаяхъ онѣ имѣютъ желтый винный цвѣтъ и прозрачны какъ желе, сваренное на винѣ, или походятъ на телячье желе, рѣже имѣютъ зеленоватый оттѣнокъ. Самая обыкновенная

разновидность, сѣраго цвѣта, въ особенности отчичается необычайною вязкостью, такъ что ее можно рѣзать ножницами не раздавливая и трудно освободить отъ нея альвеолы. Подъ микроскопомъ студенистая масса кажется совершенно однородною, безъ всякой структуры, за исключеніемъ нѣкоторыхъ мѣстъ. А именно, если тщательно присмотрѣться къ студенистымъ массамъ нѣсколько болѣе крупныхъ полостей, то откроемъ въ нихъ бѣлыя и желтыя линіи и при болѣе точномъ изслѣдованіи на разрѣзахъ, сдѣланныхъ по различнымъ направленіямъ, по изслѣдованіямъ Вирхова оказывается, что студенистыя массы распадаются на множество отдѣленій въ формѣ столбиковъ или цилиндровъ, стоящихъ своими продольными осями перпендикулярно къ стѣнкѣ кисти. Каждое отдѣленіе окружено тонкою сворлуной изъ названнаго бѣлаго вещества, а это послѣднее состоитъ изъ распадающихся эпителиальныхъ вѣтвѣтъ, капелекъ жира, зернышекъ и жировыхъ кристалловъ, какъ продуктовъ распадѣнія. Происхожденіе этихъ образованій можно представить себѣ слѣдующимъ образомъ: стѣнки нѣсколькихъ полостей, наполненныхъ желеобразнымъ коллоиднымъ веществомъ, атрофируются вслѣдствіе взаимнаго давленія. Соединительная ткань погибаетъ совершенно путемъ всасыванія. Эпителиальные элементы, хотя и подвергаются зернистому распадѣнію, но сохраняются дольше и образуютъ тѣ бѣлыя покровы вокругъ содержимаго одиночныхъ кистъ. Приблизительно, цилиндрическая форма происходитъ оттого, что массы содержимаго отдѣльныхъ кистъ послѣ сліянія ихъ превратились въ однородныя отрѣзки содержимаго отнынѣ общей шарообразной полости.

Крювелъ и позднѣе Вирхову удавалось видѣть изрѣдка, что чрезъ безструктурныя студенистыя массы свободно проходили изолированные сосуды. Сосуды могли остаться здѣсь только отъ исчезнувшихъ перегородокъ. Они не лишены значенія въ происхожденіи произвольныхъ кровоизліаній въ полости кистъ.

§ 36. Стѣнки отдѣльныхъ кистъ имѣютъ весьма различную толщину. Есть опухоли, представляющія сплошь толстыя и крѣпкія стѣнки и есть другія, весьма неприятыя для экстирпаціи, съ необыкновенно тонкими, рвущимися стѣнками даже на наружной границѣ опухоли. Такъ Шомель видѣлъ одну опухоль, которая даже при вскрытіи была сперва принята за брюшную водянку, потому что сначала не замѣтилъ ея тонкихъ стѣнокъ. Вообще же, внѣшняя стѣнка всей опухоли, совпадающая болшею своею частью со стѣнкою главной кисты, бываетъ обыкновенно самая толстая и плотная. Какъ и всѣ стѣнки, она состоитъ главнымъ образомъ изъ густой соединительной ткани и при нѣкоторомъ усиліи всегда можетъ быть раздѣлена на двѣ, а часто и болѣе пластинокъ. Въ соединительной ткани главной и промежуточныхъ стѣнокъ проходятъ сосуды.

Особенная толщина главной стѣнки, которая можетъ и не быть повсюду равномерна, — хотя крайнихъ степеней она обыкновенно не представляетъ, — является результатомъ нѣсколькихъ причинъ. Утолщенію главной стѣнки содѣйствуютъ преимущественно стѣнки лопнувшихъ вторичныхъ мѣшеччатыхъ образованій, развивающихся въ главной стѣнкѣ. Затѣмъ, къ ней примыкають срощенія, происходящія между опухолью и другими органами, и кромѣ того,

наслаиваются снаружи новыя кожистыя перепонки, которыя съ теченіемъ времени все болѣе и болѣе утолщаются, благодаря новообразованнымъ сосудамъ, подходящимъ къ опухоли снаружи, и могутъ значительно утолщать главную стѣну.

Внутренняя поверхность кистъ покрыта истиннымъ, коротко-цилиндрическимъ эпителиемъ, который Вальдейеръ всегда находилъ однослойнымъ, тогда какъ Риндфлейшъ, Бетхеръ и др. говорятъ о наслоеніи его въ нѣсколько рядовъ. Во всякомъ случаѣ, эпителий покрываетъ всю внутреннюю стѣну со всѣми ея выступами. На поперечныхъ разрѣзахъ стѣнки находятъ, что эпителий образуетъ различныя углубленія, частію въ формѣ чашекъ, частію цилиндрической. Развѣтвленій этихъ углубленій и напоминающихъ желѣзы трубокъ не встрѣчается, но многія изъ нихъ часто впадаютъ въ одно общее плоское углубленіе на поверхности (Клебсъ). Благодаря этимъ желѣзистымъ образованіямъ, внутренняя стѣнка кистъ получаетъ характеръ слизистой оболочки, которую Клебсъ сравниваетъ съ строеніемъ слизистой оболочки желудка.

§ 37. Другое образованіе, наблюдаемое на внутренней поверхности, состоитъ изъ папиллярныхъ разроженій, которыя исходятъ изъ соединительной ткани стѣнки, покрыты эпителиемъ и вдаются въ просвѣтъ кисты. Они являются то въ видѣ тонкихъ, нѣжныхъ ниточекъ, то болѣе толстыми, пуговчатыми, нерѣдко наконецъ древовидно развѣтвляются и тогда часто являются въ видѣ пуговчатыхъ отростковъ, которые сидятъ на довольно тонкихъ стебелькахъ и изъ которыхъ иные могутъ достигнуть величины вишни. Отдѣльныя окончанія ихъ содержатъ внутри нѣтъ сосудовъ довольно значительнаго калибра. Обиліе сосудовъ придаетъ имъ живой темнокрасный цвѣтъ и обуславливаетъ ихъ наклонность къ значительной кровоточивости при самомъ легкомъ поврежденіи. Микроскопически мелкіе сосочки на стѣнкѣ кистъ вовсе не рѣдкость, но болѣе крупныя образованія этого рода встрѣчаются не особенно часто. Небольшія кисты, величиною съ вишню, бывають иногда совершенно выполнены папиллярными разроженіями, и не очень рѣдко стѣнка ихъ подвергается перфорациі вследствие давленія на нее папилломы. Въ болѣе крупныхъ кистахъ папиллярныя образованія наблюдаются гораздо рѣже и тѣ изъ нихъ, которыя видны микроскопически, занимаютъ обыкновенно лишь маленькіе участки стѣнки. Кистомы, въ которыхъ даже болѣе крупныя кисты представляютъ высокую степень развитія папилломъ, названы папиллярною формою кистомы—*Kystoma proliferum papillare* — въ отличіе отъ обыкновенной формы — *Kystoma proliferum glandulare*. Согласно общепринятому взгляду однако, между этими двумя формами существуетъ лишь разница въ постепенности развитія. Папиллярная кистома вѣдь также представляетъ желѣзистыя образованія, и папиллома возникаетъ въ этихъ послѣднихъ и вмѣстѣ съ ними. Вмѣсто обычнаго разроженія эпителиальныхъ элементовъ, здѣсь преобладаетъ разроженіе соединительной ткани.

§ 38. Такимъ образомъ, для большинства содержащихъ папилломы кистомъ нельзя установить ни анатомическаго, ни клиническаго существеннаго отличія отъ обыкновенной желѣзистой кистомы. Но есть одинъ видъ опухолей,

которому безусловно нужно отвести особое мѣсто. Это кистомы, которыя должны быть названы папиллярными въ самомъ точномъ смыслѣ, и которыя какъ анатомически, такъ и клинически значительно разнятся отъ обыкновенныхъ.

Въ общей сложности, онѣ построены какъ обыкновенныя кистомы яичника, причемъ представляютъ во многихъ изъ своихъ полостей, въ особенности въ главной кистѣ, необыкновенно высокую стѣнь развитія папилломъ, такъ что эти послѣднія покрываютъ части внутренней стѣнки величиною въ ладонь. Слѣдующія особенности побуждаютъ насъ разсматривать ихъ какъ особый видъ кистомъ. Въ очень большомъ числѣ случаевъ, можетъ быть даже въ абсолютномъ большинствѣ ихъ, онѣ развиваются съ обѣихъ сторонъ. Сидятъ онѣ большею частью *intra ligamentum*, т. е. между листками широкой связки, если не пѣликомъ, то по крайней мѣрѣ весьма значительнымъ отрѣзкомъ. Далѣе, во многихъ случаяхъ онѣ повидимому долго остаются стационарными, или же растутъ очень медленно. Наконецъ,—и это самая главная побудительная причина для отдѣленія этихъ опухолей отъ обыкновенныхъ пролиферирующихъ кистомъ.— онѣ несутъ на своей внутренней поверхности, мѣстами или по всей, мерцательный эпителий. Этотъ послѣдній въ яичникѣ не встрѣчается и присутствіе его заставляетъ поэтому предполагать, что происхожденіе этихъ опухолей нужно относить къ придатку яичника, каналы котораго всегда выстланы мерцательнымъ эпителиемъ. Правда, что при опухоляхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, весьма вѣроятно существуетъ заболѣваніе и самыхъ яичниковъ и едва ли находятъ ихъ подлѣ опухоли нетронутыми. Но и это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что придатокъ яичника не только доходитъ до *hilus ovarii*, но всегда (Вальдейеръ) заходитъ въ начальную часть его. Поэтому, если мы не допускаемъ тератонднаго происхожденія всѣхъ опухолей, и въ которыхъ находятъ мерцательный эпителий, и принимаемыхъ за оваріальныя, то развитіе ихъ изъ *Europhoron* представляется самымъ вѣроятнымъ, чему вполне соответствуетъ почти постоянное развитіе ихъ внутри связокъ. Если же развившаяся такимъ образомъ изъ придатка яичника киста разрастается въ самомъ яичникѣ, то и ткань послѣдняго легко можетъ быть захвачена процессомъ перерожденія или же она атрофируется. Послѣ этого насъ не должно удивлять, если въ позднемъ періодѣ развитія болѣзни не находятъ и слѣдовъ ткани яичника. Невѣроятность происхожденія экзевизитныхъ папиллярныхъ опухолей изъ *Parovarium* можно объяснить еще и тѣмъ, что вообще принято и опытами подтверждено, что именно пароваріальныя кисты обыкновенно отличаются совершенно гладкою внутреннею поверхностью стѣнокъ. Послѣднее на самомъ дѣлѣ свойственно простымъ кистамъ и прочимъ связокъ; равнымъ образомъ справедливо и то, что кисты эти обыкновенно остаются простыми и не пролиферируютъ. Но и тутъ встрѣчаются исключенія въ отношеніи гладкости внутренней стѣнки, а съ другой стороны *Atlee* (*Diagnosis* p. 122) и *Шингелъбергъ* (*Arch. f. Gyn.* 1 p. 482) описали случаи пароваріальныхъ кистъ съ маленькими побочными кистами, а *Lawson Tait* (*diseases of ovaries* p. 51) даже описалъ случай, гдѣ въ широкой связкѣ развились 5 или 6 мѣшочковъ съ тонкими въ листъ бумаги стѣнками.

Въ собраніи препаратовъ въ Гинекологической клиникѣ въ Галле сохраняется одинъ, представляющій примѣръ исключенія, какъ въ отношеніи вышензложенныхъ отличительныхъ свойствъ, такъ и качества заключающейся въ опухоли жидкости; хотя всѣ прочія свойства опухоли представляли несомнѣнный характеръ пароваріальной кисты.

Въ Юль 1876 года, я экстирпировалъ у 39 лѣтней незамужней женщины Б., опухоль, приблизительно величиною въ матку *ad terminum*; уже во время операціи оказалось, что опухоль происходитъ не изъ яичника, который сидѣлъ на мѣшчатой опухолѣ, совершенно цѣлый, нормальной величины, только нѣсколько вытянутый. Срединный конецъ яичника былъ нѣсколько вытянутъ и заостренъ; боковой же, нормально округленный конецъ былъ обращенъ къ опухоли. Между яичникомъ и ясно очерченною границею опухоли можно было констатировать промежуточное пространство, не болѣе 1,0 или 1,5 цтм., такъ что очень легко можно было различать границы обѣихъ; но промежутокъ этотъ былъ не настолько великъ, чтобы можно было рѣшиться на разъединеніе ихъ. Такъ какъ совмѣстное удаленіе всего яичника не представляло никакой выгоды въ отношеніи образованія ножки, то рѣшено было оставить внутреннюю половину яичника, а наружную захватить въ ножку.

Кромѣ сказаннаго расположенія яичника рядомъ съ кистою, препаратъ этотъ представлялъ еще слѣдующія особенности: съ поверхности всей опухоли очень легко можно было отдѣлить тонкую пластинку брюшины; въ самой стѣнѣ, или лучше сказать на ней лежитъ подъ брюшиною, трудно отдѣлимая отъ послѣдней труба на протяженіи 20—25 цтм.; фимбрин не возвышаются, а расположены совершенно плоско и на большомъ протяженіи; онѣ вытянуты до 10 цтм. Около главной кисты, въ стѣнѣ послѣдней лежитъ меньшая, величиною въ небольшой кулакъ, вторая киста. На внутренней поверхности главной кисты не видно никакихъ другихъ кистовидныхъ образованій, кромѣ обширныхъ папиллярныхъ разроженій, имѣющихъ видъ терки, занимающихъ пространство величиною въ полъ ладони и возвышающихся надъ поверхностью не болѣе какъ на 3 мм. Они нигдѣ не представляютъ опухолей съ ножками. Внутренняя стѣнка покрыта эсвизитнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; тоже представляетъ внутренняя стѣнка побочной кисты; вторичныхъ кистъ нѣтъ, но за то есть многочисленныя, неразвѣтвляющіяся папиллярныя образованія и мерцательный эпителий. Во всѣхъ сосочкахъ встрѣчаются известковыя тѣла, похожія на тѣ, какія находятъ въ псаммомахъ.

Обильнымъ развитіемъ на внутренней поверхности кисты названныхъ сосочковъ можно объяснить несвойственное кистамъ широкой связи жидкое содержимое опухоли. Масса, вѣсомъ въ 6250 грам., была мутная, коричневатозеленая, тягучая, уд. вѣса 1023; отъ кипяченія она вся превратилась въ свернувшуюся, блестящую, бѣлую, пузырчатую массу. Подъ микроскопомъ найдено: небольшое количество красныхъ, частью неизмѣнившихся, частью сморщившихся кровяныхъ вѣточекъ; еще менѣе было бѣлыхъ кровяныхъ вѣточекъ; далѣе отдѣльныя, большія, круглыя вѣтки съ мелко-зернистымъ содержимымъ — зернистыя вѣточки нормального эпителия, или легко узнаваемыхъ обломковъ его не оказалось.

Такимъ образомъ, если для большинства случаевъ и справедливо, какъ полагаютъ вообще, что пароваріальныя кисты бываютъ всегда однополостныя, внутренняя стѣнка ихъ гладкая, а содержимое свѣтлое, водянистое; тѣмъ не-

менѣ отличительнымъ признакамъ этимъ придавали слишкомъ исключительное значеніе, считая ихъ абсолютнымъ и постояннымъ свойствомъ каждой пароваріальной опухоли; абсолютизмъ этотъ не разъ, быть можетъ, послужилъ поводомъ къ тому, что такія опухоли выдавали за опухоли яичниковъ.

Если мы возвратимся къ экзквизитно папиллярнымъ опухолямъ, то въ нимъ въ высшей степени относится все, что сказано было выше о папиллярныхъ образованіяхъ, а именно: что они могутъ прорвать снаружн стѣнки вѣсты, и даже наружную стѣнку опухоли; вскрытіе ихъ въ полость живота можетъ вызвать въ ней воспалительныя явленія. Но важнѣе еще то, что папилломы эти могутъ далѣе разрастаться въ полости живота. Лучшую почву для разсыанныхъ и оторвавшихся частичекъ папилломъ представляютъ, повидимому, сальникъ и брыжейка; въ такомъ случаѣ и мочевоы пузырь, петли кишекъ и др. органы нерѣдко усыаны бываютъ папиллярными разрощеніями. Извѣстны случаи, гдѣ брюшина покрыта была этими опухолями на большомъ протяженіи. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно развивается болѣе или менѣе значительная брюшная водянка, причемъ жидкость только въ незначительномъ количествѣ происходитъ изъ внутренней поверхности лопнувшихъ вѣстъ, большая же часть ея составляетъ продуктъ воспалительнаго раздраженія брюшины. Такіе то случаи нерѣдко описаны были, особенно англійскими врачами, подъ именемъ *Peritonitis tuberculosa*, и въ которыхъ послѣ сдѣланной лапоротоміи и опороженія водяночной жидкости, удавалось продлить жизнь больныхъ на нѣсколько лѣтъ,

§ 39. Перфорація вѣстъ папилломами влечетъ за собою еще другое, не менѣе важное и замѣчательное измѣненіе въ опухоляхъ. По мѣрѣ увеличенія перфорационнаго отверстія, выдающіяся изъ него папилломы совершенно выворачиваютъ вѣсту, такъ что внутренняя ея поверхность обращена къ брюшинѣ, т. е. становится наружною, и такъ какъ послѣдняя все болѣе и болѣе покрывается папиллярными разрощеніями, то можетъ случиться, наконецъ, что большая часть, или даже вся поверхность опухоли покроется многочисленными папилломами, такъ что при вскрытіи брюшной полости намъ представится въ высшей степени своеобразная картина.

Нельзя сказать, чтобы этого рода случаи встрѣчались очень часто; но мыѣ пришлось наблюдать нѣсколько такихъ случаевъ.

7-го Апрѣля 1875 г. я присутствовалъ при лапоротоміи, сдѣланной Сп. Уельсомъ, въ подобномъ случаѣ. Нижняя часть живота была растянута какъ въ концѣ беременности, но ясно очерченной опухоли нельзя было опредѣлить; по вскрытіи брюшной полости вытекло большое количество густой, коллоидной, зеленоватой жидкости; на наружной поверхности брюшины, усыанной многочисленными папилломами, усмотрѣна большая опухоль, которая была покрыта множествомъ разрощеній, похожихъ на цвѣтную капусту. Сп. Уельсъ вошелъ всю рукою въ брюшную полость и убѣдился, что опухоль не имѣла ножки, а слѣла на широкомъ основаніи; вмѣстѣ съ рукою онъ вынулъ большое количество папиллярныхъ разрощеній. Сп. Уельсъ предположилъ, что оба яичника больны, но положительно этого не утверждалъ. Онъ отказался отъ экстирпаціи, закрылъ брюшную рану, оставилъ только нижній уголокъ ея, въ который была вложена трубочка, чрезъ которую было аспирировано еще много крови. Спустя три недѣли, паціентка еще была жива и не очень страдала.

Подобнаго же рода препаратъ я видѣлъ въ Гунтеровскомъ музеѣ подѣ

№ 2623 Д; съ надписью: *Pedunculatet dentritic growths surrounding both ovaries.* E. Harley. 1870.

Каждая опухоль была величиною въ два кулака и вся поверхность ихъ была покрыта папиллярными опухолями характеристическаго вида; на болѣе удаленныхъ опухоляхъ нельзя было болѣе различить связи ихъ съ *Lig. latum*. Въ описаніи препарата упоминается только, что разрошенія сидятъ на наружной поверхности яичниковъ и имѣютъ видъ папилломъ, обыкновенно встрѣчаемыхъ въ кистахъ. Яичники видимо представляли кисты; но къ сожалѣнію совершенно закрытая банка не допускала болѣе точнаго изслѣдованія. Возрастъ больной не былъ указанъ, а также не оказалось исторіи болѣзни.

Такой же препаратъ хранится въ собраніи патологическихъ препаратовъ въ Кильскомъ университетѣ подь № 340.

Онъ состоитъ изъ двухъ кусковъ, о которыхъ трудно сказать, принадлежать ли они одному или двумъ яичникамъ, хотя послѣднее предположеніе кажется болѣе правдоподобнымъ. Одинъ кусокъ, величиною въ апельсинъ, состоитъ изъ нѣсколькихъ кистъ, съ весьма незначительнымъ количествомъ промежуточной стороны; часть наружной поверхности опухоли гладкая, большая же часть ея усыпана сильно разрошеними папиллярными массами, нѣкоторые отдѣлы которыхъ достигаютъ величины каленаго орѣха. Большая, еще легко распознаваемая, связанная часть выступила изънутри кисты; на наружной стѣнкѣ послѣдней видно круглое отверстіе въ 6 цтм. въ діаметръ, чрезъ которое и произошелъ выворотъ (*inversio*) кисты. Перфорация наружной стѣнки меньшими папилломами видна еще на многихъ другихъ мѣстахъ. Другой препаратъ представляетъ скопленіе громаднѣйшихъ величинъ въ кулакъ, похожихъ на цветную капусту, разрошенной, сидящихъ только на небольшомъ, повидимому, разорванномъ кускѣ соединительной ткани. Здѣсь не видно и слѣда кистъ; нѣкоторые отдѣлы папилломъ сидятъ на гладкихъ ножкахъ, длиною въ 0,5—1,5 цтм. Сосочки покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ, носящимъ по мѣстамъ явные волоски (*ciliae*). О связи обѣихъ долей препарата съ маткою и съ широкою связкою ничего нельзя сказать.

Гораздо болѣе интересъ представляетъ препаратъ, хранящійся въ Лейпцигскомъ патологическомъ собраніи.

Онъ состоитъ изъ матки съ обѣими широкими связками и заключающихся въ нихъ опухолей. Одна изъ опухолей, величиною въ грецкій орѣхъ, плотно прилежитъ къ верхней части матки, не представляя явной между ними границы; незначительныя полости ея совершенно исполнены папилломами, пробившимися наружу и тутъ разрошились. Опухоль помѣщается внутри широкой связки, съ поверхностью которой до того тѣсно соединена труба, что ее можно прослѣдить только вблизи самой матки. Опухоль другой стороны, величиною въ апельсинъ, также вся лежитъ между листами широкой связки и до самаго *orific. intern.* плотно и тѣсно соединена съ маткою; и тутъ труба тѣсно слилась съ опухолью. На разрѣзѣ еще легко можно узнать продравленную во многихъ мѣстахъ *Thesa ovarii propra*, толщиною въ 3—4 мм. Кисты почти совершенно исполнены папилломами, такъ что микроскопически онѣ похожи на *Sarcoma phylloides mammae*. Пробившіяся наружу, многочисленныя папиллярныя пуговки отчасти сидятъ на длинныхъ, гладкихъ ножкахъ. Внутри кистъ можно разсмотрѣть много мерцательнаго эпителия. Въ самой опухоли встрѣчаются въ довольно большомъ количествѣ известковыя тѣльца, какія находятъ въ псамомахъ.

Въ моей собственной практикѣ я встрѣтилъ два такихъ же случая у живыхъ.

У 30-ти лѣтней пациентки (*Berl. Klin. Wochenscht.* 1876. Nr. 11, наблюденіе 6) оказалась въ животѣ опухоль, простиравшаяся выше пупка; справа отъ нея лежала другая, меньшая опухоль, отдѣлявшаяся въ верхней своей части отъ первой бороздкою, въ которой явно можно было ощущать флюктуацию; спустя 4 недѣли, жидкость совершенно всосалась. Было предположено, что жидкость выступила изъ кисты, а опухоль считали двухстороннею

на томъ основаніи, что удобоподвижность большей опухоли не передавалась меньшей. 6 Іюня 1873 года сдѣлана лапоротомія, причемъ въ брюшной полости не найдено ни свободной жидкости, ни срощеній опухолей. Послѣ прокола трехъ разныхъ полостей, большая опухоль была совершенно опорожнена; но обѣ опухоли сидѣли широкими основаніями въ широкихъ связкахъ, которыя онѣ выполняли вполне и были сильно растянуты. Большая опухоль, кромѣ того, — какъ это встрѣчается всегда въ такихъ случаяхъ, — находилась въ самой тѣсной связи, на большомъ протяженіи, съ боковымъ краемъ матки почти до самаго свода влагалища. Брюшина, по направленію къ малому тазу, найдена интенсивно красною, свободною отъ жидкаго экссудата и пере-

Рис. 9.



Папиллярная двухсторонняя кистоза яичника, экстирпированная вмѣстѣ съ маткой. Исходить, по всему вѣроятію, изъ Parovarium. Развитие intra ligamentum. п. сосочки, прободающіе стѣнку.

мычекъ; она представлялась сильно шереховатою (начинавшіяся папиллярныя образованія). Значительныя части обѣихъ опухолей, на сколько было возможно, были удалены вмѣстѣ съ маткою надъ сводомъ рукава. Въ болѣе отдаленныхъ частяхъ кистъ, сидѣвшихъ въ самыхъ широкихъ связкахъ, видны были многочисленныя папилломы. Рис. 9 представляетъ также экстирпированную часть опухоли. Больная умерла на 18 день. При вскрытіи оказалось, что оставшныя части обѣихъ опухолей не только доходили до основанія Lig. latae, но многія полости ихъ простирались подъ брюшиннымъ покровомъ всего тазоваго дна. Нѣкоторые участки не обширныхъ кистъ доходили до сосѣдства съ нижними отрѣзками влагалища, почти до самаго anus.

Во второмъ моемъ случаѣ, 32 лѣтняя незамужняя особа (W.) страдала около трехъ лѣтъ болѣзненными явленіями въ нижней области живота.

Въ брюшной полости находилось довольно большое количество жидкости, которая послѣ троекратнаго прокола, каждый разъ снова быстро накоплялась и обнаруживала коллоидныя свойства. Послѣ сдѣланной лапоротоміи и опорожненія обильной коллоидной жидкости, оба яичника представились въ видѣ двухъ опухолей величиною каждая болѣе кулака взрослого человѣка, усаженныхъ многочисленными, сѣро-красноватыми, прозрачными ворсинками.

Убѣдившись въ отсутствіи ножекъ, рѣшено не продолжать экстирпаціи; въ брюшную полость введена была толстая дренажная трубка, наложена пра-

вильная, антисептическая перевязка; послѣднюю сняли спустя 14 дней, дренажная же трубка, въ сожалѣнію, не была тогда же удалена. Вслѣдъ затѣмъ наступило продолжительное нагноеніе, вызванное папилломами, кончившееся образованіемъ постоянной брюшной фистулы, остававшейся до смерти, которая наступила чрезъ 14 мѣсяцевъ отъ истощенія. Долго еще послѣ разрѣза живота папилломы продолжали разрастаться сквозь фистулезное, толщиной въ палецъ, отверстіе наружу по стѣнкѣ живота, такъ что ихъ неоднократно срѣзали не только снаружи, но высребали острыми ложками, вводимыми глубиною въ 15 цтм. въ брюшную полость. При вскрытіи найдено, что б. ч. распавшихся опухолей также далеко проникали въ глубину широкихъ связокъ. Сидѣвшія глубже одиночныя кисты найдены цѣлыми, не перешедшими еще въ нагноеніе и содержали вмѣстѣ съ коллоидною жидкостью также многочисленныя папиллярныя образованія.

§ 40. Въ подтвержденіе и дополненіе всего вышеизложеннаго я приведу еще нѣсколько весьма замѣчательныхъ случаевъ двухсторонняго заболѣванія: Шпигельбергъ (Monatschft. f. Gebkude XIV. 1859, p. 101) лечилъ одну 29 лѣтнюю больную, у которой животъ былъ до того растянутъ, что причинялъ сильное удушье; нельзя было замѣтить ясныхъ границъ опухоли. Послѣ прокола вытекло 45 фунт. свѣтлой; желтоватой, богатой бѣлымъ жидкости. Въ осадкѣ найдены плоскія эпителиальныя влѣточки въ состояніи жироваго перерожденія. По опорожненіи жидкости можно было ощупать въ нижней части живота, слѣва, значительное отвердѣніе, какъ бы плоской опухоли, принятой за однополостную. Вслѣдъ за быстрымъ скопленіемъ значительнаго количества жидкости, чрезъ 7 недѣль послѣ прокола, рѣшено приступить къ лапоратоміи. Предположенная стѣнка кисты, обазавшаяся повсюду приросшею и очень тонкою, была отдѣлена, и тогда стѣнку эту приняли за брюшину, въ полости которой скопилось много жидкости, выпущенной въ количествѣ трехъ ведеръ, послѣ чего рану закрыли. Въ теченіи слѣдующихъ 4^{1/2} лѣтъ у той же больной производили проколъ 16 разъ; послѣ 12-го прокола замѣчены двѣ опухоли: одну величиною въ дѣтскую головку и другую, рядомъ съ первою, меньшаго размѣра; обѣ опухоли были легко подвижны и болѣзненны. При слѣдующихъ проколахъ выходили кровянистыя и гнойныя массы. Спустя 6 лѣтъ отъ начала болѣзни, пациентка умерла отъ истощенія. При вскрытіи найдено: огромная, выполнявшая почти всю брюшную полость киста, сросшаяся почти всею своею поверхностью съ переднею стѣною живота; справа она поднималась до 3 ребра, отодвинувъ еверху печень и кишки, и была наполнена гнойною жидкостью. На многихъ мѣстахъ внутренней стѣнки кисты замѣчены небольшія, ворсистыя возвышенія. Кромѣ того найдена еще опухоль, величиною въ голову взрослого человѣка, которая верхнею своею частью вдавалась въ описанный выше главный мѣшокъ. На наружной поверхности этой части опухоли видны бѣловато-красноватыя, сидящія на ножкахъ разрощенія, похожія на цвѣтную капусту. Опухоль состояла изъ многихъ кистъ, величиною отъ каленаго орѣха до яблока и болѣе. Отъ трубъ

и яичниковъ не осталось и слѣда; за остатки послѣднихъ можно было съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ принять плоскія, фиброзная возвышенія, пронизанныя вѣстами и лежавшія между маткою, моч. пузыремъ и нижнею стѣнкою главнаго мѣшка.

Не смотря на неволиѣ ясное описаніе, должно допустить, что случай этотъ представлялъ двухстороннее заболѣваніе, происходившее, повидимому, изнутри связокъ. Микроскопъ показалъ слѣдующее: ворсистыя, похожія на цвѣтную капусту массы состояли въ основаніи своемъ изъ мягкой ткани, съ однородною почти, основною субстанціею и многочисленными ясно клѣточными соединительно-тканными тѣльцами, продолговатой формы и съ веретенообразными зернами; изъ этой стромы шли въ разныя стороны различной длины и ширины сосочки, свободные концы которыхъ конусообразно разбухали, при чемъ однакоже діаметръ ихъ немного превышалъ діаметръ основанія. Большая часть этихъ сосочковъ пускала отъ себя въ свою очередь боковыя отпрыски, представляя такимъ образомъ сильно развѣтвленныя образованія, похожія на сосочки Chorion. Они были покрыты однослойнымъ, правильно расположеннымъ, но легко стираемымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, клѣточки котораго всѣ имѣли видимаго, довольно толстыя и длинныя рѣснички. Этотъ эпителий находился на всѣхъ сосочкахъ; но такъ какъ онъ легко отдѣлялся, то трудно было опредѣлить, проникалъ ли онъ также въ промежутки между ворсистыми образованіями. Нѣкоторыя клѣточки были довольно длинны, разнообразной формы, содержали простое ядро и простыя жировыя молекулы внѣ его. Вещество сосочковъ состояло изъ нѣжной соединительной ткани съ обильными клѣточками и веретенообразными зернами, расположенными въ однородномъ основномъ веществѣ.

Въ большей части сосочковъ находился узкій венозный сосудъ, который однако довольно далеко отъ поверхности извилисто загибался.

Во многихъ сосочкахъ, особенно главнаго мѣшка, найдены известковыя тѣла, то одиночныя, то въ скопищахъ; въ послѣднемъ случаѣ ихъ всегда почти находили рядомъ съ многочисленными свободными жирными и зернистыми шариками: большая часть изъ нихъ имѣла круглую или овальную, и меньшая—бисквито-образную форму. Величина ихъ колебалась между 0,23 0,057 м. Они имѣли темный, широкій край и матово-блестящее содержимое; отъ прибавленія воды они становились свѣтлыми, причемъ отдѣлялись воздушныя пузырьки, строеніе ихъ представлялось концентрически слоистымъ, а въ большей части изъ нихъ обнаруживались центральныя, слегка блестящія тѣла, которыя отъ прибавленія соляной кислоты совершенно исчезали, превращаясь въ гомогенную съ окружающею ихъ массу, съ которою сливались въ одно».

Все сказанное принадлежит Шпигельбергу. Кромѣ того приводятъ еще, что части опухоли, помѣщавшіяся между маткою и пузыремъ, содержали также мышечныя клѣточки, и это легко объяснить, допустивъ что эти части опухоли сидѣли въ широкихъ связкахъ. Одна изъ сидѣвшихъ на селезенкѣ вѣста также содержала папиллярныя разрощенія, на которыхъ однако

Марси (Bost. med. and. surg. J. Sept. 24 1874) также сообщает случай двухсторонней папилломы, осложненной брюшной водянкою. Диагноз папиллярной кистомы был сдѣланъ только послѣ того, какъ чрезъ сдѣланный *per vaginam* проколъ вышли папилломы. Во время операціи, сильно приросшія лѣвый яичникъ былъ удаленъ по частямъ въ видѣ искрошившихся многихъ папилломъ; ножка была короткая, толстая. Изъ праваго яичника вылучили кисту, величиною въ грецкій орѣхъ, также содержащую папилломы. Оперированная больная умерла.

Сюда можно отнести еще случай, въ которомъ Штпллингъ (Deutsche Klinik 1869, №. 26) сдѣлалъ двухстороннюю овариотомію. Огромная киста содержала множество папилломъ, на которыхъ Бенекке находилъ цилиндрической эпителий. Мы упомянемъ здѣсь мимоходомъ, что и въ простыхъ кистахъ широкихъ связокъ нерѣдко находятъ цилиндрической мерцательный эпителий. Сюда относится, между прочимъ, одинъ случай, недавно обнаруженный Гуссеровымъ (Arch. f. Gyn. IX. 3 u. X. I) и другой Шпигельберга (Monatsschrift f. Gebkde XIV. p. 122), который нашелъ въ *Nilus ovarii* простую кисту, содержащую мерцательный эпителий.

Такимъ образомъ приведенные выше случаи — хотя и не всѣ въ одинаковой степени — представляютъ особенности, указывающія на то, что ихъ должно частью или даже всѣ отличать отъ обыкновенныхъ, желѣзистыхъ кистомъ. Къ такимъ особенностямъ относятся: двухсторонность опухолей, ихъ медленный ростъ, положеніе части опухоли между листами широкой связки и присутствіе въ кистѣ мерцательнаго эпителия. Вслѣдствіе упомянутыхъ отношеній, частью вслѣдствіе продолжающагося разрастанія по брюшинѣ пробившихся наружу папилломъ, сопровождающагося брюшною водянкою, опухоли этого рода пріобрѣтаютъ высокое клиническое значеніе.

Съ другой стороны нельзя отрицать, что нѣкоторые случаи кистомъ яичниковъ съ папиллярными разрощеніями, по происхожденію своему, ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ кистомъ. Къ такимъ случаямъ можно отнести, на примѣръ случай, описанный Реклингегаузенемъ и опухоль, экстирпированную Скандони (его же Beiträge z. Gebkde Bd. V. 1869, p. 155). Здѣсь папиллярныя разрощенія были также очень экзквизитны и находились въ многочисленныхъ полостяхъ, стѣнки которыхъ частью ими проридравлены. Свободно вистѣвшія наружу полипозныя опухоли не представляли на нѣкоторыхъ мѣстахъ обыкновенный видъ малины, а напротивъ, покрыты были соединительнотканными оболочками, подъ которыми виднѣлись эти разрощенія. Здѣсь, слѣдовательно, истонченная стѣнка сначала сильно выпячивалась, а затѣмъ только прорывалась; эпителий сосочковъ имѣлъ характеръ коротко-цилиндрическаго безъ мерцательныхъ нитей. Нѣкоторыя кисты имѣли сильно кровянистое содержимое; въ другихъ же не было вовсе папиллярныхъ разрощеній и плоскаго эпителия. Другой яичникъ, Скандони нашелъ во время лапоротоміи совершенно здоровымъ.

Случай этотъ можетъ служить только какъ Paradigma для многихъ другихъ.

ГЛАВА IX.

Гистологическое происхождение (Histogenesis) опухолей.

§ 41. До появления работы Вирхова о коллоидѣ яичниковъ (1848), водянку Граафова фолликула смѣшивали съ коллоидомъ яичника. Основываясь болѣе на апіористическомъ умозаключеніи, чѣмъ на микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, всѣ принимали, что эти мѣшечкатыя образованія обязаны своимъ происхожденіемъ увеличенію Граафова фолликула. Вирховъ обратилъ вниманіе на различіе водянки фолликула и коллоида; это мнѣніе до сихъ поръ принимается, по крайней мѣрѣ всѣми нѣмецкими писателями, и въ большей части случаевъ оно настолько же не подлежитъ сомнѣнію, на сколько легко узнается. Выше было однако упомянуто (§ 28), что встрѣчаются особаго рода рѣдкія, болѣею частью двухстороннія олигоцистическія опухоли, о которыхъ трудно сказать, относятся ли онѣ къ гидроцистически расширенному Граафову фолликулу или къ миксоиднымъ кистамъ. За исключеніемъ такихъ крайне рѣдкихъ случаевъ, различіе между обоими видами мѣшечкатыхъ образованій весьма выдающееся. Вирховъ сначала предположилъ, что кѣточки стромы претерпѣвали коллоидное отвердѣніе. Вслѣдствіе вздутія кѣточекъ и ядеръ строма раздвигается и вслѣдствіе сучиванія соединительной ткани образуются, такимъ образомъ, стѣнки первыхъ кистъ, внутри которыхъ отлагаются затѣмъ эпителиальныя кѣточки. Далѣе Вирховъ описалъ ростъ кистъ и объяснилъ увеличеніе полостей сляніемъ послѣднихъ. Какъ доказательство невозможности происхожденія этихъ кистъ изъ Граафовыхъ фолликулъ, онъ указываетъ на большое число полостей въ кистахъ—доказательство, которое въ настоящее время, когда мы считаемъ фолликулы десятками и даже сотнями тысячъ, болѣе не выдерживаетъ критики; да къ тому же при новѣйшихъ взглядахъ, никто не допускаетъ, чтобы при начавшемся развитіи мѣшечкатыхъ образованій, требовались для дальнѣйшаго роста опухолей новыя фолликулы. Вирховъ, хотя и не прямо, высказался въ томъ смыслѣ, что коллоидное перерожденіе происходитъ въ стромѣ; эпителиальныя же элементы, по его мнѣнію, не играютъ никакой роли въ процессѣ заболѣванія. Еще съ болѣею положительностью и болѣе соответствующій дѣйствительности образъ происхожденія описанъ Ферстеромъ: онъ прямо говоритъ, что кѣточки соединительной ткани стромы скопляются въ группы, часть ихъ растворяется и раздвигаетъ ткань; другая же часть превращается въ эпителий и ложится на стѣнку, и такимъ образомъ образуются первыя кисты.

Впрочемъ уже Нодгкинъ и Рокитанскій допускали первоначальное происхожденіе кистъ въ стромѣ.

Кромѣ названныхъ авторовъ, изъ новѣйшихъ Риндфлейшъ и Маувегъ отстаивали десмоидное происхожденіе нѣкоторыхъ кистомъ. Первый описываетъ три вида кистоида, изъ которыхъ два, по его мнѣнію, берутъ свое начало изъ Граафовыхъ фолликулъ; изъ нихъ одинъ упомянутый выше видъ,

(§ 27), повидимому, занимает средину между Hydrops follicul. и коллоидным перерождением; видъ этотъ до того рѣдко встрѣчается, что самъ Риндфлейшъ видѣлъ одинъ только экземпляръ его; другой же видъ будетъ тотъ, который описывается подъ названіемъ *kystoma proliferum papillare* и который причисляется Вальдейеромъ къ миксоиднымъ кистамъ, что, какъ мы видѣли, въ извѣстныхъ случаяхъ, особенно двухсторонняго заболѣванія, представляетъ исключеніе. У Риндфлейша мы находимъ еще одну группу (вторая по его счету), которая есть обыкновенная форма миксоидной кисты; здѣсь онъ допускаетъ коллоидное перерожденіе стромы, причемъ онъ оставляетъ открытымъ вопросъ, происходитъ ли чаще коллоидное перерожденіе кѣтокъ и зеренъ, или же образуется особенный видъ размягченія, коллоидное расплываніе, независящее отъ кѣтокъ. Когда образовавшаяся такимъ образомъ киста снабжена эпителиемъ, котораго у очень молодыхъ образований не бываетъ, тогда только начинается отдѣленіе стѣнокъ кисты, вслѣдствіе чего увеличивается количество содержимаго и ростъ самой кисты. Главное доказательство того, что сама строма образуетъ первыя полости, Риндфлейшъ видитъ въ томъ, что самыя малыя полости не имѣютъ еще ни стѣнокъ, ни эпителия, или послѣдній очень не совершенный, а главнымъ образомъ еще въ томъ, что самыя маленькія кисты представляютъ въ просвѣтѣ своемъ родъ весьма нѣжной, соединительно-тканной основы, что было бы трудно объяснить при происхожденіи кистъ изъ Граафовыхъ фолликулъ.

Маувегъ принимаетъ двойкій способъ развитія коллоидныхъ опухолей, не вдаваясь однако въ разсужденія ни о частотѣ того или другаго, ни о томъ существуютъ ли различія въ наружномъ и грубомъ строеніи кистомъ, развившихся по тому или другому способу. Онъ описываетъ происхожденіе коллоидныхъ кистъ изъ соединительной ткани, придавая, слѣдовательно, большое значеніе воспалительному раздраженію. Молодыя кѣточки претерпѣваютъ коллоидное перерожденіе, раздвигаютъ сѣти стромы и влекутъ за собою распаданіе готовой соединительной ткани.

Кисты, происшедшія изъ Граафовыхъ фолликулъ, отличаются, по мнѣнію Маувегъ'a, самостоятельными стѣнками и тѣмъ еще, что уже съ самаго начала бывають выстланы эпителиемъ.

§ 42. Противъ изложенныхъ мнѣній возстаютъ многіе новыя и новѣйшіе изслѣдователи, твердо высказываясь въ пользу чисто эпителиальнаго происхожденія кистъ. Фюреръ, Клобъ, и Фоксъ безусловно считаютъ Граафовы фолликулы точкою происхожденія первичныхъ кистъ; дальнѣйшее ихъ образованіе, по мнѣнію Фокса, происходитъ другимъ, ниже излагаемымъ образомъ. Ritchie и Сп. Уэльсъ также считаютъ Граафовы фолликулы единственною точкою происхожденія кистъ. Лучше всего доказано эпителиальное происхожденіе Клебсомъ и Вальдейеромъ, по мнѣнію которыхъ развитіе это происходитъ слѣдующимъ образомъ: первыя кисты образуются изъ Шфлюгеровыхъ каналовъ (Eiballen по Вальдейеру), вслѣдствіе увеличенія ихъ просвѣта; на внутренней поверхности этихъ кистъ впослѣдствіи желобообразно вѣдряется эпителий такимъ образомъ, что эти желѣзистые желоба

стоять перпендикулярно къ поверхности, на которой они отрываются или изолировано, или по нѣскольکو вмѣстѣ, въ особенномъ углубленіи эпителиальнаго покрова. Расположенныя такимъ образомъ въ стѣнкахъ первичныхъ кистъ желоба обыкновенно имѣютъ прямое направленіе, очень часто они раздѣляются дихотомически и оканчиваются то слѣпо, то сообщаются съ другими желобами. Разрѣзы стѣнки такой кисты представляютъ изображенія, совершенно схожія съ тѣми, какія мы находимъ въ стѣнкахъ желудка и кишекъ. Желѣзистыя образованія наполняются коллоидною массою, секретомъ эпителиальныхъ кѣлокъ, растягиваются, замыкаются со стороны полости главной кисты и сами такимъ образомъ превращаются въ кисты, причѣмъ просвѣтъ ихъ принимаетъ шарообразную форму. На внутренней поверхности послѣднихъ гесп. въ стѣнкахъ ихъ, процессъ вдавливанія эпителиальнаго слоя можетъ повторяться до безконечности и образовать такимъ образомъ ту пролиферирующую опухоль съ ея безчисленными полостями, которая извѣстна намъ изъ клиническаго наблюденія. Сліяніе нѣсколькихъ кистъ въ одну происходитъ уже въ большихъ полостяхъ, безъ сомнѣнія, вслѣдствіе утонченія перегородокъ, доходящаго наконецъ до прободенія ихъ. Сліяніе весьма маленькихъ кистъ происходитъ, по Бетхеру, еще и другимъ образомъ, а именно: вслѣдствіе образованія изъ желѣзистыхъ желобовъ каналобразныхъ отростковъ и разширенія ихъ. Уже Робитанскій описалъ въ 1860 г. желѣзистыя образованія въ саркомѣ яичника подъ названіемъ «новообразованіе маточныхъ желѣзъ»; но связь между этими образованіями и происхожденіемъ кистъ ему не была извѣстна. Мнѣнія Клебса и Вальдейера почти вполнѣ раздѣляются Бетхеромъ и Фернбахомъ. Фоксъ еще раньше (1864) узналъ и хорошо описалъ желѣзистыя образованія въ стѣнкахъ, но такое же большое участіе въ происхожденіи полостей онъ приписывалъ и папиллярнымъ образованіямъ.

Изъ сказаннаго видно, что описанныя выше процессы существенно зависятъ отъ тѣхъ измѣненій, которыя совершаются въ эпителиальныхъ образованіяхъ; но и строма не остается совершенно безучастною въ этомъ процессѣ. Во многихъ случаяхъ это участіе стромы обнаруживается только умѣренной гиперплазіею ея, и образуя оболочку вокругъ желѣзистыхъ желобовъ, а впоследствии и кистъ, тѣмъ самымъ способствуетъ значительному утолщенію стѣнокъ большихъ кистъ. Въ другихъ же случаяхъ уже съ самаго начала преобладаетъ гиперплазія стромы; она посылаетъ по направленію къ просвѣту кисты, покрытые эпителиемъ отростки, которые въ свою очередь развѣтвляются и нерѣдко представляютъ такимъ образомъ значительныя, ворсинчатыя образованія, сидящія нерѣдко на ножкахъ, подобно пуговицѣ. Только въ большихъ полостяхъ эти послѣднія болѣе или менѣе выступаютъ надъ поверхностью, придавая ей по мѣстамъ характеристическій видъ цвѣтной капусты. Напротивъ, если полость не велика, то она до того выполняется этими папиллярными образованіями, что отъ давленія ихъ стѣнки кисты легко лопаются.

Вильсонъ Фоксъ, въ своемъ замѣчательномъ сочиненіи, приписываетъ папиллярнымъ образованіямъ гораздо большее значеніе; онъ рассматриваетъ ихъ какъ существенный элементъ въ образованіи кистъ. По его мнѣнію, сосочки, сходясь по направленію къ просвѣту полости, врастаютъ въ нее; верхушки или боковыя стѣнки ихъ приходятъ въ сопри-

косновение между собою на многих мѣстахъ и срастаются; вслѣдствіе этого между ними образуются полости, которыя и суть кисты, продолжающія расширяться. Бетхеръ убѣдительно доказалъ несостоятельность этого предположенія. Далѣе Фоксъ не объясняетъ происхожденія первичныхъ кистъ, которыя во всякомъ случаѣ должны имѣть совершенно отличнѣйшій genesis, чѣмъ вторичныя. Далѣе трудно понять, какимъ образомъ происходящія между сросшимися сосочками полости могутъ принять форму трубчатыхъ желѣзъ, какими самъ Фоксъ ихъ описываетъ. Наконецъ по этой теоріи совершенно невозможно было бы объяснить развитія мѣшчатыхъ образований въ соединительно-тканной оболочкѣ кѣточки матери.

Бетхеръ обращаетъ вниманіе на то, что отношенія между папиллярными образованиями и кистами слѣдуетъ понимать въ совершенно обратномъ смыслѣ. По его мнѣнію сосочки образуются только вслѣдствіе того, что желѣзистыя образования въ большомъ числѣ проникаютъ въ стѣнки главной кисты; остающаяся въ промежуткахъ соединительная ткань получаетъ оттого форму сосочковъ, которые, при извѣстныхъ условіяхъ, кажутся какъ бы вросшими въ полость, которую они выполняютъ, на самомъ же дѣлѣ существуетъ только множество, разнообразно развѣтвляющихся желѣзистыхъ щелей, отсылающихъ по всѣмъ направленіямъ отпрыски и недостижныхъ еще значительнаго распиренія.

Отвергая теорію Фокса вообще, спрашивается, не примѣнима ли она при объясненіи происхожденія тѣхъ отдѣльныхъ, особенно маленькихъ кистъ, которыя сидятъ въ колбовидныхъ окончаніяхъ сосочковъ? Такія полости, во всякомъ случаѣ, иногда встрѣчаются въ сосочкообразныхъ разроженіяхъ; но онѣ, повидимому, навсегда остаются маленькими, достигая величины не болѣе каленаго орѣха и имѣютъ второстепенное значеніе. Рокитанскій, который также описываетъ ихъ, говоритъ, что онѣ нерѣдко открываются на свободныхъ концахъ ворсинокъ.

§ 43. Происхожденіе вторичныхъ кистъ, лучше всего можно себѣ объяснить, если мы, вмѣстѣ съ Вальдейеромъ, представимъ себѣ, какъ физиологическимъ путемъ въ утробной жизни, такъ патологическимъ при образованіи кистомъ, строма яичника и эпителиальные элементы взаимно врастаютъ другъ въ друга; при чемъ эпителии посылаютъ желѣзисто желобообразныя образования въ соединительную ткань, resp. въ стѣнку уже существующихъ кистъ, а соединительная ткань, въ свою очередь, отсылаетъ плотныя отпрыски въ просвѣтъ кистъ. Если преобладаетъ первый видъ образования, что чаще всего бываетъ, то опухоль можно назвать, вмѣстѣ съ Вальдейеромъ, желѣзистою кистомою (gl. Muxoidkystoma); если же на первый планъ выступаютъ сосочковыя образования стромы, то болѣе умѣстно названіе «папиллярной кистомы». Строгое разграниченіе этихъ двухъ видовъ, какъ уже было замѣчено выше (§ 27), невозможно, ибо, гдѣ существуютъ папилломы тамъ непременно находятъ и желѣзистыя образования. Вообще обширное развитіе папиллярныхъ образований встрѣчается довольно рѣдко, поэтому весьма немногія опухоли заслуживаютъ названія папиллярныхъ кистомъ. Опухоли, названныя Вальдейеромъ Muxoidkystoma, Клебсъ обозначаетъ именемъ *Adeoma cylindro-cellulare*—названіе, противъ котораго едва ли можно что нибудь возразить.

§ 44. Придерживаясь мнѣній Клебса и Вальдейера, необходимо еще упомянуть о томъ, гдѣ слѣдуетъ искать первую исходную точку для первичныхъ кистъ. И тутъ оба изслѣдователя согласны между собою въ томъ, что исходною точкою болѣзненнаго процесса служитъ незаболѣваніе созрѣваема Граафова пузырька, а заболѣваніе яичковаго желоба. Въ пользу этого прежде всего говоритъ то обстоятельство, что переходы отъ Граафовыхъ фолликуловъ

въ желѣзистые желоба еще нногда не удавалось наблюдать. Напротивъ, Вальдейеру удалось видѣть на кистомѣ, сидѣвшей на границѣ перерожденія, эпителиальныя клѣточки, частью разсѣянныя въ стромѣ въ видѣ островковъ, частью же въ видѣ желобоватыхъ образованийъ, въ которыхъ, слѣдовательно, клѣточки были уже раздвинуты секретомъ и представляли начала кисти; но ни въ эпителиальныхъ островкахъ, ни въ самыхъ первичныхъ кистахъ, нигдѣ не удавалось отереть яичекъ.

Если поэтому допустить, что первичныя кисты обыкновенно происходятъ изъ яичковыхъ желобовъ, а не изъ готовыхъ фолликуловъ, то спрашивается, съ какого возраста начинается развитіе первоначальныхъ кистомъ. Такъ какъ превращеніе яичковыхъ желобовъ въ фолликулы обыкновенно заканчивается съ утробною жизнью, то для объясненія первоначальнаго происхожденія кистомъ остается одно изъ слѣд. двухъ предположеній: или онѣ всегда начинаются уже въ фетальной жизни, или же необходимо допустить, что и во внѣутробной жизни продолжаются, будь то фізіологическимъ или патологическимъ путемъ, образованія яичковыхъ желобовъ, изъ которыхъ беретъ начало развитіе кистъ. Клебсъ положительно высказывается въ пользу перваго мнѣнія, приводя въ доказательство еще и то обстоятельство, что очень часто уже въ первые годы жизни можно доказать образованіе кистомъ яичниковъ. Но насколько послѣднее нельзя отрицать, настолько же достоверно, что самое большее число кистомъ встрѣчается ни въ дѣтскомъ, ни въ возмужаломъ возрастѣ, а въ позднѣйшемъ; съ другой стороны, у насъ нѣтъ ни анатомическихъ, ни клиническихъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно бы отнести начало происхожденія кистъ къ фетальному возрасту. Уже Пфлюгеръ допускалъ періодическое новообразование овариальныхъ желобовъ и у взрослыхъ, а Шнигельбергъ, Лангхансъ и Кестеръ находили желѣзистые желоба въ яичникѣ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ, такъ и у взрослыхъ. Поэтому второе предположеніе, что образующіеся въ позднѣйшемъ возрастѣ, а можетъ быть и въ продолженіи всей жизни, желоба служатъ исходною точкою. — представляется намъ болѣе вѣроятнымъ, чѣмъ то предположеніе, по которому всѣ вообще кистомы существовали уже въ фетальномъ періодѣ и развиваются далѣе только спустя десятии и болѣе лѣтъ. Необходимо однакоже обратить вниманіе на то, что хотя мнѣнія Клебса и Вальдейера, о происхожденіи кистомъ изъ эпителиальныхъ клубковъ или яичковыхъ желобовъ, приняты въ настоящее время почти всеми; то съ другой стороны, до сихъ поръ еще не удалось опровергнуть, что и готовый Граафовъ фолликулъ можетъ служить исходною точкою того же процесса перерожденія. Трудно предположить а priori, что бы полное развитіе фолликула или содержащееся въ немъ яичко могли бы предохранить его отъ этого процесса. Если же допустить, что и готовый фолликулъ можетъ также сдѣлаться исходнымъ пунктомъ кистомы, то этимъ самымъ была бы доказана возможность перехода къ простой водянкѣ фолликула, и существенное отличіе желѣзистыхъ кистомъ заключалось бы въ желѣзистыхъ образованияхъ, въ свойствахъ процесса пролифировать; тогда легко было бы допустить, что расширенный

фолликулъ можетъ оставаться долгое время въ видѣ простой кисты и все таки раньше или позже превратиться въ пролиферирующую кистому. Тѣмъ же путемъ можно бы объяснить себѣ тѣ многіе случаи въ практикѣ, гдѣ опухоль во время одного или многократнаго прокола казалась однокамерною, а нѣсколько лѣтъ спустя оказывается многокамерною. Весьма часто случается находить при экстирпации пролиферирующей кистомы яичникъ другой стороны пронизаннымъ многими видимо простыми кистами; обстоятельство это наводитъ на мысль, что *Hydrops folliculorum* можетъ развиваться въ пролиферирующую кистому. Надо однако сознаться, что при настоящемъ состояніи этого вопроса, подобныя превращенія кажутся все таки невѣроятными. Вѣроятнѣе всего, что *genesis Hydrops folliculi* будетъ совершенно другой чѣмъ для кистомы, что первая имѣетъ только значеніе ретенціонной кисты и будетъ ли она одно или многополостная (*oligo-cistici*) она никогда не представляетъ стремленія къ образованію жезъвъ, какое мы видимъ съ самаго начала въ пролиферирующей кистомѣ. Брухъ, напротивъ, основываясь на своихъ изслѣдованіяхъ, совершенно отвергаетъ всякое существенное различіе въ генезисѣ простыхъ и сложныхъ кистъ яичника.

§ 45. Припомнивъ вкратцѣ все, что намъ извѣстно при настоящемъ состояніи вопроса о происхожденіи пролиферирующихъ кистомъ, мы придемъ къ слѣдующему: пролиферирующія кистомы суть эпителиальныя опухоли; онѣ происходятъ отъ разрощенія, по всему вѣроятію, только желѣзистыхъ желобовъ, но не готовыхъ фолликулъ. Разростаніе эпителия вызываетъ углубленія въ стѣнкахъ первичныхъ полостей, которыя отшнуровываются и образуютъ собою вторичныя кисты. Этотъ процессъ образованія углубленій эпителия и новообразованій кистъ въ стѣнкахъ всѣхъ существующихъ уже полостей можетъ повторяться до безконечности. Одновременно съ разрощеніемъ эпителия, можетъ имѣть мѣсто и разрощеніе соединительной ткани стѣновокъ, возвышающееся на внутренней поверхности кистъ въ формѣ папиллярныхъ и дендритическихъ образований. Слизистое содержимое кистъ произошло отъ скопленія секрета эпителиальныхъ клѣтокъ. Дальнѣйшія измѣненія въ опухоляхъ вызываются преимущественно сляніемъ кистъ и окончательнымъ образованіемъ одной или нѣсколькихъ большихъ полостей.

Основываясь такимъ образомъ на теоріи Фокса и Клебса, должно причислить опухоли къ аденомамъ; онѣ представляютъ только повтореніе желѣзистаго строенія яичника; но вслѣдствіе образованія большихъ полостей, которыхъ не бываетъ въ большей части аденомъ, Вальдейеръ предпочитаетъ называть ихъ пролиферирующими или миксоидными кистомами. Въ этихъ опухоляхъ также обнаруживается близкое родство аденомъ и карциномъ. Лишенное всякаго типа разрощенія эпителия, наблюдаемое на пролиферирующихъ кистомахъ относительно нормальной еще стромы яичника, совершенно сходно съ началомъ развитія карциномы; это, повидимому, подтверждаетъ мнѣніе тѣхъ, которые не хотятъ признавать сущности карциномы въ простомъ, безпорядочномъ разрощеніи эпителиальныхъ клѣтокъ. Въ клиническомъ отношеніи все-таки существуютъ существенныя отличія между пролиферирующею кистомою и карциномою яичника, причѣмъ первая не поражаетъ лимфатическихъ желѣзъ, не вызываетъ другихъ метастазъ и мѣстно не рецидивируетъ.

Альвеолярная карцинома, особенно малокамерная форма ея, ближе всего подходит въ анатомическомъ отношеніи къ кистомѣ, и переходитъ въ нее безъ рѣзкихъ границъ. (Подробности объ этомъ см. въ гл. о карциномѣ).

ГЛАВА X.

Свойство жидкости кистомъ.

Литература: Courp-Besanez: Handbuch der zoochem. Analyse.—Hörppe-Seyler: Hdb. d. Analyse. III. Aufl.—Kühne: Lehrb. der physiol. Chemie.—Fontenelle: Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires. Arch. gén. de med. 1824. IV. стр. 257.—Méhü: Arch. gén. de méd. 1859. t. XIV. стр. 524.—Boedecker: Ztschr. f. rat. Medicin. 1859, 3 te Reihe. VII. стр. 149.—Th. Drysdale въ Atlee's Diagnosis of ovarian tumors стр. 457.—E. Eichwald jun.: Die Colloidartung der Eierstöcke. Würzb. med. Ztschr. 1864, Bd. V. стр. 270.—Bequereel: Malad. de l'utérus. Bd. II. стр. 222. 1859.—Farre: Todd's Cyclopaedia. Vol. V. Suppl. стр. 583. 1859.—Sp. Wells: Krankh. d. Eierst. neper. Grenzera, стр. 67.—Waldeyer: Arch. f. Gyn. I. стр. 266.—Spiegelberg: Monatschr. f. Gebk. Bd. 34, стр. 384. Arch. f. Gyn. III. стр. 271. и Volkmann's klin. Vorträge, No. 55.—Huppert: Ueber den Nachweis des Paralbumins. Prager med. Wochenschr. 1876, No 17.—Westphalen: Beiträge zur Lehre v. d. Probenpunction. Arch. f. Gyn. VIII. 1875, стр. 72.—Gusserow: Arch. f. Gyn. IX. H. 3.—Heine: Prager med. Wochenschr. 1876, No. 1.—Foulis: Edinb. med. Journ. 1875, Aug. стр. 169.—Knowsley Thornton: Med. times and gaz. April 10. 1875. и May 6 и 13 1876, стр. 492.

§ 46. Количество жидкости въ опухоляхъ яичниковъ можетъ быть весьма значительно; вообще опухоли содержащія отъ 30—40 фунтовъ жидкости, превосходятъ въ 2—3 раза объемъ беременной въ послѣдніе мѣсяцы мати, причисляются уже къ большимъ. Но встрѣчаются опухоли еще большаго размѣра. Даже однокамерныя опухоли могутъ заключать въ себѣ отъ 60—70 и болѣе фунтовъ. Гиббъ демонстрировалъ патологическому обществу въ Лондонѣ (Transact. of. the pathol. Soc. VII. стр. 273) опухоль вѣсомъ въ 106 фунтовъ. Беккеръ-Брунъ (Lancet. IX. 1849. стр. 9) послѣ одного прокола выпустилъ 93 пинты, а Пизли 149 фунтовъ; Атлее въ своемъ 217 случаѣ выпустилъ около 125 ф. жидкости; наконецъ Kimball' при экстирпации пролиферирующей кистомы выпустилъ 160 фунтовъ, кромѣ того еще около 20 ф. оставалось въ опухоли, которую нельзя было совершенно удалить. Галлець собралъ многочисленныя случаи огромныхъ опухолей (Kystes de l'ovaire, стр. 69).

Выше отчасти уже было говорено о разнообразной консистенціи содержимаго кисты, которая можетъ быть весьма различна не только въ разныхъ опухоляхъ, но даже въ отдѣльныхъ кистахъ одной и той же опухоли. Вообще замѣчено, что самыя большія полости обыкновенно отличаются и самымъ жидкимъ содержимымъ. То что связано было въ отношеніи консистенціи одинаково относится до обращиванія жидкости; она представляетъ всевозможныя оттѣнки: отъ совершенно свѣтлаго или свѣтло-сѣраго, слабоматоваго до желтаго, краснаго и зеленаго, послѣднее доходитъ даже до темно-оливково-зеленаго обращиванія; красноватая оттѣнки большею частью переходить въ коричневыя,

шеколадный, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже въ черный цвѣтъ чернилъ, какъ описываетъ Беккеръ - Браунъ. Темное окрашиваніе зависитъ отъ присутствія крови, причѣмъ красящее начало распавшихся кровяныхъ тѣлецъ претерпѣваетъ большею частью различныя превращенія. Густое желтое окрашиваніе зависитъ отчасти отъ процессовъ жироваго распадѣнія, а отчасти отъ примѣси гноя; особенно зеленоватый отблескъ обуславливается присутствіемъ въ жидкости холестерина. Количество послѣдняго можетъ быть, какъ мнѣ случилось видѣть, до того значательно, что онъ плаваетъ въ жидкости въ видѣ бѣловатыхъ какъ бы склупившихся облаковъ; въ такомъ случаѣ жидкость представляетъ прелестную картину, напоминающую игру цвѣтовъ въ калейдоскопѣ. Кромѣ того необходимо упомянуть еще о бѣлыхъ, полужидкихъ, напоминающихъ отваръ брахмала массахъ, большею частью окруженныхъ жидкостью, и въ рѣдкихъ случаяхъ, исключительно выполняющихъ собою небольшія кисты. Массы эти обязаны своимъ происхожденіемъ жировому распаденію эпителиальныхъ клѣтокъ.

Желая группировать жидкости, ихъ можно раздѣлить на совершенно жидкія, почти водянистыя, всегда свѣтлыя, прозрачныя, едва окрашенныя и на тягучія, всегда мутныя, болѣе или менѣе окрашенныя, обнаруживающія свойство вытягиваться подобно слизи въ нити; это свойство служитъ самымъ характеристическимъ отличіемъ жидкостей личниковъ; оно само по себѣ уже достаточно для отличія отъ водянистой жидкости. Впрочемъ консистенція можетъ представлять различныя степени, начиная отъ обыкновенной слизистой до густой желеобразной. Удѣльный вѣсъ жидкости въ огромномъ большинствѣ случаевъ колеблется между 1010—1025, иногда же онъ = 1005—1010; а по увѣренію Сп. Уэльса онъ даже падаетъ до 1003, между тѣмъ какъ по Drysdale'y (въ сочиненіи Atlee) удѣльный вѣсъ доходилъ до 1045, по Бёдекеру—1049, по Эйхвальду—1055. Въ 15 случаяхъ изслѣдованная мною жидкость имѣла 1005—1022, а въ 10 случ. Беккереля—1007—1033 уд. в. Хотя низкій удѣльный вѣсъ болѣе всего свойственъ водянкѣ Граафовыхъ фолликуловъ и кистамъ широкихъ связокъ, но въ рѣдкихъ случаяхъ онъ наблюдается и въ жидкостяхъ пролиферирующихъ кистомъ. Нерѣдко одна и таже опухоль даетъ при разновременныхъ проколахъ совершенно различныя жидкости; такъ напр. изъ одной кистомы, которую въ продолженіи двухъ лѣтъ прокалывали 5 разъ, выпущена жидкость слѣдующаго удѣльнаго вѣса: 1008, 1012, 1005, 1008, 1015.

Mein утврждаетъ, что на колебаніе удѣльнаго вѣса имѣетъ значительное вліяніе температура; такъ что одна и таже жидкость имѣетъ при 13° уд. вѣсъ—1008, при 26°—1014.

Произвольное образованіе свертковъ почти никогда не происходитъ въ овариальной жидкости; но извѣстны исключенія, когда вся жидкость быстро и произвольно створоживается, о чемъ будетъ говорено при описаніи дифференціального діагноза (§ 100).

§ 47. Химическія свойства. Жидкость бываетъ или нейтральной, или слабо щелочной реакціи. Химическій составъ жидкостей еще мало извѣстенъ, по причинѣ существующей еще до сихъ поръ неясности въ опредѣленіи протеиновыхъ веществъ. Количество твердыхъ частей колеблется б. ч. между

50—100⁰/₀₀; но встрѣчаются и другія цифры: такъ Латуръ находилъ до 14⁰/₀₀ въ совершенно водянистой свѣтлой жидкости; Меху—17⁰/₀₀, Drysdale 26⁰/₀₀; между тѣмъ какъ Эйхвальдъ нашель въ одномъ случаѣ 158⁰/₀₀, а Бёдекеръ даже 208⁰/₀₀. Наменьшія числа принадлежатъ быть можетъ только простымъ кистамъ. Постоянныя составныя части суть: протеиновыя вещества, жиры и соли; изъ послѣднихъ преобладаетъ Na. Cl, затѣмъ слѣдуютъ сѣрнокислыя и фосфорокислыя щелочи и земли. Непостоянно встрѣчаются: лейцинъ, найденный Tudsichum'омъ и Бёдекеромъ, аммоніакъ также Бёдекеромъ, Allantoin найденъ одинъ разъ Наупун'омъ; но особенно важно то, что мочевины найдена была давно Биндеромъ (Kugger. Diss. Tubingen. 1859, стр. 28), Бёдекеромъ, Зивертомъ (см. ниже), а въ недавнее время Шрёдеромъ (см. Рёригъ, Arch. f. klin. Med. XVII, 1876, стр. 357). Въ случаѣ послѣдняго автора количество мочевины доходило до 0,5—1,0⁰/₀₀, а у Зиверта даже 1,54⁰/₀₀. Относительно содержанія альбуминатовъ и альбуминоидныхъ веществъ существуетъ еще большое разногласіе; даже обширный трудъ Эйхвальда млад. не даетъ намъ никакихъ общихъ выводовъ въ этомъ отношеніи; онъ отличаетъ въ жидкостяхъ пролиферирующихъ кистомъ двойнй рядъ тѣлъ: муцинныхъ и альбуминныхъ. Муцинъ происходитъ изъ измѣненной протоплазмы, вещества, содержащагося въ коллоидно-перерожденныхъ клѣточкахъ. Муцинъ медленно и постепенно превращается въ такъ называемое авторами коллоидное вещество, и наконецъ въ слизистый пептонъ. Различныя вещества этого ряда отличаются другъ отъ друга только различною степенью своей растворимости. Для раствора коллоидно-перерожденной протоплазмы необходимо прибавить слабый растворъ щелочей, между тѣмъ какъ муцинъ растворяется даже и въ щелочныхъ земляхъ и разбухаетъ въ водѣ. Коллоидное вещество совершенно растворяется въ горячей водѣ, а въ холодной только отчасти; наконецъ слизистый пептонъ чрезвычайно легко растворяется въ водѣ. Отъ прибавленія уксусной кислоты онъ не свертывается, коллоидное вещество же мутнѣетъ, а муцинъ, напротивъ, совершенно выдѣляется. Рядъ альбуминныхъ веществъ представляется въ слѣд. порядкѣ: чистый альбуминъ (фибринъ) переходитъ въ паральбуминъ, металбуминъ и наконецъ въ альбуминъ-пептонъ (фибринъ-пептонъ). Вещества эти отличаются отъ ряда муцинныхъ веществъ, содержаніемъ въ нихъ сѣры, а также ихъ растворимостью отъ примѣси танина или среднихъ металлическихъ солей. И въ этихъ веществахъ происходитъ постепенное превращеніе трудно растворимыхъ въ болѣе легко растворимыя вещества, такъ что наконецъ получаютъ такъ называемые легко расплывающіеся пептоны, какіе образуются изъ альбуминатовъ и альбуминоидныхъ тѣлъ въ пищеварительномъ аппаратѣ. Чѣмъ обусловливаются эти превращенія въ кистахъ яичниковъ остается пока неразгаданнымъ. Исслѣдованіе жидкостей съ цѣлью открыть въ нихъ пепсинъ, дали Эйхвальду отрицательные результаты; въ болѣе молодыхъ кистахъ онъ находилъ преимущественно муцинна^в вещества, а въ старшихъ—болѣе альбуминныхъ. Эйхвальдъ приходитъ наконецъ къ тому заключенію, что при постепенномъ и продолжительномъ превращеніи муцинныхъ и альбуминныхъ веществъ нельзя ставить въ зависимость, какъ это дѣлали прежде, по-

нягіе о коллоидномъ отвердѣніи яичниковъ отъ появленія специфическаго, химически легко опредѣляемаго протеиннаго вещества.

Вальдейеръ и съ нимъ Шпигельбергъ, встрѣчая всегда пар-
албуминъ въ кистахъ яичниковъ, считаютъ присутствіе его чрезвы-
чайно важнымъ въ діагностическомъ отношеніи для отличія отъ водяночной
жидкости. Основываясь на данныхъ Шерера, Гертца, Эйхвальда и
Гоппе-Зейлера, названные авторы считаютъ возможнымъ доказать при-
сутствіе паралбумина или металбумина слѣдующими реакціями: отъ насыщенной
угольною кислотою сильно разведенной водою жидкости, въ послѣдней происхо-
дитъ осажденіе мелкихъ клочьевъ. Полученный отъ прибавленія абсолютнаго алко-
голя осадокъ растворяется, будучи подогрѣтъ, даже спустя нѣсколько дней въ
перегнанной водѣ вполне или только отчасти. Отъ прибавленія разведенной
укусной кислоты къ этому раствору получается новый осадокъ, который отъ
пресыщенія укусною кислотою снова скоро растворяется. Вестфаленъ и
Гуппертъ возражаютъ противъ этого, что угольная кислота осаждаетъ какъ
паралбуминъ, такъ и всѣ вещества глобулина; послѣднія въ свою очередь, въ
присутствіи солей, осаждаются алкогolemъ и снова растворяются въ водѣ; а
отъ прибавленія разведенной укусной кислоты опять осаждаются. Такимъ
образомъ оба названные изслѣдователи согласны въ томъ, что предложенныя
Вальдейеромъ и Шпигельбергомъ реакціи не могутъ служить для
открытія присутствія паралбумина или металбумина. Всѣ албуминныя вещества,
будучи осаждены алкогolemъ, отчасти снова растворяются въ водѣ. Раньше
всѣхъ прекращается и безъ того незначительная растворимость албумина, со-
храняясь все-таки, хотя въ слабой степени въ теченіи цѣлыхъ недѣль.

Самыми лучшими методами изслѣдованія для опредѣленія одного парал-
бумина, Гуппертъ считаетъ слѣдующіе.

1) Къ изслѣдуемой жидкости прибавляютъ разведенную укусную кисло-
ту и кипятятъ ее;—при нѣкоторомъ навыкѣ не трудно приноровиться къ требуе-
мому количеству укусной кислоты,—при чемъ, если паралбумина нѣтъ, то
послѣ кипяченія надъ осадкомъ получится прозрачный слой жидкости; въ случаѣ
же присутствія паралбумина растворъ всегда остается мутнымъ.

2) Жидкость осаждаютъ алкогolemъ и растворяютъ въ водѣ. Если черезъ
нѣсколько дней большая часть ея растворится въ водѣ и растворъ обна-
руживаетъ приведенную выше подъ 1 реакцію, то можно допустить присут-
ствіе паралбумина. Муцинъ отличается тѣмъ, что онъ не растворяется въ
разведенной укусной кислотѣ.

3) Жидкость, смѣшанную съ большимъ количествомъ 70 % соляной
кислоты, ставятъ на нѣсколько дней въ водяную баню. Если въ жид-
кости, сцѣженной съ полученнаго при этомъ осадка, содержится паралбуминъ,
то онъ редуцируется мѣдью или бисмутомъ, въ щелочномъ растворѣ. Реакція
эта основана на разложеніи паралбумина на муцинъ и другое выдѣляющееся
вещество—по всему вѣроятію сахаръ.

Въ способѣ Гупперта особенно обращаетъ на себя вниманіе трудность
достигнуть точнаго результата; всѣ эти опыты требуютъ нѣкотораго навыка.

Осторожность въ примѣненіи химическаго изслѣдованія къ діагности-

ческимъ цѣлямъ должна быть тѣмъ большая, что намъ еще не извѣстны условія превращенія альбумина въ паралабуминъ, присутствіе котораго въ различныхъ животныхъ органахъ и веществахъ не подлежитъ сомнѣнію. Бирмеръ и Эйхвальдъ находили его въ мокротѣ при бронхіальномъ катаррѣ; Бѣдекеръ въ фетальной опухоли крестцовой кости, Оболенскій въ водной вытяжкѣ пуповины, а Либерманъ въ вѣствѣ, сидѣвшей на боковой части шеи. Кромѣ того паралабуминъ часто находили въ мочѣ, особенно при нагноеніи въ костяхъ. Но еще болѣе важно, что Hilger (Ann. Chem. u. Pharm. 160. 1871. 338) и Гуссеровъ по два раза находили паралабуминъ въ водяночной жидкости. Какъ бы то ни было, но возникаетъ вопросъ, не принадлежали эти случаи къ таимъ, гдѣ Ascites произошла отъ лопнувшихъ вѣствъ яичниковъ, или не произошла ли она отъ смѣшенія ея съ жидкостью послѣднихъ, — предположеніе это трудно отвергнуть на основаніи описаній этихъ случаевъ. Во всякомъ случаѣ достоверно то, что оваріальныя жидкости всегда содержатъ вещество изъ ряда альбуминныхъ, но весьма часто простымъ кипяченіемъ не удается выдѣлить протейное вещество; напротивъ, отъ прибавленія кислоты всегда получается покрайней мѣрѣ мутность—выдѣлившійся альбуминатъ натра, — отъ алкоголя же всегда получается осадокъ.

Для объясненія количественныхъ отношеній, мы приведемъ здѣсь нѣсколько анализовъ:

Источники.	Свойство кистомы и жидкости.	Протейное вещество. ‰	Соли. ‰	Жиры ‰	Сахаръ.	Мочевина.
Эйхвальдъ Набл. 2.	Трехслойный коломодъ, жид. густоватая, тягучая, желтовато-зеленая, щелочная; уд. в. 1050.	147,98	9,20	0,99	—	—
Набл. 3.	Однослойная коломодная опухоль. Жид. густая, мутная, грязнокоричневая, малотягучая, уд. в. 1019.	42,37	8,47	0,29	—	—
Соб. наблюденія Видекке, анализъ произв. Проф. Нассе	Зеленоватокоричневая жидкость, тянется въ нити, съ тягучимъ осадкомъ, щелоч., уд. в. 1015.	32,0	0,8	—	—	—
Манвальдъ, анализиров. проф. Нассе.	Зелено-желтая, опало-видная, щелочная, уд. в. 1019.	42,1	6,8	—	—	—
Аннал. Проф. Зивертъ.	Тягучая, жидкая; уд. в. 1033.	68,76	5,23	0,16	0,32	1,54
		Фибринъ: 00,18 Альбуминъ 68,58	Соли 4,44 сѣрнок. натра 0,05. Фосфорк. натра 0,74			

Содержаніе солей менѣ всего колеблется и достигаетъ приблизительно до 1 0/0; количество ихъ особенно велико, какъ вѣжется, въ однокамерныхъ кистахъ, въ которыхъ менѣ всего встрѣчается протенниновыхъ веществъ.

§ 48. Микроскопическое состояніе. Въ жидкостяхъ находятъ слѣдующіе форменные элементы:

1. Эпителіальныя вѣточкы. Тамъ, гдѣ вѣточкы вполнѣ сохранились, онѣ составляютъ важнѣйшую часть и самый характеристическій форменный элементъ; ихъ часто находятъ на пути къ жировому распаденію болѣе или менѣе разрушенными.

2. Коллоидно перерожденныя вѣтки и зерна. Вмѣстѣ съ нормальными эпителіальными вѣточками, главную составную часть составляютъ большія, шаровидныя, яреблестящія образованія. По Сп. Уэллсу они часто расщепляются лучеобразно, начиная съ края, такъ что шаръ распадается на множество секторовъ; но изъ расщелинъ этихъ никогда не выступаетъ жидкая, коллоидная масса.

3. Мелкозернистыя массы, большею частью жиръ въ мелкораздробленномъ состояніи и обломки разрушенныхъ вѣточекъ. Онѣ представляютъ мало характеристическаго, ибо встрѣчаются вездѣ. Тоже можно сказать и о

4. Кѣткахъ съ зернышками, которыя б. ч. суть ожирѣвшія эпителіальныя вѣточкы.

5. Кровяныя тѣльца, б. ч. уже измѣнившія свою форму, звѣздообразныя и пр., иногда въ нормальномъ состояніи.

6. Пигментныя зерна и чешуйки—слѣды предшествовавшихъ кровоизліаній въ кисты. Иногда пигментъ помѣщается въ коллоидныхъ шарикахъ.

7. Холестеаринъ въ извѣстной кристаллической формѣ ромбoidalныхъ табличекъ.

8. Блуждающія вѣтки, гнойныя тѣльца, встрѣчаются только при нагноеніи стѣнки кисты.

Сп. Уэллсъ и Эйхвальдъ упоминаютъ еще, какъ о рѣдкомъ явленіи, о роговыхъ вѣткахъ или плоскихъ чешуйкахъ роговиднаго эпителія. Drysdale описалъ подъ именемъ «Ovarian granules» нѣжныя, маленькія, круглыя вѣтки, наполненныя сильно преломляющимъ свѣтъ тѣльцами. Величина этихъ вѣточекъ бываетъ различна, большая часть изъ нихъ больше бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Форма ихъ не измѣняется, подобно бѣлымъ кровянымъ вѣточкамъ, подъ вліаніемъ эфира и уксусной кислоты. Рѣже находятъ (Thornton) группы круглыхъ или овальныхъ вѣточекъ, содержащихъ множество маленькихъ зеренъ; отчасти въ углубленіяхъ (Vacuolen).

§ 49. Прежде чѣмъ перейти къ клиническому разсмотрѣнію кистомъ, мы должны, хотя вкратцѣ, коснуться нѣкоторыхъ анатомическихъ измѣненій. Эти послѣднія очень многочисленны и разнообразны; сюда относятся; ожиреніе и облизвествованіе опухолей, далѣе кровоизліанія въ нихъ, ихъ нагноеніе, переврочиваніе, срощеніе опухоли съ сосѣдними частями и прободеніе ихъ. Послѣднія измѣненія имѣютъ важное клиническое значеніе и поэтому они будутъ описаны въ клиническомъ отдѣлѣ. Здѣсь мы коснемся только пер-

выхъ трехъ измѣненій: О жиреніе рѣдко отсутствуетъ въ кистомъ; ожирѣть могутъ эпителиальныя клѣточки и снова возрадаться. Отпавшія ожирѣвшія клѣточки распадаются и наконецъ совершенно растворяются; такой же процессъ жирового распада совершается и въ соединительной ткани стѣнокъ. Отъ этихъ процессовъ зависитъ происхожденіе большаго количества жира и холестерина. Все что затрудняетъ питаніе стѣнокъ и покрывающаго ихъ эпителия, благопріятствуетъ непременно жировому распаденію послѣдняго. Большею частью уже давленіе самаго содержимаго на перегородки ведетъ къ атрофіи послѣднихъ и вслѣдствіе этого къ жировому распаденію эпителия. Процессъ этотъ самъ по себѣ не имѣетъ клиническаго значенія, исключая развѣ только тѣ рѣдкіе случаи, когда онъ ведетъ къ запуску кисты. Значительное содержаніе въ жидкости жира также и холестерина, можетъ при однокамерныхъ опухоляхъ дать ту надежду, что послѣ прокола онѣ стануть медленно вновь наполняться или даже обнаруживать наклонность къ радикальному излеченію чрезъ сморщиваніе ихъ.

Другой видъ обратнаго метаморфоза представляетъ отложеніе извести. Послѣдняя большею частью бываетъ мало распространена, встрѣчается здѣсь рѣже и не въ столь обширныхъ размѣрахъ, какъ мы это обыкновенно видимъ въ мѣмахъ матки. Исключительный примѣръ этого рода обнаругованъ Леопольдомъ (Arch. f. Gyn. VIII. N. 1), гдѣ на многокамерной кистомѣ, величиною въ нѣсколько головъ, ближайшая къ ножкѣ часть представляла твердую, какъ камень, массу, между тѣмъ какъ на другихъ мѣстахъ поверхность представляетъ только известковыя чешуйки, хотя также довольно распространенныя. Это значительное отложеніе извести, повидимому, находилось въ связи съ существовавшимъ 6-ти кратнымъ закручиваніемъ ножки, происшедшимъ, вѣроятно, мало по малу и причинившимъ столь значительное разстройство питанія. Мѣста опухоли, оставшіяся свободными отъ известковыхъ отложеній, вслѣдствіе срощенія ихъ съ сосѣдними органами, пользовались лучшимъ питаніемъ. Другой случай громаднаго отложенія извести во всей почти опухоли, величиною въ апельсинъ, описанъ Маупе'омъ (Dubl. Hosp. Gaz. 1857, Nr. 4).

Кромѣ того, Вальдейеръ (стр. 276) описываетъ еще слѣдующій, особенный видъ отложенія извести: на ограниченныхъ мѣстахъ стѣнки желѣзистой кистомы, не представлявшей ничего необыкновеннаго, рядомъ съ эпителиальными клѣточками, видны были многочисленные конкременты, изъ которыхъ нѣкоторые были заключены въ небольшія полости вмѣстѣ съ свопищемъ эпителия. Вальдейеръ полагаетъ, что тутъ произошло превращеніе въ известковую массу самаго эпителия, или же образованіе известковыхъ осадковъ изъ сгустившагося содержимаго кисты, подобно сгусткамъ встрѣчаемымъ въ предстательной желѣзѣ. За самаго нельзя было принять эти отложенія, такъ какъ не доставало ни круглой формы, ни концентрическаго наслоенія.

Клиническое описаніе кистомъ.

§ 50. При клиническомъ описаніи мы также коснемся только водянки фолликуловъ и пролиферирующей кистомы. Дермоидная кистомы, совершенно отличающаяся какъ въ этиологическомъ, такъ и въ симптоматическомъ отношеніи, будетъ описана отдѣльно.

ГЛАВА XI.

Этіологія.

Литература: T. S. Lee: Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. перев. Berlin 1848. — v. Scanzoni: Drei Ovariometeeren. Scanzoni's Beiträge. Bd. 8. 1869. стр. 145. — Его же: Würzb. med. Ztschr. 1865. Н. 1. стр. 1.—

Никакой возрастъ, исключая фетальнаго, не избавленъ отъ развитія того или другаго вида кистомъ яичниковъ, если не считать кистомами выше упомянутыя незначительныя разширенія Граафовыхъ пузырьковъ. Особенно предрасполагаетъ къ нимъ возрастъ половой дѣятельности, слѣдовательно отъ 20—50 лѣтъ; послѣ 60 лѣтъ кистомы встрѣчаются гораздо рѣже. До половой зрѣлости предрасположеніе весьма незначительно и заболѣванія въ это время принадлежатъ къ рѣдкимъ исключеніямъ. Я могъ отыскать въ литературѣ только слѣдующія немногія наблюденія: Вегшейдеръ (Beiträge z. Gebh. u. Gyn. der gebh. Ges. in Berlin. 1. 1870. стр. 35) видѣлъ у 12-лѣтней дѣвочки двухстороннюю пролиферирующую кистому, развившуюся при воспалительныхъ явленіяхъ и быстро достигшую до 2 кило вѣсомъ и причинившую смерть. Курти (Maladies des femmes. стр. 282 и 929) видѣлъ тоже у 11-лѣтней дѣвочки, не имѣвшей еще регулъ; Маржоленъ демонстрировалъ въ парижскомъ обществѣ хирурговъ, 29-го марта 1860 г., многополостную кистому, вѣсомъ въ 19 фунтовъ; препаратъ этотъ взятъ у 11-лѣтней дѣвочки. Jouin съ успѣхомъ экстирпировалъ у 12½ лѣтней, еще не менструировавшей дѣвочки многокамерную кистому (Soc. imp. de chir. 19 juin. 1869). Беккеръ-Брунъ видѣлъ тоже у 11-лѣтней дѣвочки; а Goodrich у 8 лѣтней (Amer. J. of. med. Sc. 1873. стр. 500). Sp. Wells (Brit. med. J. March. 14. 1874) сдѣлалъ съ успѣхомъ овариотомію у 8 лѣтняго ребенка; Alcock (Lancet. Dec. 16. 1871)—у 3-лѣтняго, но съ несчастнымъ исходомъ. Carr (Bost. gyn. J. VII. стр. 259) и Pooley видѣли опухоли у 3-лѣтнихъ дѣтей, а Пизли у 5 лѣтняго. Мелъ (Memorabilien 1867) и Робертъ-Ли также приводятъ такіе случаи. Наконецъ Кивишъ (стр. 77. Bd. II) упоминаетъ о хранящемся въ Прагѣ препаратѣ, взятомъ у годовалаго ребенка.

Что касается до того, какою возрастомъ преобладаетъ, то изъ статистическихъ таблицъ Пизли (116 случ.), Уэллса (500 случ.), Кеберле (69 сл.) и J. Clauy'a (241 случ.) оказывается слѣдующее:

До	20 лѣтъ	было	32
Между	20 и 30 г.	»	266
»	30 » 40 »	»	298
»	40 » 50 »	»	213
Послѣ	50 годовъ	»	157

Изъ этой таблицы, которую по значительнымъ числамъ, можно признать соответствующею дѣйствительности, нельзя не замѣтить выдающееся явленіе, что цифра заболѣванія въ трехъ десятилѣтіяхъ отъ 20—50 г. не уменьшается пропорціально уменьшенію числа индивидуумовъ, а напротивъ того, во второмъ десятилѣтіи, отъ 30—40 г., еще положительно увеличивается. Явленіе это можно объяснить только тогда, если мы примемъ въ соображеніе брачное или безбрачное состояніе пациентовъ.

Изъ собранныхъ Пизли (119), С. Ли (125), Сканцони (85), Уэллсомъ (800), Нуссбаумомъ (34) и мною (85) случаевъ оказывается, что на 730 замужнихъ приходится 500 незамужнихъ *) больныхъ. Это отношеніе женщинъ къ незамужнимъ, равное почти 14:10, само собою разумѣется, не соответствуетъ приблизительно дѣйствительному отношенію тѣхъ и другихъ, но безспорно доказываетъ гораздо большее предрасположеніе къ заболѣванію у незамужнихъ. Если принять въ соображеніе наблюденія Уэллса, Нуссбаума и наши собственные (случаи Ли, Сканцони и Пизли здѣсь не приняты во вниманіе) и обратить вниманіе на отношенія замужнихъ къ незамужнимъ по возрасту, то оказывается слѣдующее:

			незамужнихъ.	женщинъ.	
До	20	лѣтъ	было	23	0.
Отъ	20—29	»	»	141	63.
»	30—39	»	»	82	153.
»	40—49	»	»	80	154.
Послѣ	50	»	»	56	135.

Хотя и естественно, что для незамужнихъ преобладающее число приходится на 20 годы и раньше, — такъ какъ къ 30 году многіе изъ нихъ вступили уже въ бракъ, — тѣмъ не менѣе такое преобладаніе кажется черезъ-чуръ высокимъ и поэтому заключеніе, что самое большее предрасположеніе приходится на тридцатые, сороковые годы и даже послѣ 50 годовъ, по меньшей мѣрѣ, не будетъ рискованнымъ. Незамужнія не менѣе предрасположены въ 20 годахъ. Приведенные выше факты можно объяснить, вмѣстѣ съ Veit'омъ и Пизли, тѣмъ, что женщины вслѣдствіе беременностей, кормленія грудью и остановки въ это время созрѣванія яичекъ, какъ бы ограждены, хотя на время, отъ развитія вистомъ. Последнее необходимо наводитъ на ту мысль, что мѣсячные приливы какъ будто благопріятствуютъ развитію новообразованій. Но объясненію этому прямо противорѣчитъ принятое нѣкоторыми мнѣніе, что беременность благопріятствуетъ происхожденію опухолей яични-

*) Общая сумма не вѣрна, потому что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Wells'a недостаетъ необходимыхъ объясненій.

ковъ. И на самомъ дѣлѣ, извѣстны многіе случаи, гдѣ существованіе опухоли замѣчено было тотчасъ послѣ родовъ или вскорѣ затѣмъ. Во многихъ изъ нихъ не трудно было убѣдиться, что уже въ началѣ беременности или даже еще во время предшествовавшей беременности животъ представлялъ чрезвычайное растяженіе. Съ другой стороны станеть понятнымъ, почему весьма часто впервые замѣчали присутствіе опухоли во время ригрегіумъ, если припомнимъ, что утонченныя стѣнки живота въ это время болѣе благопріятствуютъ распознаванію, нерѣдко самими пациентками, медленно увеличивавшейся опухоли; кромѣ того, нерѣдко роды, вслѣдствіе давленій на опухоль, вызываютъ воспаленіе самой опухоли или окружающихъ ее частей и тѣмъ самымъ является поводъ къ изслѣдованію, ведущему къ открытію присутствія опухоли.

Вопросъ о безплодіи заболѣвшихъ женщинъ былъ многократно изслѣдованъ и различно обсуждаемъ.

Voinet говоритъ, что изъ 500 женщинъ, страдавшихъ опухолями яичниковъ, 390 были бездѣтны, а по Фейту, на основаніи составленной имъ таблицы изъ случаевъ С. Лп, Сванцони и Веста, число безплодныхъ женщинъ=34%. Выводъ Voinet навѣрное окажется невѣрнымъ, если въ числѣ женщинъ (Femmes) онъ считаетъ и дѣвушекъ. Этимъ двумъ выводамъ еще болѣе притиворѣчатъ данные Негрони, по которымъ изъ 400 случаевъ, какъ замужнихъ такъ и незамужнихъ, только 43 никогда не зачинали.

Слѣдующая таблица также не согласуется съ данными Veit'a и въ особенности Voinet'a

У Сванцони	изъ 45	женщинъ	13	были бездѣтны.
» Нуссбаума	» 21	»	1	»
» Автора	» 63	»	8	»
Сумма	129	»	22	»

Такимъ образомъ, прежде чѣмъ не будетъ положительно доказано частое совпаданіе опухолей яичника съ безплодіемъ, намъ нѣтъ надобности входить въ разсужденіе, составляетъ ли безплодіе причину или же оно есть послѣдствіе заболѣваній яичниковъ въ большей части случаевъ.

§ 51. Нѣкоторые авторы приводятъ примѣры, говорящіе въ пользу возможности унаслѣдованія этой болѣзни. Джемсъ I. Симпсонъ (on ovarian dropsy) наблюдалъ эту болѣзнь у 3-хъ сестеръ; Джонъ Розъ (Lancet. 1866, II. Nr. 24)—у двухъ сестеръ, тетка которыхъ съ материнской стороны страдала тою же болѣзнью. Леверъ (Guy's Hosp. rep. vol. I. 1855, стр. 79) сообщилъ 7 смертныхъ случаевъ отъ болѣзней яичниковъ въ одномъ и томъ же семействѣ. Случай Бонвена (Лясковскій: Thèse de Paris 1867, стр. 43) не совсѣмъ относится сюда, такъ какъ у матери и дочери была саркома яичника. Мнѣ же (Berl. klin. Wochenschrift. 1876, Nr. 10 и 11, наблюдение 4 и 12) удалось видѣть эту болѣзнь у 2 сестеръ, между тѣмъ какъ третья въ то же время оставалась здоровою. У обѣихъ была пролиферирующая кистама одного только яичника; у одной сестры кистама росла медленно и была многокамерная въ высшемъ значеніи этого слова, полости которой заключали б. ч.

желеобразное содержимое; у второй же сесеры чрезвычайно быстро выросла однокамерная, въ смыслѣ клиническомъ, опухоль съ жидкимъ, нѣсколько ступившимся содержимымъ. Подобный же случай находится въ моемъ наблюдении въ настоящее время; но здѣсь болѣзнь у обѣихъ сестеръ еще не созрѣла до операціи. Такимъ образомъ, приведенный выше случай не подтверждаетъ мнѣніе Кеберле, утверждающаго, что при наследственномъ предрасположеніи къ этому заболѣванію, оно всегда бываетъ двухстороннее. Впрочемъ случаи этого рода такъ еще немногочисленны, что во всякомъ случаѣ наследственность не можетъ играть тутъ значительной роли. Насколько мнѣ извѣстно, Сп. Уэллсъ не встрѣчалъ ни одного подобнаго случая, по крайней мѣрѣ онъ объ этомъ нигдѣ не упоминаетъ. Вопросъ о наибольшемъ предрасположеніи праваго или лѣваго яичника къ заболѣванію долгое время разными авторами разрѣшался различно; но въ послѣдствіи убѣдились, что никакого различія въ этомъ отношеніи нѣтъ.

Гораздо важнѣе выяснить, насколько двухстороннее заболѣваніе чаще встрѣчается, чѣмъ одностороннее. Въ послѣднее время Скандони старался рѣшить этотъ вопросъ на основаніи протоколовъ вскрытій, произведенныхъ въ Вюрцбургскомъ патологическомъ институтѣ. У 52 больныхъ, моложе 50 лѣтъ, заболѣваніе было двухстороннее 31 разъ, т. е. 59,6%, а у 44-больныхъ, старше 50 лѣтъ, оно найдено было 17 разъ. Изъ этого вытекаетъ, что двухстороннее заболѣваніе чаще встрѣчается у молодыхъ и притомъ настолько часто, что, по заключенію Скандони, одностороння оваріотомія представляетъ значительный рискъ рецидива болѣзни съ другой стороны; но опасность эта вовсе не такъ велика, какъ это повидимому кажется. На 800 случаевъ Уэллсу пришлось экстирпировать оба яичника только 47 разъ; а изъ первыхъ 500 операцій онъ упоминаетъ только о 7-ми случаяхъ заболѣванія втораго яичника. Atlee приходилось на каждые 13 случаевъ прибѣгать къ двухсторонней экстирпациіи одинъ разъ, Кеберле—на 100 случаевъ—16 разъ; Кейтъ на 229 сл. только 13 разъ, у меня на 56 сл.—9 разъ. Нуссбаумъ въ 34, а Швартцъ въ 20 случаяхъ ни разу не имѣли надобности экстирпировать съ двухъ сторонъ. Противорѣчіе это съ мнѣніемъ Скандони объясняется тѣмъ, что не всякое легкое заболѣваніе, не всякое расширеніе одного или нѣсколькихъ фолликуловъ, довольно часто встрѣчаемое, вызываетъ непременно столь значительное заболѣваніе или увеличеніе органа, которое можно бы было легко доказать на живомъ и которое потребовало бы леченія. И дѣйствительно, изъ 51 случая двухсторонняго заболѣванія только 4 раза второй яичникъ достигъ величины куриного яйца или нѣсколько больше. Такимъ образомъ процентное содержаніе двухсторонняго заболѣванія, по сколькоу оно становится предметомъ клиническаго наблюденія, можно ограничить по Сп. Уэллсу 6% или вѣрнѣе 8% и самое большее 10% всѣхъ случаевъ.

Наконецъ Скандони еще обратилъ вниманіе на то, что такія больныя чрезвычайно часто страдали въ возмужаломъ возрастѣ хлорозомъ, который онъ поэтому считаетъ однимъ изъ главныхъ моментовъ въ развитіи опухолей. Изъ 26 больныхъ, 21 утвердительно показали о существованіи у нихъ хлороза; изъ 22 тѣхъ же больныхъ, которыя могли съ точностью указать время перваго

появленія менструаціи, у 15 она появилась на 18 году. Связь между хлорозомъ и происхожденіемъ опухолей яичниковъ Скандони объясняетъ уменьшеніемъ менструальнаго прилива къ половымъ органамъ у хлоротическихъ вслѣдствіе подавленной у нихъ дѣятельности сердца. Это уменьшеніе прилива препятствуетъ обыкновенно проявленію маточнаго кровотеченія и, согласно приведенной выше гипотезѣ Скандони, влечетъ за собою уплотненіе *Thesa folliculi*, а затѣмъ и расширеніе пузырьковъ, не доходящее до разрыва ихъ; вслѣдствіи та же причина вызываетъ дальнѣйшее заболѣваніе и самой паренхимы органа. Къ сожалѣнію явленія эти еще мало обращали на себя вниманіе наблюдателей и вотъ почему предположенія Скандони нигдѣмъ еще не могли быть подтверждены, что тѣмъ болѣе желательно, что число случаевъ, на которое ссылается Скандони, еще очень незначительно.

На другія конституціональныя условія, которыя можно бы считать предрасполагающими или прямыми причинами вистомъ яичниковъ, мы пока не можемъ указать.

ГЛАВА XII.

Симптоматологія.

§ 52. Картина болѣзни. Большая часть вистомъ яичниковъ развивается незамѣтнымъ образомъ, не вызывая долгое время никакихъ значительныхъ страданій со стороны больныхъ. Очень часто больныя являются съ опухолями, поднявшимися выше пупка или достигшими даже величины беременной въ послѣдніе мѣсяцы матки, не жалуясь при этомъ ни на какія тяжкіе припадки, такъ что присутствіе опухоли узнается ими только случайно, напримѣръ послѣ ушиба, паденія, или больная, случайно почувствовать боль въ животѣ, обратить на себя большее вниманіе. Иногда присутствіе опухоли узнается случайно во время врачебнаго изслѣдованія, вызваннаго другими причинами, при чемъ больная до того и не подозрѣвала у себя опухоли. Но не всегда опухоль достигаетъ такой значительной величины, не вызывая никакихъ болѣзненныхъ явленій; большія опухоли беспокоятъ больныхъ уже гораздо раньше и это заставляетъ ихъ прибѣгать къ врачебной помощи прежде, чѣмъ опухоли достигли огромныхъ размѣровъ.

Раньше всего обнаруживаются припадки со стороны мочеваго пузыря, особенно затрудненное мочеиспусканіе и болѣе или менѣе упорные запоры на низъ, боль во время дефекаціи; рѣже являются боли, то въ тазу, то во всемъ животѣ или въ крестцѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали также нервныя явленія, обмороки; къ этому иногда присоединяются разстройства менструаціи; въ большей же части случаевъ, исключая *sub finem vitae*, послѣдняя не обнаруживаетъ никакихъ существенныхъ уклоненій.

Страданіе больныхъ собственно начинается тогда только, когда опухоль достигаетъ такой величины, что вызываетъ разстройство въ отправленіяхъ желудка, т. е. когда она по величинѣ своей равна беременной въ послѣдніе

мѣсяцы маткѣ. Больная въ такомъ случаѣ не можетъ обыкновенно принимать достаточнаго количества пищи, незначительное количество которой уже вызываетъ отягощеніе, давленіе и чувство переполненія въ желудкѣ, отчего больная становится разборчивою въ отношеніи количества и качества пищи; питаніе разстроивается, больная худѣетъ, слабѣетъ; она теряетъ сонъ; ко всему этому присоединяются припадки, обусловливаемые собственно увеличившеюся опухолью. Беспомощность пациентки увеличивается, она не можетъ прибрать себѣ удобнаго положенія; нерѣдко появляются сильныя боли, продолжающіяся иногда недѣлями; боли въ животѣ, вызываемыя ограниченными воспалениями брюшиннаго покрыва опухоли или же самой брюшной стѣнки. Наконецъ развивается отекъ одного или обоихъ бедръ, простирающійся часто на Vulva и на нижнюю часть покрововъ живота. Послѣдствіемъ перитонитовъ или внутрикистнаго воспаленія часто является лихорадочное состояніе. Такимъ образомъ жизнь большею частью угасаетъ медленно послѣ долгихъ, мучительныхъ мѣсяцевъ или даже лѣтъ, отъ крайняго истощенія, при чемъ больныя сохраняютъ вполнѣ умственныя способности. У многихъ припадки эти появляются довольно рано, когда опухоль еще не достигла такой значительной величины; чаще всего они ожесточаются во время дефекаціи и мочеиспусканія; иногда къ этому присоединяются и другія болѣзненные явленія въ глубинѣ таза; дѣло можетъ даже дойти до ущемленія опухоли, выполняющей малый тазъ, напримѣръ при Retrovesio uteri gravidi, хотя не въ такой острой степени и менѣе болѣзненно. Когда опухоль поднимается вверхъ, названные припадки нерѣдко ослабѣваютъ, почти прекращаются, чтобы съ появленіемъ воспаленія или увеличенія роста опухоли снова возвратиться. Особенно рано начинаются эти припадки, даже при небольшихъ опухоляхъ, когда онѣ фиксированы, срослись и въ такомъ случаѣ сами служатъ причиною повторныхъ перитонитовъ въ нижнемъ отрѣзѣ таза; бываютъ также, хотя гораздо рѣже, и такіе случаи, гдѣ опухоль развивается очень быстро и въ прямой связи съ Peritonitis pelvica. О такихъ случаяхъ упоминаютъ только немногіе авторы, особенно Негріе, Кивишъ и Фейтъ. Мнѣ также удалось нѣсколько разъ наблюдать опухоли, происшедшія описаннымъ образомъ. Мы приведемъ здѣсь примѣръ развитія кистомы яичника, въ которомъ болѣзнь можно было прослѣдить съ самаго ея начала:

25 лѣтняя женщина (Шр.), на видъ здоровая, родила 2 года тому назадъ, хотя трудно, но безъ помощи. Послѣ родовъ, по ея рассказамъ, послѣдовало воспаленіе въ нижней части живота, кончившееся впрочемъ въ короткое время. Съ тѣхъ поръ больная ощущала въ животѣ боли, усилившіяся по временамъ. Въ январѣ 1875 года больная явилась для излеченія остраго воспаленія брюшины таза. При изслѣдованіи оказалось, что матка отодвинута впереди упругою, болѣзненною опухолью, которую легко можно было ощупать черезъ задній сводъ рукава. Припадки, жгленіе, tenesmi vesicales—также указывали на острое происхожденіе опухоли. Такъ какъ черезъ нѣсколько времени исчезли упругость, напряженность, и опухоль сдѣлалась твердою и быстро уменьшилась въ объемѣ, то ее приняли за изліяніе крови.

Воспалительныя явленія совершенно уступили противовоспалительному леченію. Спустя три мѣсяца, больная опять явилась съ рецидивомъ перитонита. 25 апрѣля 1875 года изслѣдованіе показало сначала только слѣды стараго эксудата позади и влѣво отъ согнутой на-

задъ матки; чрезъ нѣскольکو времени опять образовались новыя, мягкія экссудативныя массы, частью вѣво отъ матки, частью позади cervicis.

По прошествіи нѣсколькихъ недѣль (5-го мая) retroflexio uteri перешолъ въ незначи- тельный retroversio, а вскорѣ затѣмъ (14 мая) матка совершенно выпрямилась и даже на- клонилась нѣскольکو впередъ. Въ лѣвомъ parametrio оставался еще незначительный остатокъ экссудата, который лучше всего ощущался у верхняго края его. Въ слѣдующіе два мѣсяца (май и іюнь) вмѣстѣ съ менструаціею появлялся легкій рецидивъ острога воспаления и каж- дый разъ можно было указать на свѣжій экссудатъ. Послѣ того регулы стали очень бѣдны и не вызывали болѣе периметритовъ. Съ октября, въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ, вовсе не было регулъ, но беременности также не было.

Само собою разумѣется, что повторные перитониты съ излюбленнымъ отложеніемъ эссудатовъ въ лѣвомъ parametrio и возлѣ него, уже довольно рано возбудили подозрѣніе въ заболѣваніи лѣваго яичника, но только послѣ 4-го рецидива перитонита (въ іюль 1875) можно было впервые констатировать опухоль, величиною въ кулакъ, простиравшуюся отъ матки, отодвинутой вправо и кпереди, до стѣнки таза; опухоль была круглой формы и на ощупь уруга; она, казалось, лежала въ задней сторонѣ широкой связки; вотъ почему нельзя было болѣе сомнѣваться, что мы имѣли предъ собою увеличенный яичникъ. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ опухоль достигла еще величины черепа новорожденнаго; она лежала большею своею частью надъ малымъ тазомъ; матка все болѣе и болѣе отодвигалась вправо и впередъ и въ тоже время она поднялась вверхъ, такъ что большая часть ея ощущалась непосредственно за брюшными покровами, надъ правую ligam. Poupartii. Полная неподвижность матки, на- блюдаемая обыкновенно при острыхъ воспаленияхъ, уступила мѣсто нѣкоторой подвижности.

Начиная съ іюля 1875 до мая 1877 г., опухоль изъ величины въ кулакъ достигла величины 6-ти мѣсячной беременной матки; она представляется натянутою, уругою, выпя- чиваетъ брюшныя стѣнки, представляетъ ясное дѣленіе на доли и вообще всѣ свойства многополостной кистомы. Опухоль, лежавшая въ лѣвой сторонѣ, подвинулась болѣе къ сре- динной линіи; матка осталась по прежнему, въ переднемъ правомъ квадратѣ таза. Мен- струація не появлялась уже многие мѣсяцы, что можетъ подать поводъ къ предположенію начинающагося заболѣванія и праваго яичника; силы больной, при всемъ томъ, сохранились, и съ достовѣрностью можно было исключить беременность.

Остается нерѣшеннымъ, былъ ли повторный перитонитъ, возобновляв- шійся каждый разъ при менструаціи, слѣдствіемъ внутри брюшиннаго экстра- вазата или нѣтъ. Время его появленія, уругое напряженное состояніе свѣжей опухоли, перешедшее въ плотное, быстрое всасываніе, — все это говорило за вѣроятность гематомы. Какъ бы то нибыло, самая тѣсная связь острыхъ про- цессовъ съ началомъ развитія опухоли яичника не подлежала сомнѣнію.

§ 53. Анализъ припадковъ. Хотя припадки, сопровождающіе кисто- тому яичника, весьма мало выдаются, тѣмъ неменѣе картина, наблюдаемая у разныхъ больныхъ, а также теченіе всей болѣзни въ отношеніи формы и продол- жительности ея, весьма разнообразны. Разнообразіе это въ особенности обусловли- вается извѣстными анатомическими измѣненіями и осложненіями, о которыхъ будетъ болѣе подробно сказано ниже. Сперва рассмотримъ ближе и опишемъ субъективные болѣзненные припадки, которые можно раздѣлить на 4 группы.

1. Припадки, вызываемые собственно болѣзнію яичника. Группа эта самая маловажная изъ всѣхъ; здѣсь главную роль играютъ уло- ненія въ менструаціи, которыя однакоже столько же непостоянны, сколько и разнообразны и по этому обыкновенно не имѣютъ особеннаго значенія въ глазахъ больныхъ.

Вообще можно сказать, что киста яичника, будь это пролиферирующая

или *Hydrops folliculorum*, не оказывает особеннаго вліянія на менструацію; тѣмъ не менѣе возможны разныя уклоненія ея. Рѣже всего наблюдаютъ *Dysmenorrhœam*, которая почти никогда не достигаетъ значительной степени; гораздо чаще регулы являются преждевременно или они бываютъ черезъ чуръ обильными; еще чаще встрѣчается *Amenorrhœa*, составляющая одинъ изъ важнѣйшихъ признаковъ. При высокой степени истощенія организма болѣзнию, отсутствие мѣсячныхъ кровей составляетъ самое обыкновенное явленіе и лишено всякаго значенія. Напротивъ, при вѣркомъ еще организмѣ, когда общее состояніе здоровья еще не пострадало, отсутствіе регулъ не лишено значенія. Оно наводитъ на мысль о существованіи беременности, помогая нѣкоторымъ образомъ діагнозу послѣдней, гораздо болѣе, чѣмъ въ другое время; но тамъ, гдѣ съ достовѣрностью можно исключить беременность, *Amenorrhœa*, при вѣркомъ еще организмѣ, указываетъ на вѣроятіе двусторонности кистомы или же на злобачественность заболѣванія.

Болѣе точныя указанія о состояніи менструаціи представили намъ весьма немногіе авторы: Вестъ не видѣлъ никакой аномаліи въ 26 случаяхъ; въ одномъ случаѣ регулы сопровождались болемъ, въ 5 они были очень обильны, въ 4 — преждевременны, въ 7 — неправильны, въ 3 — опаздывали, въ 5 — въ незначительномъ количествѣ и въ 14 — вовсе не появились.

По Бейгелю, изъ 76 пациентокъ регулы появлялись правильно у 49; 13 разъ неправильно, 5 разъ обильно, 6 разъ очень мало, 3 раза совершенно отсутствовали. Я находилъ у 12 больныхъ правильныя регулы, у 8 они возвращались раньше времени или были очень обильны, у 4 — недостаточны, у 4 — совершенно отсутствовали. Въ цѣломъ взятыя, данныя эти не представляютъ особеннаго значенія, ибо точность ихъ зависить отъ понятія и интеллектуальнаго развитія больныхъ, и не подобаетъ то или другое уклоненіе въ менструаціи непременно связывать съ мыслию о болѣзни яичника.

Кромѣ менструаціи, необходимо упомянуть еще о признакѣ, прямо зависящемъ отъ болѣзни яичника, а именно о безплодіи. Не подлежитъ сомнѣнію, что очень большая опухоль яичника должна въ значительной степени препятствовать зачатію, отчасти вслѣдствіе измѣненія фізіологическаго отправления, отчасти же вслѣдствіе механическихъ причинъ. Тѣмъ не менѣе зачатіе вовсе не составляетъ такое рѣдкое явленіе даже при очень большихъ опухоляхъ; но что еще болѣе покажется страннымъ, такъ это то, что въ рѣдкихъ, правда, случаяхъ наблюдали зачатіе даже при двухстороннихъ опухоляхъ, послѣднее доказываетъ, что даже въ глубоко перерожденномъ органѣ можетъ еще сохраняться на нѣкоторое время нормальная тканьъ.

О взаимномъ вліяніи беременности и опухоли яичника будетъ сказано ниже. Наконецъ мы должны еще упомянуть здѣсь о сочувственныхъ явленіяхъ въ грудяхъ, соски которыхъ, какъ увѣряютъ нѣкоторые, представляются болѣе окрашенными; еще чаще наблюдали боль въ этихъ желѣзахъ, даже припухлость ихъ и выдѣленіе изъ нихъ молока. Большаго значенія эти явленія не имѣютъ, но необходимо имѣть въ виду возможность ихъ существованія, чтобы, руководствуясь ими, не поставить поспѣшнаго діагноза о беременности.

2. Припадки, зависящіе отъ давленія опухоли. Они при-
Ольсгаузенъ, болѣзни яичниковъ.

надлежать въ самымъ постояннымъ, если опухоль достигла извѣстной величины, хотя случается, что опухоль еще не настолько велика, что вполне сидитъ еще въ маломъ тазу, и тѣмъ не менѣе давленіемъ своимъ на шейку мочевого пузыря, въ состояніи уже вызвать *tenesmi vesicales* или *stranguriam*; гораздо рѣже наблюдаютъ недержание мочи или *ischuriam*, послѣдняя впрочемъ скоро проходитъ. Когда опухоль совершенно поднялась изъ малаго таза, то, при большихъ опухоляхъ, болѣзненные явленія со стороны моч. пузыря происходятъ вслѣдствіе, какъ растягиванія вверху моч. пузыря и уретры, такъ и давленія опухоли.

Въ слѣдствіе той-же причины дефекація или затруднена или-же она болѣзненна вслѣдствіе воспаления на поверхности опухоли, которая въ свою очередь становится очень чувствительною. Тупыя, тянущія боли б. ч. зависятъ отъ давленія и растягиванія, претерпѣваемаго брюшными покровами и внутренностями. Вслѣдствіе растяженія первыхъ разрывается *rete Malpighi*, какъ это обыкновенно бываетъ во-время беременности; вслѣдствіе растяженія вень, является отекъ брюшныхъ крововъ. Особенное значеніе имѣетъ весьма тягостное прижатіе желудка и кишечнаго канала, неизбѣжное при очень большихъ опухоляхъ.

Только въ рѣдкихъ и исключительныхъ случаяхъ нѣкоторые больныя освоиваются съ присутствіемъ огромныхъ опухолей, между тѣмъ какъ состояніе здоровья ихъ, полнота тѣла ничуть при этомъ не пострадали. У большей части больныхъ вызванна давленіемъ опухоли разстройства со стороны желудка ведутъ сначала къ потери полноты тѣла и силъ. Наконецъ и грудобрюшная преграда отталкивается вверху, вслѣдствіе чего затрудняется дыханіе. Хотя происходящее при этомъ сдавливаніе легкихъ само по себѣ и не опасно для жизни, но если къ этому присоединяются какія-либо осложненія, какое нибудь острое страданіе легкихъ, то названное отталкиваніе вверху діафрагмы приобретаетъ уже важное значеніе и можетъ даже угрожать жизни.

Наконецъ еще важное значеніе имѣетъ прижатіе вень почечъ, а иногда и мочеточниковъ. Въ первомъ случаѣ нерѣдко развивается албуминурія, хотя б. ч. не въ сильной степени, но все-же способствующая истощенію организма. Присутствіе бѣлака еще важно какъ признакъ въ томъ отношеніи, что возбуждаетъ вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ приливомъ и застоємъ, или же существуетъ болѣе глубокое заболѣваніе почечъ; вопросъ этотъ весьма важенъ въ томъ случаѣ, когда намѣреваются приступить къ экстирпаціи опухоли.

Прижатіе мочеточниковъ или перегибъ ихъ вслѣдствіе натяженія пузыря, можетъ вызвать застой въ почечныхъ лоханкахъ, а если это произойдетъ съ обѣихъ сторонъ, то слѣдствіемъ всего этого можетъ быть задержаніе мочи. Вигнс и Скандони наблюдали каждый по одному такому случаю. Мочеиспусканіе совершенно прекратилось и только послѣ сдѣланнаго прокола оно возобновилось ненадолго, и затѣмъ снова постепенно прекращалось, такъ что необходимо было прибѣгнуть къ вторичному проволу. Въ случаѣ Скандони мочеточники найдены при вскрытіи расширенными до $1\frac{1}{2}$ —2 дюймовъ въ

діаметръ. Такое уменьшеніе мочеотдѣленія и быстрое, хотя и скоропреходящее улучшеніе послѣ прокола опухоли, наблюдали не очень рѣдко, и въ такомъ случаѣ причиною diuresis было б. ч. прижатіе почечной вены. Martin (Bierstokswassersuchten стр. 12.) описалъ одинъ случай, въ которомъ развившаяся Hydronephrosis окончилась смертельною уреміею.

Явленія прижатія большихъ венъ нижней области живота, развитіе геморoidalныхъ шишекъ, Varices на голени и отекъ послѣдней довольно рѣдко сопровождаютъ опухоли яичниковъ въ сравненіи съ проявленіемъ ихъ во время беременности; только въ исключительныхъ случаяхъ наблюдали, что опухоль, величиною въ беременную матку въ послѣдніе мѣсяцы, вызвала бы отекъ голени; обыкновенные-же опухоли, даже въ 2—3 раза большія, не сопровождаются отеками; но при опухоляхъ громаднхъ размѣровъ нерѣдко наблюдали отекъ и въ такомъ случаѣ обыкновенно съ обѣихъ сторонъ; иногда отекъ ограничивается долгое время одною стороною, или-же онъ сильнѣе на одной сторонѣ. Различіе отъ беременности заключается еще отчасти и въ томъ, что при опухоляхъ существуетъ Leukocythosis, а главное еще въ томъ, что вистомы яичниковъ весьма медленно увеличиваются; поэтому если существуетъ прижатіе венныхъ стволовъ, то успѣваетъ развиться побочное кровообращеніе. Гораздо чаще венозные застои влекутъ за собою Ascites, которая однако-же не достигаетъ значительной степени и сама по себѣ не вызываетъ никакихъ страданій.

3. Симптомы, зависящіе отъ осложняющихъ болѣзней. Сюда относятся прежде всего, какъ самое частое и важнѣйшее осложненіе—ограниченныя перитониты, развивающіеся на поверхности опухоли и на прилежащихъ къ ней органахъ, въ особенности на peritoneum parietale брюшнхъ покрововъ. Воспаленія эти обыкновенно не бываютъ на тѣхъ опухоляхъ, которыя не поднялись еще выше пупка, хотя и тутъ могутъ быть исключенія. Чѣмъ больше становится опухоль, тѣмъ больше вѣроятія на развитіе перитонита. Что касается до огромныхъ опухолей, доходящихъ до грудобрюшной преграды, то отсутствіе срощеній у нихъ составляетъ рѣдкое исключеніе. Главное условіе происхожденія срощеній опухоли съ сосѣдними частями заключается въ предварительной потерѣ части ея поверхностнаго эпителія; чѣмъ сильнѣе будетъ давленіе опухоли на сосѣдніе органы, тѣмъ легче, особенно отъ взаимнаго тренія поверхностей, механически стирается эпителий съ поверхности ея. Понятно, что это легче всего произойдетъ на передней поверхности опухоли, которою она постоянно прилежитъ къ брюшнымъ стѣнкамъ, на которыхъ она лежитъ и тяжестью своей производитъ значительное давленіе. Такимъ образомъ срощенія съ брюшными покровами будутъ самыя частыя и въ то-же время самыя обширныя; затѣмъ чаще другихъ наблюдаютъ срощенія съ сальникомъ—и это потому только, что при извѣстной величинѣ опухоли, сальникъ обыкновенно помѣщается между нею и брюшными стѣнками, вмѣстѣ съ которыми и претерпѣваетъ давленіе. Затѣмъ слѣдуютъ срощенія съ кишками, моч. пузыремъ и маткою, съ селезенкою, желудкомъ, печенью и съ дномъ таза.

Предшествующія этимъ срощеніямъ воспаленія сопровождаются обычно

венно болѣе или менѣе сильными болями, но часто, и быть можетъ и болѣею частью, безъ всякаго лихорадочнаго состоянія. Весьма часто боли эти заставляютъ больныхъ искать первую помощь врача. Если то мѣсто на поверхности опухоли, гдѣ появляются боли, очень чувствительно къ давленію, то можно смѣло, — если только нѣтъ другихъ злокачественныхъ новообразованій, — діагностировать ограниченный перитонитъ, и это подтверждается впоследствии появившимся шумомъ тренія или же гораздо позже вовремя самой оваріотоміи.

До болѣе сильныхъ, разлитыхъ перитонитовъ дѣло доходить весьма рѣдко и то только вслѣдствіе разрывовъ.

Гораздо рѣже этихъ воспалительныхъ явленій, наблюдаютъ разстройства со стороны кишечнаго канала. Правда, механическое препятствіе можетъ вызвать раздраженіе кишечнаго канала и вслѣдъ затѣмъ временные поносы; но разстройства эти скоро проходятъ, болѣею частью, сами собою.

Гораздо хуже, но къ счастью гораздо рѣже, когда обнаруживаются признаки непроходимости кишечнаго канала, а иногда даже *Peus*. Это можетъ имѣть мѣсто въ томъ случаѣ, когда приросшія петли кишекъ проходятъ между опухолью и брюшными стѣнками, какъ это бываетъ нерѣдко, въ особенности при злокачественныхъ опухоляхъ, и когда петли эти обросли частью опухоли, или когда часть опухоли приросла въ маломъ тазу, и такъ прижала прямую кишку, что она становится непроходимой. Я видѣлъ одинъ такой случай, гдѣ огромная пролиферирующая киста была причиною развитія *Peus* вслѣдствіе чего принуждены были сдѣлать колотомію, которая впрочемъ не спасла больную.

4. Четвертая группа симптомовъ относится къ общему состоянію здоровья. Оно не измѣняется до тѣхъ поръ, пока вслѣдствіе давленія на желудокъ не разстроится пищевареніе; въ такомъ случаѣ начинается описанная уже выше картина истощенія: аппетитъ все болѣе и болѣе теряется, языкъ становится наконецъ сухимъ; иногда является продолжительная рвота, доводящая до голода. По мѣрѣ увеличивающагося исхуданія, размѣры постепенно растущей опухоли все болѣе и болѣе бросаются въ глаза; черты лица измѣняются, взглядъ становится стекляннымъ, животъ огромный, покровы его блестятъ, словомъ больныя представляютъ такую картину страданій и безпомощности, каковую рѣдко можно видѣть въ другихъ болѣзняхъ. Такія картины въ наше время оваріотомій, приходится наблюдать гораздо рѣже, и надо надѣяться, что современемъ онѣ совершенно исчезнутъ.

Физиономія такихъ больныхъ чрезвычайно вѣрно описана талантливымъ писателемъ *Sp. Wells*'омъ, тѣмъ не менѣе это такъ называемое *facies ovarica* не должно имѣть никакого діагностическаго значенія даже для самыхъ опытныхъ наблюдателей.

§ 54. Опуская здѣсь нѣкоторыя объективныя явленія, встрѣчаемыя при развитіи кистомъ яичниковъ, къ которымъ мы возвратимся въ главѣ о діагнозѣ, мы приведемъ здѣсь нѣкоторыя клинически важныя измѣненія кистомъ, а именно: кровоизліяніе въ полость кисты, нагноеніе и гнойное распаденіе въ нихъ, продыравливаніе и наконецъ переверчиваніе ихъ ножки.

1) Кровоизліяніе въ полость кисты

Не есть рѣдкое явленіе; самую частою причиною его служить частое повтореніе прокола. Вслѣдствіе истеченія большаго количества жидкости изъ полости, давленіе въ послѣдней до того уменьшается, что легко могутъ произойти разрывы волосныхъ сосудовъ и кровоизліяніе внутри кисты. Иногда можетъ также случиться, что во время прокола пораненъ былъ большой сосудъ въ стѣнѣ кисты, и кровь изъ него изливается въ послѣднюю. Весьма рѣдко встрѣчаются изліянія крови въ кисты, которыя никогда не были прокалываемы; кровоизліянія часто обусловливаются перекручиваніемъ ножи, но они могутъ быть и безъ этой причины. Иногда эти кровоизліянія зависятъ только отъ мѣсячныхъ приливовъ, во время которыхъ нерѣдко приходится замѣчать, что опухоли яичника, хотя не надолго, становятся болѣе чувствительными; въ рѣдкихъ случаяхъ ихъ могутъ вызвать травматическія поврежденія, толчки въ выдающійся животъ. Особенное предрасположеніе къ произвольнымъ кровотеченіямъ, подобно проколу, представляютъ папилломы, такъ часто развивающіяся на внутренней поверхности кисты. По наблюденію Робитанскаго можетъ также случиться, что вслѣдствіе растяженія стѣнки кисты увеличивающимся количествомъ содержаемаго—вена разрывается отъ растяженія и кровь изъ нея изливается въ кисту.

Такъ какъ кровоизліянія обыкновенно происходятъ медленно и въ умеренномъ количествѣ, то они часто протекаютъ безъ особенныхъ припадковъ, и если послѣдніе болѣе или менѣе выражены, то обыкновенно не играютъ особенной роли въ отношеніи предсказанія. Тѣмъ не менѣе кровянистое содержимое далеко не лишено значенія при оваріотоміи, такъ какъ брюшину должно защищать отъ него тщательнѣе, чѣмъ отъ невровянистаго содержимаго.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь изливается въ кисту въ такомъ значительномъ количествѣ, что жизни больной угрожаетъ опасность; оно иногда происходитъ такъ быстро, — особенно если причиною его были перекручиваніе ножи или проколъ, — что можно поставить почти вѣрный діагнозъ кровоизліянія. Раггу (*Amer Journ. of. obstetr. Nov. 1871*) сообщилъ случай, въ которомъ кровоизліяніе въ кисту произошло такъ неожиданно и такое обильное, что наступилъ опасный коллапсъ; въ нѣсколько часовъ діаметръ кисты увеличился по всѣмъ направленіямъ на 1—1½ дюйма.

2) Нагноеніе и гниlostное разложеніе въ кистахъ.

§ 55. Нагноеніе въ одной или нѣсколькихъ кистахъ чрезвычайно рѣдко бываетъ самопроизвольное; оно почти всегда развивается послѣ сдѣланнаго прокола; въ такомъ случаѣ причиною бывають отчасти нечистые инструменты, частью же, — и при томъ гораздо чаще — вхожденіе воздуха въ полость кисты. И ту и другую причину можно и должно стараться предупредить. Самопроизвольное нагноеніе не подлежитъ сомнѣнію, хотя оно встрѣ-

чается чрезвычайно рѣдко; чаще всего оно совпадаетъ съ родами, и въ такомъ случаѣ воспаленіе вызывается давленіемъ и разминаніемъ опухоли во время акта родовъ. Во всякомъ случаѣ это гораздо рѣже бываетъ при пролиферирующихъ кистахъ и даже при водянкѣ фолликуловъ, чѣмъ при упоминаемыхъ ниже дермоидныхъ кистахъ. Вопросъ, не зависитъ ли развитіе воспаленія внутренней стѣнки кисты въ нецуэрперальномъ періодѣ иногда отъ механическихъ инсультовъ, — на примѣръ, давленія со стороны переполненныхъ кишекъ, — остается еще открытымъ.

Гнойное распаденіе, встрѣчающееся гораздо рѣже нагноенія, развивается почти всегда вслѣдъ за оперативнымъ вмѣшательствомъ; самопроизвольное гнойное распаденіе было чрезвычайно рѣдко наблюдаемо и происхожденіе его до сихъ поръ не объяснимо. Я убѣжденъ, что гнилостное распаденіе, если оно не послѣдовало за проболомъ, если не всегда, то большею частью, зависитъ отъ вхожденія изъ кишекъ организмовъ, способныхъ вызвать разложеніе. Справедливость этого предположенія въ отношеніи гнойнаго распаденія цуэрперальныхъ эксудатовъ въ тазовой полости, я старался доказать въ другомъ мѣстѣ (Volkman's klin. Vorträge № 28, p. 257). Случай гнойнаго распаденія кистомы яичника (именно дермоидной кисты), который мнѣ удалось видѣть, еще болѣе убѣдилъ меня въ этомъ предположеніи.

Большая съ болѣзненной, умѣренной величины опухолью яичника явилась для операціи въ лихорадочномъ уже состояніи. Послѣ уничтоженія плотныхъ, паріетальныхъ сросеній и освобожденія опухоли, изъ нея вышущено огромное количество гноя, въ которомъ плавали волосы и клочки жира. Задняя сторона опухоли оказалась сросеюся съ кишками, которыя только съ большимъ трудомъ удалось отдѣлать на протяженіи около 2 метровъ. Ножка оказалась два раза перекрученною; больная умерла на 3-й день.

Перекручиваніе ножекъ, по всему вѣроятію, произошло до образованія, столь плотныхъ, паріетальныхъ сросеній и раньше упомянутыхъ приращеній кишекъ, т. е. оно образовалось за нѣсколько мѣсяцевъ. Слѣдствіемъ перекручиванія было воспаленіе и нагноеніе стѣнки кисты; но до гангрены дѣло не дошло, такъ какъ стѣнки кисты оказались во время экстирпаціи еще очень крѣпкими. Одновременное воспаленіе брюшины повлекло за собою обширныя сросенія кишечныхъ петель, а переселеніе изъ послѣднихъ организмовъ способствовало гнилостному разложенію содержимаго кисты.

Если справедливо, что гнилостное разложеніе обыкновенно происходитъ описаннымъ образомъ, то въ большинствѣ такихъ случаевъ непременно должны быть находимы сросенія кишекъ. Случай самопроизвольнаго гнилостнаго разложенія до того рѣдки, что я не могу привести ни одного такого примѣра съ пролиферирующими кистами. Напротивъ, дермоидныя кисты, обыкновенно сидящія въ маломъ тазу, гдѣ онѣ нерѣдко срастаются съ толстыми кишками, весьма часто подвергаются не только нагноенію, но и гнилостному разложенію.

3) Осевое перекручиваніе или торзія ножекъ.

Литература: Hardy: Lancet, 1845. 5. April. — Ribbentropp: Preuss. Vereinsztg. 1846. No. 1.—van Buren: New-York Journ. 1850 March. и 1851 March.—Willigk:

Prager Vjhrsschr. 1854, 4. стр. 112.—Patruban: Oest. Ztschr. f. prakt. Hlkde. Wien 1855. 1.—Rokitansky: Lehrbuch III. стр. 413. Его же Ueber Abschnürung der Tuba und der Ovarien und über Strangulation der letzteren durch Achsendrehung. Wien. allg. med. Ztg. 1860, No. 4.—Oester. Ztschr. f. prakt. Hlkde. 1865, No. 7.—Heschl: Oester. Ztschr. f. prakt. Hlkde. 1862, No. 20.—Klob: Lehrbuch стр. 360.—Tait: Edinb. med. Journ. 1869. Dec. стр. 503.—Crane: Amer. med. Monthly April 1861, стр. 275.—Wiltshire: Tr. o the pathol. Soc.ⁿ of London. Vol. XIX. стр. 295.—Peaslee: Amer. Journ. of obstetr. VI. стр. 276.—Purry: Ibidem IV. стр. 454.—Sp. Wells: Diseases of the ovar. стр. 83 и Lond: obst. transact. XI стр. 254.—Atlee: Gener. and diff. diagn. of ov. tum. стр. 188.—Kidd, Dubl. quaterl. J. of med. Sc. Vol. 50. 1870, стр. 188.—Barnes: Lond. obst. transact XI. p. 201, 1870.—Wagner: Monatsschr. f. Gebkde. Bd. 32. 1868. стр. 355.—Koeberlé, Gaz. méd. de Strasbourg 1874, N. 7. Thornton: Lancet 1875, II. стр. 665—Leopold: Arch. f. Gynäk. VI. 2. 1874, стр. 232 u VIII. 1. стр. 205. 1875.—Röhrig: Arch. f. klin. Medic. 1876. XVII. стр. 340.—Turner: Edinb. med. J. Febr. 1861.—Gaupp: Württemb. med. Corresd.-Bl. 1872, No. 17.

§ 56. Перекручиваніе ножки представляет довольно частое и весьма важное явленіе, которое нерѣдко удастся распознать. Уже Риббентропъ наблюдалъ его довольно часто, кромѣ того такіе случаи описаны были Гарди, фонъ-Буреномъ, Виллингкомъ и Патрюбаномъ, но только Рокитанскому принадлежитъ заслуга описанія этого процесса, какъ въ отношеніи его дѣйствій, такъ и причинъ, доказавшій въ тоже время частое проявленіе этого патологическаго процесса. Изъ 58 вскрытій труповъ съ кистами яичниковъ, онъ нашель 8 разъ перекручиваніе ножки; вообще имъ описано 13 такихъ случаевъ. Sp. Wells на 500 оваріотомій нашель 12 разъ торзію ножки; при чемъ высказываетъ свое убѣжденіе, что онъ много разъ недосмотрѣлъ ее. Изъ 56 произведенныхъ мною оваріотомій, я три раза встрѣтилъ перекручиваніе ножки; кромѣ того еще раза три въ случаяхъ не экстирпированныхъ опухолей. Сопоставивъ всѣ эти данныя съ довольно еще бѣдною казуистикою, не подлежитъ сомнѣнію, что весьма значительное число перекручиваній ножки упущены изъ виду не только при оваріотоміяхъ, но и при вскрытіяхъ.

При торзіи увеличенный яичникъ поворачивается около своей оси, то внутрь—къ маткѣ, то наружу—отъ послѣдней; при этомъ можетъ одновременно произойти поворачиваніе его около фронтальной оси впереди или назадъ.

Перекручивается всегда Lig. ovarii и часть широкой связки, вытянутая въ ножку. Очень часто въ перекручиваніи принимаетъ участіе и труба, и въ такомъ случаѣ она спирально обхватываетъ другія, составляющія ножку, части; иногда же труба остается изолированной и не перекручивается. Обыкновенно перекручиваніе совершается въ $1\frac{1}{2}$ —2 раза, но наблюдали также въ 5 и даже 6 разъ.

Причины поворачиванія еще не вполне разъяснены. Многія считаютъ каузальными моментами перистантическія движенія кишекъ и вздутіе ихъ газами; но проявляющаяся при этомъ сила едва ли достаточна для болѣе или менѣ значительныхъ опухолей. Нѣтъ сомнѣнія, что главная причина заключается въ неравнобѣрномъ ростѣ самой опухоли. Если возрастаніе ея происходитъ отъ увеличенія преимущественно одной полости и притомъ неравнобѣрно и въ одномъ какомъ нибудь направленіи, то можетъ образоваться на-

блоненіе и вслѣдствіе этого поворотъ опухоли около ея оси; явленіе это можетъ повториться и тогда происходитъ или дальнѣйшее повораиваніе опухоли въ томъ же направленіи, или же обратное повораиваніе ея. Далѣе можно допустить и ту вѣроятность, что опухоли, вполне сидящія еще въ полости малаго таза, при подниманіи своемъ вверху, встрѣчаютъ на задней своей сторонѣ препятствіе со стороны Promontorium, принуждены дѣлать круговращательныя движенія, чтобы подняться вверху въ брюшную полость; далѣе производящими причинами перекручиванія могутъ быть измѣненія положенія туловища, особенно быстрыя; или же развитіе рядомъ съ опухолью яичника другой опухоли, напримѣръ беременная матка, сообщающей первой вращательное движеніе. Послѣднее наблюдалъ Barnes въ 2 случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ; въ двухъ другихъ случаяхъ Stanc'a и Wells'a, повораиваніе опухоли вызвано было опорожненіемъ беременной матки и обнаружившееся тотчасъ послѣ родовъ.

Само собою разумѣется, что громадная величина опухоли, точно также, какъ широкія и плотныя сращения должны препятствовать торзій; равнымъ образомъ и нормальные яичники, вслѣдствіе ихъ широкаго внѣдренія въ широкую связку, ограждены отъ возможности перекручиваться. Извѣстенъ только одинъ случай Рокитанскаго, въ которомъ совершенно здоровый яичникъ у ребенка нѣсколькихъ недѣль представлялъ перекручиваніе ножки съ его послѣдствіями—значительною припухlostью, вслѣдствіе венознаго застоя. Но и тутъ оказалось, что яичникъ былъ смѣщенъ въ мѣшокъ паховой грыжки, съ которымъ онъ сросся. Однокамерныя опухоли, по причинѣ ихъ правильной формы, во всякомъ случаѣ представляютъ менѣе наклонности къ торзій, нежели многополостныя. Насколько можно судить по далеко еще небогатой казустикѣ, наклонность эта особенно велика у дермоидныхъ кистомъ, чему одинъ Рокитанскій приводитъ много примѣровъ. Мнѣ самому случилось видѣть торзій при эстирпациі дермоидной кистомы; кромѣ того я представилъ на рис. 4, стр. 23, изображеніе препарата такого свойства, хранящагося въ собраніи гинекологической клиники въ Галле. Насколько болѣе твердыя опухоли яичника болѣе предрасполагаютъ къ торзій, нежели кистомы, пока нельзя еще рѣшить, хотя не было бы ничего удивительнаго, если бы такія опухоли легче подвергались перекручиванію ножки, въ особенности при существованіи, столь часто сопровождающей твердыя опухоли, брюшной водянки, которая во всякомъ случаѣ благопріятствуетъ происхожденію перекручиванія. До сихъ поръ извѣстны только 3 случая торзій плотныхъ опухолей: въ первомъ (фонъ-Буренъ) были фибраны въ кулакѣ, во второмъ (Klob. p. 341)—величиною въ дѣтскую головку, а въ третьемъ у 8 лѣтней дѣвочки была цистосаркома вѣсомъ въ 16 фунтовъ (Леопольдъ, Ach. f. Gyn. VI. p. 232). Перекрученныя опухоли яичниковъ часто сопровождаются сращениями, происшедшими въ большей части случаевъ только вслѣдствіе торзій, но очень часто они обязаны своимъ развитіемъ неизбѣжному при торзій воспаленію. Эти сращения представляютъ съ одной стороны преграду дальнѣйшему перекручиванію, а съ другой неподвижно укрѣпляютъ опухоль въ принятомъ ею положеніи. Рокитанскій обратилъ вниманіе еще и на то, что въ рѣдкихъ случаяхъ сращения эти бы-

вають первичныя; онъ доказалъ, что и они въ такомъ случаѣ претерпѣвають поворачиваніе, соответствующее направленію торзіи. Во всякомъ случаѣ, такия первичныя сращения, находящіяся, большею частью, на боковыхъ концахъ яичника, очень рѣдки.

§ 57. Послѣдствія и симптомы торзіи не всегда одинаковы; одно изъ ближайшихъ послѣдствій и самое постоянное состоитъ въ венозномъ застоѣ въ опухоли, обусловленномъ прижатіемъ венъ ножки. Дальнѣйшія послѣдствія будутъ зависѣть главнымъ образомъ отъ болѣе или менѣе остраго развитія перекручиванія и отъ степени его. При болѣе сильной степени и быстромъ развитіи перекручиванія происходятъ прежде всего кровоизліаніе въ полость кисты; въ плотныхъ опухоляхъ, какъ въ случаѣ фонъ-Бурена, изліаніе происходитъ въ ткань, вслѣдствіе чего развиваются новыя кисты. Кромѣ того наблюдали также отечное припуханіе составляющихъ ножку частей, или отекъ всей опухоли (Леопольдъ), если она была твердая. Отекъ и кровоизліаніе вызываютъ въ свою очередь, важное въ діагностическомъ отношеніи, припуханіе опухолей. Болѣе неприятны развивающіяся воспаленія, то внутреннихъ стѣнокъ кисты, ведущія къ нагноенію или гнилостному разложенію, то воспаленія брюшины, остающіяся большею частью ограниченными и вызывающія сращения, но тѣмъ не менѣе жестокия, могущія перейти въ общія и даже смертельныя. Въ худшихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до гангрены яичника, сопряженной съ смертельнымъ перитонитомъ вслѣдствіе всасыванія.

Менѣе замѣтнымъ, иногда даже безъ припадковъ, проходитъ другое послѣдствіе торзіи,—это сморщиваніе опухоли вслѣдствіе развившагося малокровія, которое можетъ повлечь за собою совершенную остановку въ ростѣ,—нѣкотораго рода неполное, радикальное излеченіе опухоли. Киста въ такомъ случаѣ уменьшается, содержимое ея сгущается; въ стѣнкахъ ея происходитъ отложеніе извести, сморщиваніе, геср. ожиреніе. Этотъ благоприятный исходъ встрѣчался бы гораздо чаще и былъ бы еще совершеннѣе, если-бы развивающіяся сращения не доставляли-бы опухоли новый питательный матеріалъ. Содержимое такихъ спавшихся кистомъ представляется въ видѣ буровой, сальной, богатой жиромъ массы. Извѣстны случаи, гдѣ, вслѣдствіе значительной степени перекручиванія, яичникъ совершенно порвалъ свои соединенія съ маткою и съ широкою связкою, а съ нимъ вмѣстѣ отдѣлился кусокъ трубы. Но прежде чѣмъ это отдѣленіе совершится вполнѣ, опухоль б. ч. срастается съ другими органами, доставляющими ей матеріалъ для дальнѣйшаго питанія, причѣмъ ростъ ея можетъ увеличиться или нѣтъ. Рокитанскій описываетъ одинъ случай, въ которомъ труба висѣла только на нитеобразной ножкѣ, а въ другомъ у маткѣ оставался кусокъ трубы въ 5 линій длины съ конически приутолненнымъ концомъ, между тѣмъ какъ яичника вовсе не оказалось; вмѣсто него найденъ былъ мѣшокъ, величиною въ кулакъ, наполненный жировою массою, на разстояніи 5 дюймовъ отъ маткѣ, сросшійся частью съ брюшною стѣнкою, частью-же съ сальникомъ. На этомъ мѣшкѣ найденъ былъ другой конецъ трубы, длиною въ 10 линій, въ видѣ спиральной нити, содержащей массу, похожую на смѣсь мѣла съ жиромъ. Sp: Wells экстирпировалъ 2 раза

опухоли яичниковъ (Набл. 110 и 419, Болѣзни Яичниковъ, нѣмец. переводъ Грензера, стр. 63), которыя не имѣли ножи состороны матки; обѣ опухоли срослись только съ сальникомъ, брыжейкой или съ кишкой. Ваггат (Transact. pathol. Soc. XVII 1867, стр. 200) также удалил опухоль, находившуюся въ связи съ сальникомъ, но не съ маткою, и которую W. Fox принялъ за опухоль яичника. Въ этихъ случаяхъ, а также въ подобномъ у Turner'a, — въ которыхъ жировая киста, величиною въ дѣтскую голову, сидѣла на позвоночномъ столбѣ, — можно бы предположить, что отщепленіе совершилось безъ торзіи, а вслѣдствіе сморщиванія эксудативныхъ пучковъ, хотя возможность эта лишена всякаго вѣроятія въ упомянутыхъ трехъ случаяхъ по причинѣ величины опухолей. Къ самымъ дурнымъ, правда самымъ рѣдкимъ, послѣдствіямъ торзіи, принадлежитъ встрѣчавшаяся нѣсколько разъ непроходимость кишекъ, которая можетъ произойти тогда, когда поворачивающаяся опухоль срослась съ кишкою, и вызвала такимъ образомъ осевое поворачиваніе послѣдней, или-же ножка опухоли обхватываетъ кусокъ кишки, такъ что въ этомъ мѣстѣ она становится непроходимою. Случай этого рода съ смертельнымъ исходомъ описаны Гарди, Риббентраппомъ и Рокитанскимъ. Вообще говоря, всѣ явленія начинающейся торзіи, если только она не происходитъ совсѣмъ незамѣтно, болѣе или менѣе сильныя, а иногда достигаютъ до такой степени, что не смотря на совершенно удовлетворительное общее состояніе, больныя умираютъ въ нѣсколько дней. Болѣе всего выдаются припадки воспаления брюшины: оно часто очень остраго характера, ограничено, но можетъ также очень быстро распространиться; при этомъ могутъ явиться признаки внутренняго кровотеченія или они даже преобладаютъ, быстро окончиваясь смертью. Вслѣдствіе венознаго застоя образуются кровонзліянія внутрь кисты или отеки, опухоль быстро увеличивается въ объемѣ.

§ 58. Всѣ эти явленія, вмѣстѣ взятая, дозволяютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ болѣею или меньшею вѣроятностію распознать перекручиваніе ножки, и это мнѣ удалось вполне въ одномъ случаѣ.

Кѣберле удалось нѣсколько разъ діагностицировать торзію. Если при парацентезѣ изъ кисты вытекаетъ свѣжее кровянистое содержимое, то при извѣстныхъ обстоятельствахъ, это отчасти подтверждаетъ діагнозъ. Всего легче ошибиться, когда произойдетъ разрывъ и вскрытіе кисты въ брюшную полость, но въ такомъ случаѣ обыкновенно обнаруживаются явленія остраго перитонита. Если количество излившейся жидкости велико, то ее не трудно констатировать по флукуаціи, опухоль же при этомъ уменьшается. Если же количество выступившей изъ кисты жидкости незначительно, то опухоль видимо не уменьшается. плотность ея не измѣняется и діагнозъ будетъ болѣею частью сомнительный, если только не появятся признаки острой анеміи. Возможно ли, какъ утверждаютъ нѣкоторые, изслѣдуя обѣими руками (per rectum или per vaginam и снаружи), случайно ощупать ножку и ея торзію при небольшихъ опухоляхъ, покажетъ будущее.

Леченіе, при нѣкоторой вѣроятности діагноза и угрожающихъ явленійхъ, должно состоять въ безотлагательной экстирпаціи. Если бы даже ока-

залось во время операціи, что мы имѣемъ предъ собою разрывъ кисты, а не перекручиваніе ножки, то такая ошибка не имѣетъ никакого значенія. По-пытка, даже при вѣроятности діагноза, раскрутить ножки чрезвычайно рѣдко удается уже потому, что не извѣстно ни направленіе ея, ни мѣсто, гдѣ ее можно ощупать и въ какую сторону произошло перекручиваніе. Для большаго разъясненія вопроса, мы приведемъ здѣсь слѣдующіе результаты вскрытій:

Риббентрапъ нашель въ полости живота 1 фунтъ буровой и мутной воды, впереди послѣдняго позвонка найдены 2 внутреннихъ органа, оказавшіеся *S-tomanum* и правый, увеличенный до размѣра послѣда яичникъ, окрашенные въ синевато-черный цвѣтъ. *Lig. ovarii* и *Lig. uteri* были вытянуты въ длинный шнурокъ, длиною въ 2—3 дюйма и толщиной въ палець. Въ правомъ яичникѣ найдена величиною въ дѣтскую головку, свавшаяся полость, содержавшая небольшое количество такой же жидкости, какъ и въ брюшной полости; ткань яичника имѣла синекрасный цвѣтъ и пропитана кровью. Толстая кишка представляла два суженія, которыя однако расширились тотчасъ послѣ уничтоженія петли; яичникъ винтообразно обхватывалъ краемъ своимъ кишку одинъ разъ, такъ что онъ лежалъ справа, а упомянутая выше кишечная петля слѣва. Риббентрапъ полагаетъ, что петля образовалась послѣ того какъ опухоль лопнула, иначе, думаетъ онъ, киста, сдавленная болѣе подвижною, оставила бы свободною кишку. Но объясненіе это трудно допустить; нѣтъ сомнѣнія, что лопаніе кисты было слѣдствіемъ торзіи и застоя.

Еще болѣе поучительнаго и интереснаго представляеть случай, описанный Реригомъ: Въ *Excavatio recto-uterina* лежалъ правый яичникъ, превратившійся въ мѣшчатую опухоль, длиною въ 8 и шириною въ 5 цент. Опухоль, сдавлена, въ одномъ мѣстѣ кольцеобразно, состояла изъ 2 кистъ, изъ которыхъ большая оказалась дермоидною. Яичникъ соединился съ маткою посредствомъ длиннаго въ 3 цтм., нѣсколько разъ спирально перекрученнаго шнурка, состоявшаго изъ перекрученной широкой связки вокругъ которой обвилась цраваа труба. Лѣвый яичникъ представлялъ неправильной формы, величиною въ грецкій орѣхъ круглую опухоль, съ бугристою, вслѣдствіе известковыхъ отложеній, поверхностью; известковая эта чаша содержала въ себѣ желтоватую, богатую холестеринномъ кашицу безъ волосъ. Такимъ образомъ лѣвый яичникъ смѣстился впереди мочеваго пузыря въ правую половину таза и укрѣпился здѣсь въ области правой горизонтальной вѣтви *S. O. pubis* посредствомъ образовавшихся срощеній; кромѣ того существуетъ еще срощеніе съ *omentum majus*, нижній край котораго почти совершенно сложился въ складки и плотно сросся съ верхнею поверхностью опухоли; наконецъ *omentum* небольшимъ отросткомъ сросся еще съ слѣвою кишкою. Части, входившія въ составъ перекрученной ножки, начиная отъ лѣваго края матки, направлялись на протяженіи 2 цтм., влѣво, отсюда снова заворачиваясь и шли постепенно утолщаясь на протяженіи 11 цтм. и оканчивались у яичника, при чемъ труба три раза спирально обвивала *Lig. latum* и *Lig. ovarii*. Въ мѣстѣ выходженія ножки широкая связка и прилежащая къ ней брюшина образовали складки.

Въ этомъ случаѣ, какъ справедливо замѣчаетъ Реригъ, окончательное уменьшеніе опухоли было слѣдствіемъ перекручиванія ножки: въ пользу этого говоритъ: бугристый видъ и сморщиваніе опухоли, ея толщина, известковый покровъ, сгустившееся, богатое жиромъ содержимое, наконецъ и складчатость приросшаго *omentum*, указывающая что опухоль сидѣла прежде на широкомъ основаніи.

4) Разрывъ кистомъ.

Литература: West: *Erauenkrankheiten*.—Camus: *Revue méd.* 1844.—Baker Brown: *Ovarian dropsy* стр. 44.—Spiegelberh: *Ueber Perforation der varialkystome in die Bauchhöhle*. *Arch. f. Gyn.* I. 1870, стр. 60.—Krocker: *Ueber die Ursachen der spontanen*

Perforation von Ovariencysten. Diss. Breslau 1869.—Tilt: Lancet. 1848, Bd. II. стр. 146.—Nerven: Eigene Schrift. Excerpt: Annales de gynécol. July 1875 и Amer. Journ. of obstetr. April 1876.—Palm: Diss. Tübingen 1868. Würt. med. Corresp.-Bl. 1871, No. 37.—Klebs: Path. Anatomie IV. стр. 805.

Случаи разрывовъ въ полость брюшины, смотри: Peaslee: Ovarian tumors стр. 75.; 2 собствен., 1 White'a.—Marchand: Union méd. 1856, October, No. 131.—Choroback: Wien. med. Presse 1869, No. 14.—Smith Protheroe. Lond. obst. transact. 1872, стр. 39.—Bird: Edinb. med. and surg. J. 1849.—Trautwein: Caspar's Wochenschr. 1847, No. 36.—Huss Hydrops avarii periodicus. Allg. med Centralztg. 1826, 29. Nov.—Milner Barry: Med. times a. gaz. April 2. 1859.—J. Wilkins. Lancet. 1844, 1. Juni.—Baker Brown: Lancet. Vol. I. 1849.—Blundell: Lectures on midwifery.—Platzer: Wiener Spitalsztg. 1859, No. 5.—Duncan: med. times 1872. II. p. 653.—Steinthal: Monatsschr. f. Gebk. 1859. Nov. стр. 373.—Pätsch: Casper's Wochenschr. 1835, No. 21 и 22.—Boinet: mal. des ovaires стр. 124.—Kryzan: Zur Casuistik der spontanen Ruptur der Ovariencysten. Diss. Hale 1875.—Bridges: Phil. med. a. surg. Rep. March 8. 1873, No. 37.—Bartscher: Monatsschrift f. Gebkde. 1855, стр. 351.—Disse: Ibidem 1859, стр. 368.

Случаи разрыва въ кишки. Philippart: Presse méd. Belge 1871. No. 44.—Cooper Rose: Transact. Lond. obst. Soc. IX. 1868. стр. 44.—Murchison: Transact. path. Soc. XVIII. 1868, стр. 188.—Boscher: Würt. med. Correspbl. 1867, No. 8.—Lumpe: Ztschr. d. Wien. Ae. 1858, 22.—Scanzoni: Frauenkrankheiten. 5. Aufl. стр. 599.—Stiegele: Württemb. Correspondbl. No. 28. 1872.

Разрывъ въ моч. пузырь. Cahen: Berl. klin. Wochenschr. 1869, No. 51.—Congrad: Correspbl. f. Schweizer Aerzte 1874, No. 21.—Clay: Lond. obst. transact. 1860.

Разрывъ въ маготч. рукавъ: Weitenkamp: Ztschr. d. Ver. f. Hlkde. i. Pr. 1836, No. 18.—Meisner's Frauenkrankheiten Bd. II. r. 318.—Henckel: Med. chir. Bemerk. 6 No. 11.—Höthig: Blumenbach's Bibl. Bd. 3. стр. 152.

Разрывъ чрезъ пупочное кольцо: Lambrecht: Preuss. Vereinszeitschr. 1844. No. 30.—Moore: Tr. path. Soc. XVIII. 1868, стр. 190 (Dermodycyste).—Scanzoni: Frauenkrankheiten тоже 503.—Brehm: Act. nat. eur. T. IV. obs. 79.

Разрывы вследствие паденія и другихъ травматическихъ поврежденій. Palm см. выше.—Bird—Carson: Prov. med. J. III. 8. 1846.—Fall aus Guy's Hosp. Rep. in Frohier's Notizen. Mai 1836, No. 1049.—Simpson, J. Y.: Monthly J. o. med. Sc. XV. 528.—Scanzoni: Frauenkrankheiten. 5. Aufl. стр. 599.—Milner Barry: Med. times July 13. 1861.

§ 59. Разрывъ наружной стѣнки опухоли яичника, весьма часто находили во время многочисленныхъ овариотомій, произведенныхъ въ новѣйшее время. Наружныя стѣнки, въ особенности давно существовавшей опухоли, значительно толще и плотнѣе чѣмъ многочисленныя перегородки въ пролиферирующихъ кистахъ, потому что главная стѣнка, получая подкрѣпленіе отъ стѣнокъ побочныхъ кистъ, по мѣрѣ исчезновенія послѣднихъ, все болѣе и болѣе утолщается. На самомъ дѣлѣ встрѣчаются такія коллоидныя опухоли, главные стѣнки которыхъ до того равномерно толсты и плотны, что разрывъ ихъ во время экстирпаціи или даже внѣ послѣдней, не мыслимъ. Кисты, образовавшіяся изъ расширенныхъ Граафовыхъ пузырьковъ, а также изъ широкой связки вообще представляютъ болѣе тонкія стѣнки, и только въ исключительныхъ случаяхъ онѣ имѣютъ равномерно толстую и плотную стѣнку, толщиной въ 0,6 цтм. и болѣе. Въ другихъ же опухоляхъ, преимущественно же въ пролиферирующихъ, главная стѣнка представляетъ весьма неравномерную толщину, рядомъ съ очень плотными мѣстами находятъ мѣста, утонченныя

до прозрачности; наконецъ встрѣчаются и такия опухоли, главныя стѣнки которыхъ повсемѣстно чрезвычайно тонки и очень легко разрываются при малѣйшемъ прикосновеніи къ нимъ во время экстирпаціи. Такимъ образомъ, наклонность опухолей къ разрыванію,—самопроизвольному ли, или отъ давленія, либо вслѣдствіе травматизма,—будетъ весьма различна. Стѣнка постепенно утончается до тѣхъ поръ, пока то или другое мѣсто ея уступаетъ; такое происхожденіе разрыва весьма часто встрѣчается въ пролиферирующихъ вистомкахъ; въ настоящихъ же однокамерныхъ кистахъ ни одна часть стѣнки не претерпѣваетъ утонченія, потому что она подвержена равномерному давленію и для того чтобы произошелъ разрывъ, требуется еще содѣйствіе травматическаго поврежденія.

Кромѣ того могутъ подвергаться какииъ нибудь патологическимъ процессамъ благоприятствующимъ опасному разрыву ихъ; эти-то процессы играютъ важную роль преимущественно въ пролиферирующихъ вистомкахъ; далѣе иногда въ сосудахъ стѣнокъ образуется тромбозъ (примѣры этого рода описаны Sp. Wells'омъ и Мауе'омъ въ *Dubl. Hosp. Gaz.* 1856, Nr. 4), вслѣдствіе чего бываетъ размягченіе, ожиреніе и гангрена съ послѣдующимъ прободеніемъ стѣнки; тоже самое можетъ случиться вслѣдствіе одновременнаго кровоизліянія въ кисту и кровянистой инфильтраціи стѣнокъ ея. Случай этого рода описанъ Шпигельбергомъ (а. а. О.).

Далѣе всякое нагноеніе въ полостяхъ легко можетъ довести до разрыва стѣнокъ ихъ; но въ такомъ случаѣ вскрытіе кистъ въ брюшную полость не такъ легко происходитъ какъ въ другихъ видахъ перфораций, потому что нагноеніе вызываетъ воспаленіе опухоли и сращеніе поверхности съ тѣмъ или другимъ органомъ произойдетъ гораздо раньше чѣмъ дѣло дойдетъ до разрыва.

Вліяніе перекурчиванія ножики на происхожденіе разстройства питанія въ стѣнкахъ опухоли, на кровоизліянія въ кисты и гнойныя воспаленія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и на перфорацию ихъ—было уже разъяснено выше. Еще одинъ довольно частый, давно извѣстный уже Рокитанскому и подробнѣе описанный Шпигельбергомъ, видъ разрыва пролиферирующихъ вистомъ, представляетъ перфорация ихъ папилломамн. Когда эти папиллярныя наросты очень быстро разрастаются, то они очень легко ведутъ къ разрыву главной стѣнки либо вслѣдствіе того, что они, выполняя собою небольшую полость, въ которой они разрастаются, давленіемъ своимъ на стѣнку снаружи наружу причиняють узуру ея, доходящую до разрыва, или же, не выполняя полости, они врастають въ самую стѣнку кисты, или даже прорастають чрезъ нее не въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится первоначальное основаніе ея, вмѣсто того чтобы разрастаться въ просвѣтъ полости.

Этотъ процессъ протравливанія главной стѣнки папилломами, представленный мною на рис. 9 и 13, встрѣчается очень часто. Папилломы эти могутъ разрастаться далѣе по брюшинѣ, или же, какъ описываетъ Клебсъ (Р. А. р. 806), они прорываютъ содѣльные органы, напримѣръ прямую кишку. Само собою разумѣется, что этотъ видъ перфорации совершается весьма медленно, отверстіе при этомъ не велико и не имѣетъ значенія признака.

Шпигельбергъ еще описываетъ желѣзистую кистому, не представ-

лявшую ни одинъ изъ описанныхъ видовъ болѣзненныхъ процессовъ, на стѣнѣ которой онъ насчиталъ около 30 отверстій, величиною отъ горошины до ладони; ему неизвѣстенъ другой подобный случай въ литературѣ; онъ не можетъ себя объяснить, какимъ образомъ могли произойти столь многочисленныя продиравливанія. Нельзя не согласиться, что по числу и величинѣ перфораций, случай этотъ исключительный, но я полагаю, что подобнаго рода случаи, гдѣ безъ всякаго заболѣванія стѣнки, а только вслѣдствіе одного утонченія ея, образовались столь многочисленные продиравливанія, вовсе нередкость встрѣтить при оваріотоміяхъ. Находимыя на опухоляхъ многочисленные видимыя, чрезвычайно тонкія мѣста наружной стѣнки ихъ представляются просвѣчивающимися, свѣтлыми, что доказываетъ, что тутъ нѣтъ ни жироваго перерожденія, ни гангрены, ни образованія тромбовъ. Наружная стѣнка большей или меньшей величины кисты выпячивается на поверхности опухоли въ видѣ часоваго стеклышка и отъ периферіи къ центру, по мѣрѣ приближенія къ самой выдающейся точкѣ, она болѣе и болѣе утончается и становится прозрачнѣе.

По моему мнѣнію, случай Шпигельберга принадлежитъ къ тѣмъ, въ которыхъ прободеніе стѣнки произошло единственно отъ давленія накопившагося содержимаго, но онъ отличается только по числу и величинѣ отверстій. Впрочемъ я убѣдился опытомъ, подобно Шпигельбергу, что наклонность къ этому виду перфорации замѣчается преимущественно въ тѣхъ опухоляхъ, полости которыхъ содержатъ желеобразную массу. Въ опухоляхъ же съ жидкимъ содержимымъ внутреннее давленіе болѣе равномерное и по этому менѣе вредное.

Изъ травматическихъ поврежденій, могущихъ причинить разрывъ, кромѣ ушиба и паденія, можно еще указать и на другія, такъ напримѣръ во время родовъ разрывъ можетъ произойти отъ давленія беременной матки или нажатія щипцами. Сь анцо ни (р. 599) видѣлъ разрывъ во время естественныхъ родовъ. Разрывъ можетъ произойти во время акушерскаго изслѣдованія. Такой случай съ смертельнымъ исходомъ приведенъ въ *Med. Times und Gaz.* 1869, 1, стр. 446. Далѣе отъ давленія края таза можетъ также произойти узура и перфорация. Вестъ видѣлъ въ 2 случаяхъ, что киста лопнула сзади, въ томъ мѣстѣ, которымъ она была прижата къ входу таза. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ вліяніе давленія обнаруживалось ясно образовавшимися подтеками вокругъ разорваннаго мѣста. Smith (l. c.) видѣлъ разрывъ на томъ самомъ мѣстѣ, въ которому прилежала фиброма матки.

§ 60. Послѣдствія разрыва наружной стѣнки весьма разнообразны, смотря по направленію прободенія. Наичаще встрѣчается вскрытіе кистъ въ брюшную полость; послѣдствія въ такомъ случаѣ будутъ зависѣть отъ качества излившейся жидкости, а отчасти также и отъ количества ея.

Самымъ безвреднымъ для брюшины оказывается серозное, свѣтлое содержимое однокамерныхъ кистъ въ анатомическомъ смыслѣ, все равно будутъ ли это расширенныя Графовы фолликулы или Вольфовы протоки. Обык-

новенно въ такихъ случаяхъ не бываетъ раздраженія брюшины и лопаніе кистъ можетъ, вопреки Voinet'у, не сопровождаться никакою болью. Излившаяся жидкость можетъ всосаться, отверстіе разрыва обыкновенно закрывается, при чемъ или мѣшокъ вновь наполняется, и процессъ изліянія жидкости въ полость живота можетъ болѣе или менѣе часто повторяться, или же мѣсто разрыва остается открытымъ, отдѣленіе кистъ мало по малу прекращается, мѣшокъ спадается и въ результатъ получается нѣчто въ родѣ радикальнаго излеченія. Подобнаго рода случаи излеченія приводятъ White, Пизли, Самис, Вильбинсъ и др. Нѣкоторые изъ этихъ случаевъ представляютъ особенный интересъ.

J. Y. Simpson говоритъ объ одной больной съ громадною кистою, у которой дѣлали 44 раза проколь. Больная во время гололедицы упала на животъ, послѣ чего опухоль, хотя и не совсѣмъ исчезла, но уменьшилась настолько, что не было болѣе надобности дѣлать проколь. Съ этихъ поръ больная выдѣляла болѣе мочи чѣмъ до того и обнаруживала особенную наклонность потѣть, чего прежде никогда не замѣчалось у нея. Симпсонъ полагаетъ, что сообщеніе между кистою и брюшиною полостью продолжало существовать и что брюшина въ такой же степени быстро всасывала, въ какой стѣнки кисты выдѣляла.

Не трудно понять, что только настоящія однокамерныя опухоли могутъ совершенно излечиваться, пролиферирующія же кисты никогда; но и для первыхъ излеченіе составляетъ исключеніе, болѣею же частью наблюдаютъ новое наполненіе ихъ. Если излившееся въ полость брюшины содержимое кисты будетъ не серозное, а другаго какаго нибудь свойства, то дѣло можетъ дойти до воспалительной реакціи. Неизмѣнившееся отъ примѣси крови или гноя содержимое коллоидныхъ опухолей остается болѣею частью индифферентнымъ по вліянію своему на брюшину, хотя оно и не такъ всасывается какъ серозныя жидкости. Нерѣдко случается видѣть, что во время оваріотоміи нѣкоторое количество желеноподобной массы или даже совершенно жидкое содержимое незамѣтнымъ образомъ излилось въ брюшину, не вызвавъ въ ней никакихъ воспалительныхъ явленій. Тѣмъ не менѣе мнѣніе Шпигельберга, что упомянутое выше чистое, свободное отъ примѣсей крови, гноя и жирныхъ кислотъ содержимое кистомъ не оказываетъ будто бы никакого раздраженія на Peritoneum, намъ кажется не столь абсолютнымъ.

Еще недавно мнѣ удалось видѣть случай, въ которомъ съ момента разрыва, происшедшаго на нашихъ глазахъ въ клиникѣ, начались самыя жестокия явленія реакціи. Одновременно съ спаденіемъ опухоли явственно видно было быстрое накопленіе обильной, свободной жидкости въ брюшной полости. Во время произведенной, спустя нѣсколько недѣль, оваріотоміи можно было еще видѣть ясныя слѣды бывшаго перитонита въ видѣ многочисленныхъ, свѣжихъ сросеній; оставшаяся еще значительная часть излившейся жидкости имѣла видъ отчасти желе, отчасти жидкій, но безъ всякой примѣси гноя и крови; опухоль оказалась чисто пролиферирующею кистою, безъ всякой примѣси дермоида.

Но если въ коллоидной массѣ примѣшивается кровь, то она всегда дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ, на брюшину; то же самое, или даже интенсивнѣе, бываетъ и отъ примѣси гноя, гниlostнаго распада, или же, если въ

въ брюшину изольется содержимое дермоидной кисты. Быстро разлагающіеся жиры названныхъ опухолей вызываютъ самыя сильныя воспалительныя явленія. Кромѣ свойства жидкости раздражать, дѣйствіе ея зависитъ еще и отъ излившагося количества ея. Тѣмъ не менѣ можетъ случиться, какъ напри- мѣръ въ одномъ изъ многихъ случаевъ Хробака, что послѣ разрыва, даже очень маленькихъ кистъ, наступаетъ смертельный перитонитъ. Исходъ послѣ изліянія такихъ массъ можетъ быть различный: болѣе или менѣ сильное вос- паленіе можетъ окончиться счастливо или же смертельно; въ нѣкоторыхъ слу- чаяхъ смерть наступаетъ такъ быстро, что ее можно скорѣе приписать потря- сенію (Shock) или всасыванію разрушительныхъ массъ, нежели воспаленію.

Подобные случаи наблюдали Тавиньо, Дансъ (Arch. génér. de med. t. 24, стр. 214), Негриэ, Ролеттъ (Spitalzeitung. 1863, Nr. 47 и 48), и Дан- вилль (Lond. med. Times. 1842, II.) видѣвшій случай, гдѣ смерть наступила чрезъ 7 часовъ.

Другія послѣдствія вскрытія кистъ въ полость брюшины, если опорож- неніе опухоли будетъ достаточное, могутъ быть слѣдующія: уменьшеніе опу- холи до совершеннаго ея исчезновенія, или она становится мягче, границы отдѣльныхъ частей менѣ ясно очерчены, при чемъ измѣняется и форма живота, въ полости котораго въ тоже время можно констатировать соотвѣтственное количество свободной жидкости, которая не всегда скопляется непремѣнно въ мягкихъ и самыхъ низменныхъ частяхъ. Можетъ случиться, что тамъ еще ранѣе образовались сращения, ограничивающія излившуюся жидкость между опу- холью и брюшиною стѣнкою. Но и въ такомъ случаѣ очень легко распознать присутствіе жидкости по быстрому появленію ясной и поверхностной флуэ- туаціи и потому еще, что стѣнку опухоли можно ощупать только послѣ уда- ленія слоя жидкости. Послѣ вскрытія кистъ въ Peritoneum, чаще встрѣчается вскрытіе въ кишечникъ, б. ч. въ толстую, чаще въ прямую кишку, нежели въ Colon.

Этотъ видъ прободенія кистъ, даже при гнойной, гнилостной и другаго рода разрушительнаго свойства жидкостей, представляется болѣе доброкачест- веннымъ: излеченіе можетъ послѣдовать, хотя одной прорвавшейся полости—и жизнь спасена; съ другой стороны, возможно и то, что содержимое кишекъ изливается въ полость брюшины, вызываетъ гнойное разложеніе, продолжи- тельную изнурительную лихорадку и наконецъ смерть наступаетъ, или вслѣд- ствіе изнуренія, или же вслѣдствіе вновь развившагося перитонита. Весьма рѣдко вскрытіе кистъ происходитъ въ полость желудка или въ верхнюю часть тонкихъ кишекъ. Порталь рассказываетъ, что въ одномъ случаѣ значительной водянки яичника вдругъ рвотою вышло 10 пинтъ жидкости, а въ слѣдующіе затѣмъ 5 дней еще 14, послѣ чего нельзя было болѣе ощупать опухоль.

Киста можетъ также вскрытъся наружу или гдѣ нибудь въ ниж- ней части живота, или чрезъ пупочное кольцо, а иногда опухоли, виѣдрив- шись въ пупочное кольцо, растягиваютъ его. Этотъ видъ вскрытія опухоли принадлежитъ къ самымъ благоприятнымъ, потому что полость ея въ такомъ случаѣ доступна антисептическому леченію. Далѣе, вскрытіе довольно часто совершается въ рукавъ и весьма рѣдко въ мочевой пузырь. Наконецъ необ-

ходимо еще разъ упомянуть о вскрытіи кистъ въ трубу, о чемъ уже было говорено при описаніи трубно-яичниковыхъ кистъ. Этотъ исходъ представляетъ явленія, извѣстныя подъ названіемъ *Hydrops ovariorum profluens*. Случай этого рода описанъ, между прочимъ, Вестомъ: 36 лѣтняя пациентка страдала уже около 6 лѣтъ значительною опухолью живота, которая вдругъ исчезла, вслѣдъ за обильнымъ истеченіемъ водянистой жидкости изъ рукава. Истеченіе жидкости повторилось потомъ 8 или 10 разъ; жидкость всегда была безцвѣтна и изливалась часто по нѣскольکو квартъ. Истеченіе это совпадало нѣскольکو разъ съ дефекаціею или съ каждымъ усиленнымъ напряженіемъ; оно нѣскольکو разъ сопровождалось обмороками. Вестъ самъ убѣдился какъ въ существованіи опухоли, лежавшей однако высоко надъ рукавомъ и подвижно, такъ и въ исчезновеніи ея. Опухоль медленно возвращалась затѣмъ въ теченіе 3 недѣль. Матка была подвижна; въ рукавѣ нельзя было открыть никакого отверстія. Вестъ при этомъ повторяетъ замѣчаніе Рихарда, что, по всему вѣроятію, не одинъ подобный случай былъ признанъ и описанъ какъ примѣръ вскрытія кисты черезъ рукавъ. Какъ се (*Med. Beob. u. Bem. Bd. II, 1839, стр. 207*) сообщаетъ, что у одной больной, страдавшей *Hydrops ovarii*, жидкость вытекала черезъ рукавъ правильно чрезъ каждыя 4 недѣли, незадолго до наступленія менструаціи. Впослѣдствіи опухоль оставалась долгое время безъ измѣненія, довольно большою; ее прокололи чрезъ рукавъ. Послѣ 20 лѣтняго существованія, съ наступленіемъ климактерическаго возраста, опухоль сморщилась до величины кулака.

Что же касается до того, насколько часто наблюдаютъ благопріятный и насколько летальный исходъ, то это пока трудно рѣшить, потому что большею частью вскрытіе опухоли въ брюшную полость происходитъ медленно и безъ выдающихся припадковъ, слѣдовательно ускользаетъ также отъ діагноза. Собранныя Тилтъомъ, Ралъмомъ и Нервецемъ случаи относятся къ болѣе труднымъ и поддающимся діагнозу. По наблюденію Ралъма, изъ 25 случаевъ разрыва, погибли 18, при томъ 3 чрезвычайно быстро отъ коллапса, 6 отъ острога и 3 отъ болѣе хроническаго перитонита; 6 послѣ продолжительной изнурительной лихорадки, водянки и маразма. Нервецъ, пользуясь статистикою Тилтъа, собралъ 155 случаевъ, изъ которыхъ 63 умерли отъ разрыва, произшедшаго 128 разъ въ полость брюшины, 11—въ толстую кишку, а всѣ остальные чрезъ брюшную стѣнку, рукавъ, мочевою пузырь и матку.

Пизли наблюдалъ 5 случаевъ разрыва кистъ въ брюшную полость, изъ которыхъ четыре кончились смертію.

§ 61. Изъ всего сказаннаго выше вытекаетъ, что діагнозъ вскрытія кистъ въ брюшную полость основывается на уменьшеніи опухоли или ея исчезновеніи или наконецъ на сглаживаніи границъ ея; далѣе, на легкой узнаваемости свободной жидкости въ полости живота, на возникающемъ нерѣдко перитонитѣ, а иногда на быстро наступающемъ обильномъ выведеніи мочи или сильномъ выдѣленіи пота. Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось подмѣтить появленіе шума хрустѣнія, и ощущать его при пальпаціи; впослѣдствіи оказалось, что выступившее содержимое имѣло густую, кашицеобразную консистенцію. Такое

особенное ощущение получается вообще при выжимании или разминании кашицеобразных массъ. Я бы назвалъ этотъ шумъ коллоиднымъ хрустѣніемъ. Однако его нельзя считать патогномическимъ признакомъ присутствія кашицеобразныхъ массъ въ полости брюшины; шумъ этотъ наблюдали также при давленіи на неповрежденную опухоль, онъ также происходитъ при передвиженіи тягучихъ массъ изъ одной полости въ другую чрезъ узкій проходъ и когда въ содѣдствіи лежатъ кишки, которыя могутъ участвовать въ произведеніи этого звука. Не должно смѣшивать коллоидное хрустѣніе съ шумомъ тренія при перитоническихъ срощеніяхъ; онъ похожъ на хрустѣніе (Quaggen), журчаніе и можетъ быть слышанъ не прилагая уха, а просто пальпаціею.

Какъ уже замѣчено было выше, разрывъ и вскрытіе висты въ полость живота легче всего можно смѣшать съ перекручиваніемъ оси ножки; это тѣмъ легче можетъ случиться, или лучше сказать, перекручиваніе оси ножки можетъ тѣмъ скорѣе остаться неузнаннымъ, что послѣднее именно и вызываетъ само по себѣ разрывы опухоли.

Вскрытіе опухоли въ кишки узнается легко, когда изъ задняго прохода выходитъ большое количество коллоидной массы, или жидкость шеволаднаго цвѣта, кровянистая, густоватая, которая замѣчена была раньше, если былъ сдѣланъ проколъ опухоли, или же, какъ бываетъ при дермоидныхъ вистахъ, изъ anus выходятъ жиръ и волосы. Въ другихъ случаяхъ, когда разрывъ произошелъ гораздо выше, и въ кишку попадаетъ только жидкое, мало окрашенное содержимое, вдругъ появляется сильный, водянистый поносъ, который своимъ внезапнымъ проявленіемъ можетъ возбудить, по крайней мѣрѣ, подозрѣніе въ происхожденіи разрыва. Тоже самое бываетъ при вскрытіи опухоли въ мочевоу пузырь, причеиъ появляющіеся при мочеиспусканіи припадки гораздо сильнѣе, чѣмъ при вскрытіи опухоли въ кишку.

Если виста вскрывается наружу, то діагнозъ, само собою разумѣется, гораздо легче, большею частью абсолютно ясный. Только въ томъ случаѣ, когда не выдѣляются характеристическія составныя части, какъ то: коллоидныя массы, жиръ и волосы, а только гной или гнилостная жидкость, труднѣе рѣшить вопросъ о происхожденіи абсцесса.

Что касается до леченія, то, если вскрытіе опухоли произошло въ полость живота и вызвало угрожающіе припадки, если вообще раньше было положительно рѣшено, что предлежитъ опухоль ячника, допускающая операцію,—въ такомъ случаѣ для спасенія жизни, ничего не остается болѣе какъ немедленная овариотомія, которая въ такихъ случаяхъ не разъ уже увѣнчалась полнымъ успѣхомъ.

Дальнѣйшее леченіе должно быть симптоматическимъ. При вскрытіи опухоли въ кишку прежде всего должно убѣдиться тщательнымъ изслѣдованіемъ рег тесим, доступно ли отверстіе абсцесса для пальца или инструментовъ; въ такомъ случаѣ дѣлають очищающія и дезинфицирующія впрыскиванія въ полость нарыва для предотвращенія дальнѣйшаго разложенія содержимаго; далѣе должно заблаговременно заботиться о поддержаніи силъ больныхъ, которыя, вслѣдствіе продолжительнаго нагноенія, легко могутъ погибнуть отъ маразма. Если опухоль вернется наружу, леченіе должно быть такое же какъ при вы-

рѣзываніи или частичной экстирпации опухолей, о чемъ будетъ подробнѣе сказано ниже.

Одинъ очень сложный случай съ прободеніемъ опухоли описанъ Соурет Rose'омъ:

Правый яичникъ вскрылся сначала въ слѣбую кишку, а послѣдствіи наружу; лѣвый же вскрылся въ прямую кишку; больная умерла отъ истощенія.

Лумпе наблюдалъ женщину, у которой послѣ 3 родовъ обнаружилась опухоль яичника и которая перенесла перитонитъ. Немедленно сдѣланъ былъ палліативный проколъ, при чемъ выпущено около 8 мѣръ сѣро-зеленой, вонючей жидкости. Когда, спустя нѣкоторое время, рѣшено было сдѣлать второй проколъ, вдругъ появился сильный поносъ, при чемъ скорѣе стала выдѣляться такая же жидкость, какая выходила во время перваго прокола. Поносъ продолжался 5 недѣль, послѣ чего опухоль исчезла и больная поправилась.

ГЛАВА XIII.

Осложненіе беременностью и родами.

Литература: Demman: *Introduc. to the practice of midwifery*, 4 th edition, стр. 324. Cap. X.—Merriman. *Med. chir. transact.* III. 1812, стр. 47 и X. 1819, стр. 67.—Park: *Med. chir. tr.* II. 1813.—Лосок: *Ibidem* XVII. 1832, стр. 226.—Fremery: *Diss. Traj. ad. rhen.* 1819.—Hamilton: *Pract. obs. Edinb.* 1836. I. стр. 71.—Puchelt: *Commentatio de tumoribus in pelvi partum imped.* Heidelberg 1840.—Lee: *Clinical midwifery* 1842.—Lever: *Guy's Hosp. rep. Sec. ser.* Vol. I. 1842, стр. 36.—Thibault: *Revue méd.-chir. de Paris* 1847.—E. Martin: *Eierstockswarssersuchten* 1862, стр. 35.—Semmelweiss: *Wien med. Wochenschr.* 1857, II. стр. 26.—Tilt: *Lond. med. Gaz.* 1851. Jan. Cantatt's *Jb.* 1851. 4, стр. 301—Ch. Clay: *Lond. transact.* I. 226, 1860.—Hardey: *Ibidem* VI. 1865, стр. 267.—Playfair: *Ibidem* IX. 1868, стр. 70.—Warn: *Ibidem* XI. 1870, стр. 198.—Sp. Wells: *Ibidem* VI. 1870, стр. 251.—Braxton Hicks: *Ibidem* XI. стр. 268.—Coperman: *Ibidem* XII. 1871, стр. 320.—Habit: *Ztschr. d. Ges. d. Ae. z. Wien* 1860, No. 42, стр. 657.—Jetter: *Diss. Tubingen* 1861.—Hirsch: *Diss. Berlin* 1854.—Litzmann: *Deutsche Klinik* 1852, No. 38, 40, 42.—Doumairon: *Thèse. Strassbourg* 1868.—Mühlbeger: *Diss. Tübingen* 1872.—Braun, Chiari, Späth: *Klinik* стр. 661.—Bidder: und Sutugin: *Klinischer Bericht. Petersburg* 1874. Brons: *Diss. Berlin* 1873.—Herdegen: *Diss. Tübingen* 1876.—Sp. Wells *Ovarienkrankheiten.*—Schröder: *Lehrb. d. Gebh.* 4. Aufl. стр. 373.—Spiegelberg. *Lehrb. d. Gebh.* 1877, стр. 296.—Wernich: *Beiträge z. Gebh. u. Gyn. der Berl. Ges.* II. 1873, стр. 143.—P. Ruge: *Ztschr. f. Gebh. u. Gyn.* I. 1875, стр. 8.—W. Baum: *Berl. klin. Wochenschr.* 1877, No. 13 u. 44.—Veit: *Ibidem* 1877, No. 50 и 51.—George Kidd: *Obit. Gourn. of. gr. Britain.* Dec. 1876, стр. 621 и стр. 625.

§ 62. Всѣ виды опухолей яичниковъ могутъ иногда осложняться беременностью. Осложненіе это можетъ вызвать самыя значительныя разстройства и потребовать энергическаго леченія. Кромѣ этихъ клинически важныхъ послѣдствій, беременность при опухоляхъ яичниковъ имѣетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще и физиологическій а въ другихъ и патолого-анатомическій интересъ.

Намъ кажется уже страннымъ и невѣроятнымъ, когда мы видимъ, что большая съ одностороннею большою опухолью, могла зачать.

Tunaly (*Assoc. med. Journ.* Jan. 6. 1854) наблюдалъ зачатіе и выкидышь на 2 мѣсцѣ у больной съ опухолью въ 40 фунтовъ, а В. Л. Эмля у больной съ опухолью въ 81 фунтъ. Но еще болѣе поразительны случаи беременности при перерожденіи,

хотя и въ незначительной степени, обоихъ яичниковъ. Тѣмъ не менѣ существованіе многихъ подобныхъ случаевъ не подлежитъ сомнѣнію:

Holst (Beiträge z. Gyn. u. Gebh. Hft. 2. 1867, стр. 156) наблюдалъ у 43 лѣтней женщины, рядомъ съ беременною маткою, шаровидную опухоль, плававшую въ перитоническомъ трансудатѣ. При аутопсіи, онъ нашель на лѣвомъ яичникѣ три кисты, величиною каждая въ яблоко, содержавшія жиръ и волосы; между тѣмъ какъ правый яичникъ превратился въ бугристую, богатую сосудами, величиною въ голову взрослога человѣка опухоль, оказавшуюся мозговикомъ. Ни въ одномъ изъ яичниковъ нельзя было болѣе отыскать слѣдовъ нормальной стромы. Въ маткѣ нашли 18--20 недѣльный плодъ.

Hofeg (Gräfe's u. Walther's J. d. Chirurgie III. 3. H. № 5, стр. 422) наблюдалъ у 36 лѣтней женщины двѣ опухоли, изъ которыхъ правая доходила почти до величины кулака взрослога человѣка, а лѣвая была величиною въ гусиное яйцо. Нѣсколько дѣтъ послѣ того, женщина эта забеременела, родила съ помощью шиповъ, а чрезъ два дня послѣ родовъ умерла. При вскрытіи оказалось, что яичники представляли упругія, натянутыя опухоли, мраморнаго цвѣта, всившія вмѣстѣ болѣе 18 фунтовъ. Въ полости праваго яичника содержалось два фунта густоватой, красноватой жидкости съ „стеатоматозными“ наростами на стѣнкахъ ея. Опухолн плотно срослись съ маткою, рукавомъ и другими сосѣдними органами, послѣдніе также отчасти переродились.

Hewlett (Loscok въ med. chir. transact. Vol. XVII. 1832, стр. 226) видѣлъ у одной родильницы оба яичника перерожденными въ злокачественные наросты; одинъ изъ нихъ выполнялъ собою малый тазъ, а другой простирался отъ Fossa iliaca sinistra до діафрагмы.

Лашапелъ (Pratique des accochem. t. 3. стр. 383) также наблюдалъ перерожденіе яичниковъ у 37 лѣтней родильницы. Оба яичника вмѣстѣ съ маткою вѣсили 4 фунта и 13 унцій. Особенно интересны два случая Шпигельберга: въ одномъ (Monatsschft. f. Gebkde XXX. 1867, стр. 380) онъ нашель, у 36 лѣтней особы, умершей 9 дней послѣ вторыхъ родовъ, оба яичника, превращенными въ опухоли, одинаковой почти величины, оказавшіяся при микроскопическомъ изслѣдованіи карциноматозными миксосаркомами; одна опухоль имѣла 20 цтм. въ длину, 12 цтм. въ вышину и 4 цтм. въ ширину; другая 15, 10 и 4 цтм. Смерть послѣдовала отъ перитонита, вслѣдствіе разрыва одной опухоли и апоплексіи обѣихъ. Во второмъ случаѣ (Nétreuil, Arch. f. Gyn. VII. стр. 556. 1875) у 42 лѣтней женщины, спустя 4 недѣли послѣ срочнаго разрѣшенія въ 11 разъ, оба яичника найдены превращенными въ твердыя, бугристыя опухоли, величиною болѣе, чѣмъ въ дѣтскую голову, неправильной формы; оба яичника сохранили приблизительно нормальное положеніе; опухоли оказались карциноматозными, и, по предположенію Шпигельберга, развились послѣдовательно послѣ найденной въ тоже время карциномы желудка. Ни въ одномъ изъ яичниковъ нельзя было отыскать и слѣда нормальной стромы.

Не менѣе важное значеніе представляетъ случай П. Руге, въ которомъ у 36 лѣтней женщины, выкинувшей въ 6 мѣсяцѣ, въ обоихъ яичникахъ найдены миксосаркомы. Одинъ яичникъ вѣсилъ 5620 граммъ, а другой—480.

Само собою разумѣется, что вопросъ о томъ, насколько во всѣхъ этихъ случаяхъ заболѣваніе обоихъ яичниковъ предшествовало зачатію, остается не разрѣшеннымъ; для большей части случаевъ можно съ болѣею вѣроятностію допустить, что болѣзнь въ это время, по крайней мѣрѣ, уже началась съ обѣихъ сторонъ, можетъ быть даже весь органъ былъ пораженъ; къ тому же наблюденія намъ доказали, что, несмотря на сильно развитый процессъ перерожденія, даже самая незначительная часть сохранившейся нормальной паренхимы еще способна къ развитію зрѣлыхъ здоровыхъ яичекъ. Изъ этого мы можемъ вывести еще и другое заключеніе, а именно, если менструація вообще зависить отъ созрѣванія яицъ, то она можетъ еще долго продолжаться, даже при высокой степени двухсторонняго перерожденія яичниковъ и, наоборотъ, продолженіе менструальнаго процесса при доказанномъ зна-

чительномъ перерожденіи обоихъ яичниковъ можетъ служить доказательствомъ, что менструація тѣсно связана съ овуляціею. Мнѣ удалось видѣть случай, гдѣ менструація продолжалась правильно, несмотря на присутствіе двухъ опухолей обоихъ яичниковъ, почти равной величины, вѣсившихъ вмѣстѣ 60 фунтовъ и которыя за два года до того были уже діагностицированы Гильдебрандтомъ въ Кенигсбергѣ, какъ двухстороннія опухоли яичниковъ, величиною болѣе головы. Нѣтъ сомнѣнія, что и въ этомъ случаѣ оставалось еще нѣсколько нормальной стромы яичника съ зрѣлыми фолликулами.

§ 63. Шпигельбергъ, основываясь на своихъ собственныхъ наблюденіяхъ и на заимствованныхъ у другихъ, пришелъ къ тому убѣжденію, что опухоли яичниковъ нерѣдко чрезвычайно быстро увеличиваются подѣ вліяніемъ беременности и вслѣдствіе сопровождающихъ ее приливовъ въ дѣтородныхъ органахъ. Я вполне раздѣляю это мнѣніе. Весьма часто приходится удивляться тому, что во время беременности или вскорѣ послѣ нея вдругъ открываютъ присутствіе такихъ огромныхъ опухолей яичниковъ, о существованіи которыхъ больная до того и понятія не имѣла. Такое увеличеніе роста наблюдали Routh (Obst. transact. Lond. XI. стр. 200) въ двухъ случаяхъ; Day (Amer. J. of. m. Sc. N. S. Bd. XXII) и Леверъ (Guy's Hosp. rep. Sér. II. Vol. I стр. 36). Явленіе это доказано и относительно другихъ опухолей дѣтородныхъ частей, особенно относительно опухолей Vulvae, а также міомы и карциномы матки; Lücke (Montsschft. f. Gebke. XIX, стр. 261. 1862) обратилъ вниманіе на чрезвычайно быстрый ростъ злокачественныхъ опухолей въ другихъ частяхъ тѣла у беременныхъ. Эта аналогія можетъ служить дальнѣйшимъ доказательствомъ и по отношенію къ опухолямъ яичниковъ, а именно, какъ въ отношеніи вистомъ, такъ и злокачественныхъ опухолей.

Другой, существенно важный въ анатомическомъ отношеніи, вопросъ былъ поднятъ Вернихомъ. Основываясь на одномъ случаѣ, онъ допускаетъ, что доброкачественныя опухоли пріобрѣтаютъ во время беременности предрасположеніе переходить въ злокачественныя. Вернихъ нашелъ въ животѣ у 20 лѣтней пациентки, страдавшей долго плевритомъ, эластически напряженную опухоль, неопредѣленнаго свойства; безболѣзненная опухоль вовсе не увеличивалась въ теченіи цѣлаго года и вообще не беспокоила больную. Пациентка забеременела и только незадолго до родовъ, наступившихъ въ 8 мѣсяцѣ, почувствовала боль, которая все болѣе и болѣе усиливалась, и больная умерла отъ марамза 3 недѣли послѣ родовъ, причеиъ опухоль не достигла значительной величины. При вскрытіи оазалось, что правый яичникъ превратился въ мозговой ракъ, начинавшій распадаться во многихъ мѣстахъ; кромѣ того найдено нѣсколько кистъ съ тягучимъ жидкимъ содержимымъ и съ папиллярными разрошеніями.

Вернихъ не допускаетъ другаго, болѣе правдоподобнаго объясненія, какъ-то, что сначала развилась доброкачественная опухоль, которая, оставаясь таковою, не вызывала никакихъ припадковъ, и только впоследствии превратилась въ карциному. Казалось-бы, что такое быстрое прев-

ращеніе — ибо ростъ небылъ замѣченъ — кистамы въ сплошную карциноматозную опухоль еще менѣе правдоподобно п, во-всякомъ случаѣ, остается недоказанною гипотезою, которая не находитъ себѣ поддержки даже въ приводимыхъ Вернихомъ и заимствованныхъ имъ изъ литературы случаяхъ, какъ это достаточно уже доказалъ П. Руге. Нельзя также утверждать, что въ большемъ числѣ случаевъ, въ которыхъ беременность была осложнена опухолью яичника, встрѣчалось-бы сравнительно большое число карциномъ. Кромѣ приведенныхъ выше, мнѣ извѣстны изъ литературы еще слѣдующіе случаи: у Кюрштейнера (Diss. Zürich 1863) двухсторонняя коллоидная карцинома, у П. Руге—карцинома въ яблоко обоихъ яичниковъ, у 39 лѣтней женщины, карцинома печени, значительная Ascites, выкидышъ, смерть на 9 день; у Фремери (Diss. Traj ad rhe. 1819)—киста лѣвой широкой связки, карцинома лѣваго яичника и матки; у Гёнигера и Якоби (N. Zeit. f. Gebkde 1844. XVI. стр. 424)—38-лѣтняя женщина умерла 4 дня послѣ родовъ, — медулярный ракъ съ образованіемъ кистъ въ правомъ яичникѣ; лѣвый здоровъ; у Мозлера (Monatsschft. XVI стр. 141) 24-лѣтняя женщина умерла вскорѣ послѣ родовъ, Carcinoma ovarii dextri.—Jetter, на 165 собранныхъ имъ случаевъ насчиталъ только 11 рака.

§ 64. Что касается до вида опухоли яичниковъ, то въ большей части случаевъ находили, какъ и слѣдовало ожидать, пролиферирующія кистомы; но относительно большій контингентъ составляютъ дермоидныя кистомы. На 165 случаевъ Jetter насчиталъ 31 жировыхъ кистъ. Эта частота объясняется отчасти тѣмъ, что кистомы эти нерѣдко существуютъ десятки лѣтъ; что онѣ нерѣдко бываютъ врожденныя и поэтому тѣмъ легче обнаруживаются въ молодыхъ годахъ роженицъ. Но главное вниманіе обращаетъ на себя небольшая, сравнительно, величина дермоидныхъ кистомъ, вслѣдствіе чего онѣ обыкновенно сидятъ въ маломъ тазу и потому гораздо скорѣе причиняютъ разстройства и сами претерпѣваютъ измѣненія, нежели пролиферирующія кистомы, лежащія гораздо выше. Вотъ почему дермоидная кистома не такъ легко ускользаетъ отъ наблюденія во время родовъ, какъ пролиферирующія, если она не достигла еще значительной величины.

§ 65. Діагнозъ опухоли яичника во время беременности иногда представляетъ немаловажныя затрудненія, все равно, лежитъ-ли опухоль въ маломъ тазу или же она уже поднялась выше; ощупываніе ея весьма затруднено беременною маткою и значительнымъ напряженіемъ покрововъ живота. Если опухоль лежитъ въ маломъ тазу, то, вслѣдствіе давленія на нее сверху беременною маткою, она выпячивается и напрягаетъ сводъ рукава, отчего весьма трудно судить объ ея резистенціи. Если-же опухоль лежитъ высоко, то невозможно бываетъ опредѣлить связь и относительное положеніе ея къ маткѣ, наружное отверстіе которой едва достижимо, будучи отодвинута впереди и вверху. Во всякомъ случаѣ, если опухоль лежитъ въ маломъ тазу, позади рукава, впереди прямой кишки, при томъ, если она шарообразна, флукуируетъ, или напряжена, эластична,—то можно съ вѣроятностью діагностицировать опухоль яичника, ибо Haemotocoele не встрѣчается во время беременности, а

въ поздніе мѣсяцы послѣдней нельзя допустить *Retroversio uteri*. Напротивъ, если опухоль лежитъ въ верхней области живота, то она помѣщается впереди матки, или-же сбоку ея, большею частью на лопатообразной части подвздошной кости, рѣдко она прилежитъ къ верхней части матки. Смотря по величинѣ опухоли, матка болѣе или менѣе смѣщается въ сторону.

Чѣмъ менѣе подвинулась беременность впередъ, чѣмъ опухоль меньше, словомъ, чѣмъ менѣе напряжены покровы живота, тѣмъ легче распознать границы между маткою и опухолью яичника. Въ концѣ беременности распознаваніе это становится невозможнымъ даже при незначительной величинѣ опухоли. Весьма рѣдко можно ясно замѣтить борозду между обоими органами, какъ напр. въ одномъ случаѣ, описанномъ Мёллромъ (*Diss. Berlin 1869*), въ которомъ опухоль яичника замѣчена была уже 7-лѣтъ тому назадъ; вовремя родовъ, она лежала въ лѣвомъ *Hypochondrium*, отдѣленная отъ матки явственною бороздою. Послѣ смерти, наступившей на 13 день отъ перитонита, найдено, что лѣвый яичникъ имѣлъ въ длину 10'', въ ширину 8½'' и въ толщину 5''; причеиъ онъ былъ до того твердъ, что его необходимо было переплечь. По-нятно, что высокая степень твердости опухоли была причиною, почему она не прилежала плотно къ маткѣ, какъ это обыкновенно бываетъ при вистомахъ.

Трудность распознаванія опухолей, лежащихъ внѣ таза, была часто причиною, что ихъ просто не узнавали и открывали только послѣ родовъ. Въ другихъ случаяхъ, хотя и замѣчали опухоль, но считали ее за часть матки, полагая что она чрезмѣрно растянута. Никольсонъ (*Amer. J. of med. Sc. 1871 Juli*) принялъ такую опухоль за *Hydramnios*, и только послѣ рожденія небольшого плода съ незначительнымъ количествомъ околоплодныхъ водъ, распознали опухоль яичника. Нерѣдко также ошибочно принимали опухоль за часть второго младенца. Я вспоминаю одинъ таковой случай, въ которомъ сдѣлана ошибка этого рода, и гдѣ опухоль яичника, величиною въ голову, лежала на лѣвой подвздошной кости и составляла съ маткою одну массу.

Въ иныхъ случаяхъ, особенно при очень большихъ опухоляхъ, легко можно узнать, что рядомъ съ беременною маткою лежитъ еще другое, ненормальное содержимое полости живота, но не смотря на это, точное распознаваніе опухоли яичника невозможно по причинѣ чрезмѣрнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Тѣмъ не менѣе, если вездѣ позади брюшныхъ покрововъ ощущается эластическое сопротивленіе, — флукуація не бываетъ явственно, вслѣдствіе сильнаго напряженія, — то существованіе опухоли яичника тѣмъ болѣе вѣроятно, чѣмъ болѣе растянутъ животъ. Не трудно узнать, съ какой стороны лежитъ опухоль, ибо она никогда не помѣщается прямо позади беременной въ послѣдніе мѣсяцы матки, а всегда соответствуетъ заболѣвшему яичнику. Такимъ образомъ, если мы можемъ ясно ощущать на одной сторонѣ мелкія части плода, то и сторона опухоли яичника легко распознается. Впрочемъ, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ можетъ быть до того значительнымъ, что оно не уменьшается даже послѣ рожденія на свѣтъ зрѣлаго младенца и послѣда, въ чемъ и многіе другіе неоднократно имѣли случай убѣдиться.

§ 66. Послѣдствія осложненія не всегда однако такъ значи-

тельны, а иногда даже незамѣтны; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ онѣ чрезвычайно серьезны. Начиная съ того, что сама беременность протекаетъ очень трудно, нѣкоторые больныя, не подозрѣвавшія до беременности существованія опухоли, уже довольно рано замѣчаютъ большой противъ обыкновеннаго объемъ живота; одышка является раньше и достигаетъ высшей степени, а иногда она до того сильна, что для предупрежденія опасности отъ задушенія, принуждены бываютъ прибѣгать къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Часто появляются varices, отѣки; гораздо рѣже сильныя боли. Эйленбергъ (Wiен. med. Wochenschrift 1857 № 43) наблюдалъ чрезвычайно жестокия боли во время беременности, хотя опухоль была только мѣшеччатая. Кромѣ названныхъ болѣзненныхъ явленій, опухоль и беременная матка могутъ также вредно дѣйствовать другъ на друга, частью во время самой беременности, въ особенности же во время родовъ. Часто роды наступали раньше времени и, не смотря на это, исходъ все таки былъ летальный. Изъ составленной Jetter'омъ таблицы видно, что на 215 беременностей, было 165 разныхъ болѣзненныхъ процессовъ, изъ нихъ 21 разъ послѣдовалъ выкидышъ, 15 разъ преждевременные роды. Очень часто послѣ одного или нѣсколькихъ предшествовавшихъ выкидышей слѣдовали правильные, срочные роды. Такіе примѣры видѣли Hall Davis, Барловъ, Дюрандъ и др. Несчастные исходы послѣ выкидыша обуславливались либо внутреннимъ кровотеченіемъ, либо коллапсомъ, либо разрывомъ опухоли и перитонитомъ, либо наконецъ, нагноеніемъ опухоли. Габитъ говоритъ объ одномъ случаѣ кисты, величиною въ голову, гдѣ 36 часовъ послѣ выкидыша на 6-мъ мѣсяцѣ, больная умерла отъ коллапса. Вскрытіе показало: кровотеченіе въ кисту и перитонитъ. Руге также видѣлъ въ выше приведенномъ случаѣ его, что смерть послѣдовала послѣ 6 мѣсячнаго выкидыша, какъ полагали отъ сотрясенія (Shock), а при вскрытіи оказалось внутреннее кровотеченіе. Дансъ (Château mal. des ovaies p. 171) потерялъ больную послѣ аборта, вслѣдствіе внутренняго кровотеченія и нагноенія въ опухоли.

Когда беременность не будетъ прервана преждевременно, то вліяніе опухоли на ходъ родовъ преимущественно зависитъ отъ того, лежитъ ли она въ верхней части полости живота или же въ маломъ тазу; въ послѣднемъ случаѣ много зависитъ отъ величины и резистенціи опухоли. Прежде вообще придавали слишкомъ большое значеніе этому осложненію и считали предсказаніе болѣе неблагоприятнымъ, чѣмъ это бываетъ на самомъ дѣлѣ въ болѣшинствѣ случаевъ. По статистикѣ Литцманна, изъ 54 матерей умерли во время родовъ 24, что далеко не соответствуетъ дѣйствительности. Даже болѣе богатая и болѣе благоприятная статистика Jetter'a даетъ, безспорно, недостаточно вѣрное понятіе о вліяніи этого осложненія. Изъ 215 случаевъ, собранныхъ этимъ авторомъ, 140 матерей остались въ живыхъ, а 64 умерли; участь 11-ти осталась неизвѣстною. Прежде обыкновенно обнаруживали самые трудные и въ терапевтическомъ отношеніи интересные случаи описываемаго нами осложненія. Въ повѣйшее время намъ извѣстно, что гораздо большее число случаевъ обанчивается счастливо. Роджерсъ въ 5, Бристонъ Гиксъ въ 6 случаяхъ— не потеряли ни одной матери; а Sp. Wells изъ 11 или 12 случаевъ потерялъ только 3 матерей.

Маленькія опухоли представляют только механическое препятствіе, смѣщая родовыя каналы, между тѣмъ какъ большія вліяютъ на дѣятельность родовыхъ болей, на дѣйствительность ихъ и на направленіе выгоняющей силы, вслѣдствіе ненормальнаго положенія плодоваго вмѣстителя.

Гораздо важнѣе и разнообразнѣе вліяніе, оказываемое беременною маткою и актомъ родовъ, а отчасти и пуэрперальнымъ состояніемъ, на опухоль яичника. Отъ прижатія опухоли можетъ произойти кровотеченіе въ тѣнь и въ полость послѣдней, и весьма часто даже разрывъ ея съ послѣдовательнымъ перитонитомъ. Очень часто наблюдаютъ нагноеніе или гнилостное разложеніе, въ особенности въ дермоидныхъ кистахъ; наконецъ въ нѣкоторыхъ, рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до перекручиванія ножки, когда матка освободилась отъ содержимаго, или даже раньше, вслѣдствіе смѣщенія и поворачиванія опухоли беременною маткою.

Всѣ эти явленія могутъ повлечь за собою описанія выше послѣдствія, оканчивающіяся раньше или позже смертью. Только разрывъ опухоли можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ окончиться продолжительнымъ уменьшеніемъ или даже совершеннымъ исчезновеніемъ опухоли. Разрывъ въ брюшную полость съ исходомъ въ выздоровленіе наблюдали, между прочими: Мейнгардъ (*med. Zeit. Russl.* 1850, май), Энгертъ (*Rhein. Monatsschff.* 1849), Гибронъ (*Amer. J. of. med. Sc. N. S.* XXVIII, стр. 269) и Туфнелъ (*Dubl. J.* XIII, стр. 460). Въ послѣднемъ случаѣ развился опасный перитонитъ, окончившійся выздоровленіемъ, причѣмъ теченіе беременности не было прервано. Эйленбергъ (*Wien. med. Wochenscht.* 1857, № 43) и Карсонъ (*Prov. J.* III, 8, 1846. *Canstatt's Jahrb.* 1846, 3, 244) видѣли, напротивъ, излеченіе послѣ разрыва. Тѣмъ не менѣе, въ большинствѣ случаевъ, вскрытіе опухоли въ полость живота оканчивается смертью, что подтверждается наблюденіями Рамсботама (*Pract. obs.* II, 354, наблюденіе 197), Варна, Мигельса, Левера и многихъ другихъ. Лопаніе дермоидной кисты и изліяніе въ брюшную полость всегда влечетъ за собою смерть. Такіе случаи приводятъ Биддеръ и Сутуринъ (клиническіе отчеты за 1840—71. годы, 1874 стр. 76), Баадеръ (*Correspond. Bl. f. Schweiz. Ae.* 1875, № 16), Кемденъ (*Phil. med. a Surg. Rep.* Mai 1871) и другіе.

Разрывъ опухолей не всегда происходитъ въ полость брюшины; онъ можетъ произойти и по другому направленію; въ особенности дермоидныя кисты очень часто вскрываются въ полость кишекъ, или въ рукавъ (*Herbiniaux* см. *Puchelt.* стр. 166). Разрывъ пролиферирующихъ кистомъ въ рукавъ наблюдали: Ланглей (*Lond. med. a. Surg. J.* VI, 319. 1834), Ашуэлль (*Gny's Hosp. Rep.* № 2), Гедлендъ (*med. times.* Mai. 1844. *Canstatt's Jahrb.* 1844. стр. 671); а вскрытіе въ мочевой пузырь, съ счастливымъ исходомъ, наблюдали: Ш. Клей (*Lond. obst. transact.* I стр. 226); въ кишечникъ—Фразеръ и Е. Мартинъ. Интересный во многихъ отношеніяхъ случай смертельнаго исхода вслѣдствіе перекручиванія ножки сообщилъ Меллеръ (*Diss.* Berlin 1869): Въ тазу, позади *Port. vaginalis*, ощущивалась опухоль, напряженная, величиною въ яблоко; вправить ее не удалось; помощью щипцовъ извлеченъ живой младенецъ, вслѣдъ за которымъ родился второй, тоже живой. Три дня спустя, по-

слѣдовала смерть родильницы, вслѣдствіе септикеміи. Вскрытіе показало: разлитой перитонитъ и по одной дермоидной вѣстѣ въ каждомъ яичникѣ. Первая опухоль была бугристая и сидѣла на перекрученной ножкѣ, длиною въ 3". Барнесъ (Lond. obst. transact. XI. стр. 201) наблюдалъ два случая перекручиванія ножки во время беременности, вслѣдствіе подниманія матки кверху, и оба окончились смертью. Далѣе смерть можетъ послѣдовать отъ Peus. Единственный примѣръ этого рода мы находимъ у Гардей (Lond. obst. transact. 1865. стр. 267), гдѣ онъ репонировалъ въ самомъ началѣ беременности загнутую назадъ матку; женщина доносила младенца; но 14 дней послѣ родовъ развился Peus, отъ котораго больная умерла. При вскрытіи оказалось, что кишки обвились вокругъ ножки опухоли.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ смерть можетъ быть слѣдствіемъ разрыва матки. Такие случаи наблюдали: Уардъ (Playfair. Obst. transact. VI) и Гольдсонъ (Voer nat. med. obst. libr. VII. стр. 27). Иногда исходъ неожиданно можетъ быть счастливый, когда лежащая въ маломъ тазу опухоль поднимается сама собою. Браунъ, Кіари и Шпетъ (Klinik d. Geknde стр. 661) описываютъ опухоль, величиною въ кулакъ, флутуирувавшую, которая внезапно сама собою смѣстилась, освободивъ путь для прохода младенца. Томсонъ также наблюдалъ это явленіе при опухоли, казавшейся сначала неподвижною. Плейферъ наблюдалъ такое же смѣщеніе опухоли послѣ того, какъ было сдѣлано прободеніе черепа младенца; а Ли у больной, до того также разрѣшившейся помощью прободенія младенческаго черепа.

Такое ускользаніе опухоли, лежащей ниже вѣрѣтко вколотившейся въ верхнюю апертуру таза головки, можно объяснить только мѣшечатымъ свойствомъ опухоли, способной видоизмѣнять форму свою, если только стѣнки ея хоть сколько нибудь податливы или слабо натянута. Явленіе это совершенно похоже на то, которое мы наблюдаемъ при прохожденіи очень большаго, пораженнаго водянкою черепа чрезъ тазовой каналъ, котораго всѣ плоскости гораздо меньше периферій черепа послѣ родовъ, при чемъ послѣдній не лопаются.

Кромѣ лопанія и ускользанія опухоли кверху, въ рѣдкихъ случаяхъ свободный путь для прохожденія младенца восстанавливается и другимъ образомъ, а именно, вслѣдствіе разрыва тѣней дна таза и выходенія всей опухоли внизу. Берри (Lond. obst. tr. VIII. 261) видѣлъ, какъ при разрѣшеніи съ помощью щипцовъ, опухоль яичника прошла чрезъ заднюю стѣнку рукава въ просвѣтъ послѣдней; опухоль была перевязана и женщина выздоровѣла. Другой, подобный же случай у Сюкро (Diss. Tübingen 1864) кончился, напротивъ, несчастливо. Но единственный въ своемъ родѣ случай мы читаемъ у Лашапелъ (Prat. des accouch. III. 311), сообщенный Kluisken's'омъ, гдѣ опухоль, имѣвшая въ периферіи своей 14", твердая какъ кость, родилась per anus.

§ 67. Что касается до леченія при осложненіи опухоли яичника съ беременностью или родами, то тутъ могутъ встрѣтиться разные показанія: устранить опасность отъ задушенія во время беременности, или стараться о счастливомъ исходѣ Peus, перитонита, вслѣдствіе разрыва матки или перекручиванія ножки. Для достиженія этого можно дѣйствовать троякимъ опера-

тивнымъ путемъ: вызвать искусственные преждевременные роды, resp. Abortus, сдѣлать проколъ, и наконецъ оваріотомія. R. Wagner, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, видѣвшій два раза смертный исходъ отъ перекручиванія ножки, считаетъ это осложненіе въ высшей степени опаснымъ уже во время беременности и совѣтуетъ прибѣгать, какъ можно чаще, къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Геккеръ (*Monatsschrift f. Gebde* VII. 38), Гартманнъ (тамъ же XXXIII. стр. 196), Гёнигеръ и Якоби (*Neue Zeit. f. Gebde* XVI. стр. 424), каждый по одному разу, прибѣгали къ этому средству. Больная Гартманна выздоровѣла, а Геккера умерла отъ перитонита на 9 день *post partum*, при чемъ оказалось, что кусокъ стѣнки матки, величиною въ куриное яйцо, помѣстился въ паховой каналъ. Въ 3 случаѣ оказалось карцинома; женщина умерла 4 дня *post partum*.

Противъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ возставали многіе, въ особенности Sp. Wells, совѣтовавшій преимущественно проколъ опухоли, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо бываетъ устранить припадки удушья; къ искусственнымъ же преждевременнымъ родамъ онъ совѣтуетъ прибѣгать только въ крайнихъ, весьма рѣдкихъ случаяхъ, о которыхъ точнѣе будетъ говорено ниже. Если по тѣмъ или другимъ соображеніямъ рѣшено прибѣгнуть къ перерыву беременности, то все равно будетъ ли это Abortus или *partus arteriamaturus*, при которомъ надежда на сохраніе жизни младенца обыкновенно только кажущаяся.

Гораздо чаще должно прибѣгать во время беременности къ проколу, который, хотя и оказываетъ только паліативную помощь, тѣмъ не менѣе примѣненіе его неизбежно при удушьи. Облегченіе послѣ него часто чрезвычайно значительно и нерѣдко продолжительно, въ особенности въ послѣднія недѣли или даже мѣсяцы беременности. Въ другихъ случаяхъ необходимо бываетъ повторять проколъ нѣсколько разъ. Опасность отъ него во время беременности столько же велика, какъ и внѣ ея; опасеніе пораненія троакаркомъ матки возможно только тамъ, гдѣ беременность совершенно не узнали. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, не извѣстенъ ни одинъ случай въ литературѣ, гдѣ бы во время прокола была поранена матка. Во всякомъ случаѣ, если нельзя точно опредѣлить границы беременной матки, то слѣдуетъ точнѣе выбирать такое мѣсто для прокола, гдѣ бы можно миновать ее, такъ напр. сбоку, близъ одной изъ *Spina oss. ilei*, если матка видимо отодвинута въ другую сторону, или если она стоитъ выше пупка.

Теченіе беременности почти никогда не нарушается проколомъ, что доказано многочисленными наблюденіями. Напротивъ, на проколъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на средство, единственно вѣрное, могущее предупредить абортъ, всегда угрожающій при сильномъ напряженіи брюшныхъ покрововъ и при высокой степени удушья. Буане (*Monatsschrift f. Gebde* VII. 419), Гемкенъ (*Schmidt's Jahrb.* 1863, 4. стр. 61), Зибольдъ (*Starck's Arch.* IV. 3. стр. 401), Роджерсъ и м. др. дѣлали проколъ во время беременности, иногда по нѣсколько разъ у одной и той же беременной, и не видѣли никакихъ дурныхъ послѣдствій. Точно также и Sp. Wells дѣлалъ проколъ у 5 беременных—у одной изъ нихъ 2 раза, у другой 3 раза—и каждый разъ видѣлъ значи-

тельное облегчение, и ни разу беременность не была прервана. Последнее, напротив, приключилось в двух случаях, в которых предложенный им прокол не был сделан. В некоторых случаях однако наблюдали преждевременные роды более или менее долгое время после прокола; но и в этих случаях трудно решить, была ли тут вина прокола, или же скорее роста опухоли или вообще присутствия последней. Так Геккеры (Klin. d. Gebde П. стр. 35) пришлось делать прокол 3 раза в течение 6 недель, вследствие быстрого роста опухоли, при чем он выпустил 8000, 5000 и 3500 грамм жидкости; около недели после последнего прокола, больная разрешилась 6-ти месячным ребенком. Причину последнего должно приписать общему состоянию здоровья, пострадавшему от гнилостного разложения кисты. Такова в этом случае была вина прокола, потому что в то время не знали еще тех средств, при помощи которых можно предупредить эти гнилостные разложения после прокола. — Собственные мои наблюдения я приведу в конце этой главы.

§ 68. Что операция овариотомии возможна во время беременности доказано целым рядом наблюдений; равным образом опытом доказано, что операция эта относительно безопасна в этом состоянии. Как по новизне, так и по важности предмета не лишним будет привести здесь краткое описание всех известных до сих пор случаев, которые суть следующие.

1) Бёрд (med. chir. transact XXX. 1847, стр. 95) оперировал, сделав очень большой разрез, перевязал ножку тройною лигатурою; но во время перерезывания последней случилось сильное кровотечение. Матка неожиданно оказалась беременною около 3—4 месяцев; на второй день произошел выкидыш; оперированная выздоровела.

2) Марион Симс (Sp. Wells med. times 1865, Sept. 30) оперировал на 3 месяцы беременности, достигшей до нормального срока.

3) W. L. Atlee [gener. and diff. diagnosis стр. 222, наблюдение 63] произвел операцию у очень истощенной больной, которой уже делали 16 раз прокол и у которой подозревали беременность в первых месяцах, что и подтвердилось во время операции. Опухоль, весом в 81 фунт, оказалась уже приросшею; пациентка не выкинула, но умерла спустя 30 дней при непрерывной рвоте ex inanitione. Вскрытие было сделано.

4) W. L. Atlee (там же стр. 237, набл. 68)—сделал овариотомию, не подозревая беременности. Выздоровление. Спустя ровно 7 месяцев пациентка разрешилась доношенным младенцем.

5) Sp. Wells (перев. Грензера стр. 129) удалил опухоль, весом в 28 фунт; проколол затем матку, приняв ее также за мешчатую опухоль; место прокола расширилось до 3"—4", плод вместе с последом удален чрез рану; матка зашита шелком, ножка ущемлена. Выздоровление.

6) Sp. Wells (там же, стр. 130, набл. 8) Женщина, страдавшая 16-леть от присутствия опухоли яичника; она родила в течение этого времени 6 раз. На 4-м месяце 7 беременности появилась жестокая боль, вследствие разрыва кисты; сделана овариотомия; опухоль весила 37 фунт. Выздоровление. Младенец родился в срок.

7) Тот же; там же; набл. 9. Экстирпация опухоли в 15 фунт; роды спустя 7 месяцев.

8) Тот же; *ibid.* набл. 10. Экстирпация дермоидной кисты на 3 месяцы беременности; выздоровление; роды спустя 7 месяцев.

9) Тот же; там же, набл. 11. Экстирпация фиброзной опухоли; роды 2½ месяца спустя, повидимому, преждевременно.

10) Поллокъ (med. times, 13 Sept. 1862); дѣлая оваріотомію, прокололъ матку, принявъ ее за кисту; къ вечеру послѣдовалъ выкидышъ, а 2 дня спустя смерть.

11) Hillas (Australian med. J. 1875, 24 Febr.) случайно надрѣзалъ беременную въ 8 мѣсяцѣ матку; сдѣлалъ затѣмъ Sectio caesarea, извлекъ живаго младенца и зашилъ матку серебрянною проволокою. Ножка опухоли ущемлена жомомъ; больная выздоровѣла и отнущена на 6-й недѣлѣ.

12) В. Баумъ (см. литерат. Veit). Оваріотомію у заведомо беременной на 4—5 мѣсяцѣ; операція произведена по строгому антисептическому методу, подъ вліяніемъ сразу карболовою кислотою; ножка ущемлена; на 2 день абортъ; послѣ вскрытія газоваго абсцесса на 25 день, послѣдовало выздоровленіе.

13) Шредеръ (см. литерат. Veit). Оваріотомія въ 8 мѣсяцѣ беременности; разрѣзъ сдѣланъ влѣво отъ пупка; антисептическія правпа; ножка погружена; быстрое выздоровленіе.

14) Idem; ibidem. Prolapsus uteri gravidi; нагноеніе кисты послѣ прокола; вторичный Prolapsus. Оваріотомія въ 5 мѣсяцѣ; быстрое прекращеніе лихорадочнаго состоянія; abscessus in Parametrio; абортъ на 13 день; выздоровленіе.

Изъ этихъ 14 случаевъ въ 4-хъ не подозрѣвали существованія беременности; въ 9 или 10 случаяхъ оперировали послѣ точнаго діагноза, б. ч. безъ побудительныхъ къ тому припадковъ, въ нѣкоторыхъ же вслѣдствіе наступленія тяжелыхъ явленій, такъ напр. у Wells'a при разрывѣ кисты; у Шредера вслѣдствіе Prolap. uteri и нагноенія въ опухоли. Изъ всѣхъ оперированныхъ погибли только двѣ: одна 30 дней послѣ операціи отъ рвоты и ex inanitione, а другая (Поллокъ) послѣ двухъ дней. У послѣдней троакаръ попалъ въ матку, которая, вѣжется, небыла зашита. Въ другихъ двухъ случаяхъ (Wells'a и Хилласъ), въ которыхъ матка была повреждена, сдѣлано было кесарское сѣченіе; на матку былъ наложенъ шовъ, — и больныя выздоровѣли.

Преждевременный перерывъ беременности былъ произведенъ только въ 4 случаяхъ; изъ нихъ одинъ быстро кончился смертию, а другіе 3—выздоровленіемъ.

Допуская даже, что въ приведенной, далеко не обширной статистикѣ немаловажную роль игралъ счастливый случай, которому можно-бы приписать особенно счастливые результаты послѣдніе, все-таки заслуживаютъ вниманіе, тѣмъ болѣе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ были сдѣланы грубыя ошибки, и только въ наименьшемъ числѣ, а именно въ 3 случаяхъ, были соблюдены антисептическія предосторожности. Что-же касается до техники, то слѣдуетъ замѣтить, что разрѣзъ брюшныхъ покрововъ должно чаще дѣлать сбоку, а можетъ быть даже выше, чтобы по возможности миновать матку.

Что же касается ножки, то безусловно слѣдуетъ примѣнять б. ч. погруженіе ея, потому что внѣбрюшинное укрѣпленіе ея гораздо легче можетъ вызвать раздраженіе матки, хотя случаи Sp. Wells'a и другихъ, гдѣ ножку ущемляли, доказываютъ, что и этотъ способъ можетъ обходиться безъ дурныхъ послѣдствій.

§ 69. Что касается до вопросовъ: какъ должно поступать при описываемой нами complicacіи во время беременности, въ какихъ случаяхъ должно поступать выжидательно, въ какомъ случаѣ слѣдуетъ дѣлать проколъ, когда экстирпацію и когда преждевременные роды или абортъ, — то на всѣ эти вопросы можно дать слѣдующіе отвѣты:

Если опухоль была замѣчена тогда уже, когда беременность значительно подвинулась впередъ, и можно доказать, что опухоль существуетъ уже давно и не обнаруживаетъ быстрого роста, не оказывать существенно вреднаго вліянія на общее состояніе беременной и если при томъ можно, съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, предположить, что опухоль мѣшечатая, — то слѣдуетъ отложить леченіе до окончанія послѣродоваго періода.

Если же, напротивъ, наступаютъ опасныя явленія, въ особенности перитонита, указывающія на разрывъ кисты или переврочиваніе ножки ея; или же появляются лихорадочныя явленія, которыя, особенно послѣ предшествовавшаго прокола, указываютъ на нагноеніе въ кистѣ, — то немедленно слѣдуетъ приступить къ эвстирпациі, а въ случаѣ сомнительнаго показанія — тѣмъ раньше, чѣмъ менѣе беременность подвинулась впередъ. Равнымъ образомъ овариотомія показана при достовѣрномъ существованіи пролиферирующей кистомы довольно значительнаго объема, особенно, когда замѣчаютъ быстрое ея возростаніе, а въ особенности, если уже обнаружилия явленія разрыва; въ такомъ случаѣ правильно произведенною операціею скорѣе можно надѣяться на спасеніе жизни беременной, нежели въ томъ случаѣ, когда предоставили-бы беременную опасностямъ, угрожающимъ отъ этого осложненія до и во время родовъ.

Проколъ слѣдуетъ дѣлать въ томъ случаѣ, когда у беременной въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности или уже во время родовъ, необходимо бываетъ облегчить жестокое удушье, когда, при ясной флукуаціи, данный случай благоприятенъ для прокола, въ особенности при большихъ, видимо однокамерныхъ опухоляхъ, продолжительное существованіе которыхъ даетъ поводъ предположить пароваріальную или простую кисту яичника. Проколъ можно также дѣлать при пролиферирующихъ кистахъ, если въ данное время овариотомія не примѣнима, влѣдствіе внѣшнихъ обстоятельствъ или тѣсноты.

Искусственный перерывъ беременности слѣдуетъ оставлять для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ овариотомія невозможна, а проколъ не совѣтъмъ безопасенъ, между тѣмъ какъ можно предвидѣть, что лежащая въ маломъ тазу и неудобовправимая опухоль представитъ значительное препятствіе во время родовъ. Сюда, стало быть, относятся плотныя опухоли и дермоидныя кистомы, лежащія въ маломъ тазу и невправимыя.

Самые роды могутъ также служить показаніемъ къ энергической терапіи, которая можетъ быть частью хирургическою, частью-же, какъ само собою разумѣется, акушерскою. Всѣ почти акушерскія операціи, какъ-то: щипцы, поворотъ, перфорациа и даже кесарское сѣченіе, были примѣняемы въ этихъ случаяхъ. Не вдаваясь въ подробности о леченіи во время родовъ, мы считаемъ умѣстнымъ вратцѣ коснуться только слѣдующихъ замѣчаній: При опухоляхъ яичниковъ, запирающихъ малый тазъ, должно прежде всего стараться вправить опухоль, что многократно и счастливо удавалось, напримѣръ Паллетта (*a treatise on disease termed puerperal fever by Makintosch. 1822. II. 98*) во время 3-хъ послѣдовательныхъ беременностей, у одной и той же женщины; Ноогевег'у (*Verhand. d. Ges. f. Gebh. i. Berlin. V. стр. 46*) одинъ разъ, но съ большимъ усиліемъ; Кингу, Мерримену, К. Майеру, Вегшейдеру, Ашуэллу, Ле-

веру и т. д. Нѣтъ сомнѣнія, что извѣстны такіе случаи, въ которыхъ вправленіе не удавалось. Послѣ вправленія, при онухоляхъ съ яснымъ жидкимъ содержимымъ, слѣдуетъ прибѣгать скорѣе къ проколу *per vaginam*.

Должно страшиться оканчивать роды щипцами, потому что даже трудно исчислить тѣ послѣдствія, которыя можетъ повлечь за собою насильственное устраненіе препятствія, не говоря уже о томъ, что этимъ увеличивается опасность отъ разрыва опухоли. На наложеніе щипцовъ можно тогда только рѣшиться, при плотныхъ онухоляхъ, когда пространство для прохода младенца не очень ограничено.

То же почти, хотя нѣсколько благопріятнѣе, можно сказать и о повротѣ и извлеченіи. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда пространство очень ограничено, и оно не устранимо ни вправленіемъ, ни проколомъ, лучше всего прибѣгать къ уменьшенію младенца. Едва ли кто рѣшится на кесарское сѣченіе. Тѣмъ не менѣе Кобъ (*Beitr. z. Gyn. u. Gëbh. d. Berl. Ges. Bd. II. 1873, стр. 99*) не нашелъ другаго исхода послѣ тщетной попытки уменьшить опухоль посредствомъ прокола, разрѣзавъ ее *per vaginam*, вслѣдствіе густоты и тягучести содержимаго ея.

§ 70. Мои собственные наблюденія, вкратцѣ изложенныя, суть слѣдующія:

1) 22-хъ лѣтняя женщина беременна въ первый разъ на 5 мѣсяцѣ. Изслѣдованіемъ объѣми руками можно ощупать круглую, эластическую, величиною въ кулакъ опухоль, лежащую вѣво возлѣ матки, надъ малымъ тазомъ. Уже 2 года до того, у больной замѣчено было припуханіе обонхъ яичниковъ. Роды наступали въ срокъ и кончились благополучно. Еще годъ послѣ этихъ родовъ, по словамъ домашняго врача, опухоль, повидимому, не увеличилась.

2) 30 лѣтняя женщина разрѣшилась четыре года тому назадъ третьимъ ребенкомъ. Вскорѣ затѣмъ животь стала увеличиваться; регуль не было 11 недѣль; за 8 недѣль до того окончился перитонитъ, продолжавшійся 4 недѣли. Найдена опухоль, величиною въ матку *ad terminum*, съ явною, равномерною флуктуаціею; стѣнки опухоли мало напряжены затвердѣлостей нѣтъ нигдѣ; ни снаружи, ни внутри нельзя ощупать растянутую матку, лежащую, какъ показало внутреннее изслѣдованіе, позади опухоли. Спустя 2 мѣсяца произошелъ 6-ти мѣсячный выкидышъ. Дальнѣйшій ходъ неизвѣстенъ.

3) 30 лѣтняя женщина родила $\frac{3}{4}$ года тому пазадъ втораго ребенка. Послѣдніе регулы были въ іюлѣ. При первомъ изслѣдованіи, произведенномъ въ октябрѣ, животь этой въ высшей степени истощенной женщины, представлялъ объемъ, большій чѣмъ матка въ концѣ нормальной беременности. Больная увѣряетъ, что еще за 28 недѣль животь былъ совершенно плоскій и что за 2 мѣсяца она совершила большое путешествіе пѣнкомъ. Растяженія матки нельзя открыть; *Portio vaginalis* скорѣе можно назвать плотною, нежели сочною. Поэтому отсутствіе регуль приписывали скорѣй всеобщему истощенію тѣла. Для подтвержденія діагноза, а также и осложняющей беременности, сдѣланъ проколъ, при чемъ выпущено 8650 грамм. коллоидной, зеленовато-желтой жидкости. Послѣ этого оставалась опухоль, по срединной линіи, превышавшая на ладонь *Symph. oss. pubis*, имѣвшая неправильную форму и представлявшая множество твердыхъ возвышенностей. Чувствительность опухоли до того значительна, что препятствуетъ точному изслѣдованію. Беременность не предполагали; матку зондировали, и два дня послѣ этого вышелъ плодъ, длиною въ 14 цтм. Твердыя возвышенности оказались *Scybola*. Значительная болѣзненность помѣшала вѣрному распознаванію. За проколомъ послѣдовало нагноеніе главной кисти, и больная умерла послѣ чрезвычайно трудной оваріотоміи.

4) 33 лѣтняя вдова родила 6 лѣтъ тому назадъ въ 5 разъ. При первомъ изслѣдованіи, въ январѣ 1871 года, найдена опухоль, явственно многополостная, доходившая до *Scrobis*

culum cordis, присутствіе которой больная замѣтила не болѣе какъ за годъ до того. Последняя менструація появилась въ февралѣ 1872 г.; затѣмъ наступила Amenorrhoea и упорная рвота. Въ концѣ апрѣля 1872 г. сдѣланъ проколъ, причемъ вышущено 12 кил. жидкости, послѣ чего прекратилась рвота въ продолженіи 14 дней. 14 іюня, послѣ 4 мѣсячнаго отсутствія менструаціи, нельзя было констатировать ни яснаго разрыхленія влагалищной порціи, ни увеличенія матки, лежавшей кзади и вираво отъ опухоли; на нижнемъ сегментѣ матки оказалось однако нагноеніе. 10 іюля сдѣланъ второй проколъ и вышущено 4,15 килог. коллоидной жидкости, съ большимъ количествомъ распада (detritus). Такъ какъ припадки удущья не уменьшились, то сдѣланъ былъ, 15 іюля, третій проколъ на 5 цтм. выше пупка, причемъ вытекло 5.1 кил. гнойной, густоватой жидкости. Бывшее уже до того лихорадочное состояніе продолжалось; къ этому присоединились: рвота, матеоризмъ и упадокъ силъ; 7 дней послѣ 3 прокола послѣдовалъ 6 мѣсячный выкидышъ, а 24 часа спустя смерть. Вскрытіе показало: многополостную опухоль, столь тѣсно и многократно сросшуюся съ брыжейкою, что нельзя было отдѣлить ее, не разорвавъ самую опухоль. По отдѣленіи плотныхъ частей опухоли, приросшихъ къ брюшнымъ покровамъ, на послѣднихъ обнаружены множество, величиною въ орѣхъ, мягкихъ грибовидныхъ образований, оказавшихся при микроскопическомъ изслѣдованіи саркомами. Тоже представляли не мѣтчаттыя части опухоли. Разлитого перитонита не было. Лѣвый яичникъ здоровъ. На стѣнкахъ главной кисты опухоли, вездѣ видны слои гноя, многочисленныя, очень маленькія, также гноившіяся кисты, сѣровато-клочковатая жидкость. Слѣдовательно, это была смѣшанная опухоль, состоявшая изъ саркомы и изъ пролиферирующей кистомы, существовавшая много лѣтъ и достигшая очень большого объема, причинившая значительныя тягости во время беременности. Послѣ одного прокола послѣдовало нагноеніе главной кисты, лихорадочное состояніе, упадокъ силъ. Смерть черезъ 7 дней послѣ 3 прокола; за день до того Partus immaturus на 6 мѣсяцѣ, вызванный скорѣе всеобщимъ болѣзненнымъ состояніемъ, нежели проколомъ. Вскрытіе также показало переходъ саркомы на брюшину.

5) 26 лѣтняя женщина поступила подъ мое наблюденіе во время ея вторыхъ родовъ. Животъ въ высшей степени напряженъ и растянутъ; въ правой сторонѣ удается ощущать дѣтскія части; но ни границъ матки, ни границъ опухоли ощущать нельзя; при внутреннемъ изслѣдованіи можно ощущать только черепъ младенца въ открытомъ зѣвѣ матки. По причинѣ слабости родовыхъ потугъ, роды окончены щипцами. До родовъ животъ имѣлъ въ периферіи своей 112 цтм., а послѣ нихъ 104, и теперь еще нельзя было замѣтить уменьшенія напряженности живота, ни опредѣлить границы опухоли. Спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, вдругъ замѣчено, что стѣнки на большей части опухоли ослабли, и въ животѣ была свободная жидкость. Разрывъ не причинилъ никакой боли и не вызвалъ лихорадки. Свободная жидкость очень скоро всосалась; лопнувшая киста осталась ненапряженною. 7 недѣль послѣ родовъ сдѣлана была оваріотомія съ счастливымъ исходомъ.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ, я дѣлалъ проколъ опухолей яичниковъ еще въ 4 или 5 случаяхъ, подробныхъ замѣтокъ о которыхъ у меня нѣтъ, причемъ беременность ни разу не была прервана. Въ одномъ случаѣ я даже повторилъ проколъ нѣсколько разъ въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности. Кромѣ того, я имѣлъ еще 4 больныхъ съ опухолями яичниковъ, у которыхъ сдѣлана была оваріотомія и которыя разрѣшились отъ бремени за нѣсколько мѣсяцевъ до того и притомъ безъ искусственной помощи.

ГЛАВА XIV.

Теченіе. Продолжительность. Исходы.

§ 71. Въ предыдущихъ главахъ отчасти уже указано до какой степени различно бываетъ теченіе болѣзни у одержимыхъ опухолями яичниковъ,

вслѣдствіе интеркурирующихъ обстоятельствъ и осложнений. У нѣкоторыхъ больныхъ вовсе не наблюдають никакихъ осложнений, и развѣ только въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни онѣ ощущають нѣкоторую боль, безъ лихорадки, вслѣдствіе хроническихъ, ограниченныхъ перитоническихъ раздраженій. Въ такихъ случаяхъ болѣзнь идетъ болѣе или менѣе быстро впередъ, при чемъ либо ростъ опухоли постоянно увеличивается, либо на время останавливается. Долгое время вовсе не замѣчаютъ значительныхъ страданій, которыя появляются только впоследствии, когда опухоль увеличивается и причиняетъ давленіе. Замѣчательно, какъ нѣкоторыя больныя носятъ тяжесть свою цѣлыя годы, не теряя способности трудиться. Сюда преимущественно относятся случаи съ *Hudgors folliculorum* или кисты широкихъ связокъ. Въ томъ и другомъ случаѣ ростъ опухоли почти всегда идетъ гораздо медленнѣе, нежели при пролиферирующихъ кистамахъ. У другихъ же больныхъ — и это самые рѣдкіе случаи — наоборотъ, уже очень рано развиваются воспаленія, болѣею частью безъ видимыхъ причинъ; боли становятся интенсивными и постоянными; или же быстрый ростъ опухоли уже самъ по себѣ причиняетъ страданія. Органы живота и груди не успѣвають приспособиться къ степени давленія; больныя уже сильно страдаютъ, хотя опухоли еще не достигли значительной величины; такъ что больныя принуждены бывають уже очень рано прибѣгать къ энергическому или радикальному леченію.

Продолжительность болѣзни, не будучи сокращена экстирпациею опухоли, трудно опредѣлять, потому что почти никогда нельзя съ точностью опредѣлять начала болѣзни, а изъ анамнеза ничего вѣрнаго заключить нельзя. Первые стадіи болѣзни почти всегда проходятъ незамѣтно. Т. С. Ли пытался, на основаніи частью собственныхъ, частью заимствованныхъ у другихъ случаевъ, опредѣлить продолжительность болѣзни: изъ 131 больной, смертельный исходъ наступилъ у 38 спустя годъ, у 25—2 года; 17 пациентокъ жили 3 года, 10—4 года, 27—отъ 5—16 лѣтъ, 2—25 лѣтъ, а 1—30 лѣтъ. Въ 50 случаяхъ Берда мы находимъ слѣдующее: 4 умерли въ теченіе года отъ первоначально замѣченнаго увеличенія живота; 2—въ продолженіи 2 лѣтъ, 12—3 лѣтъ, и 10—4 лѣтъ; всѣ остальные умерли въ теченіи 10 лѣтъ. Джонъ Клей опредѣляетъ слѣдующую продолжительность болѣзни, до предпринятой экстирпации, въ 175 случаяхъ: до 1 года 32 случая; до 2-хъ—42 сл., до 3-хъ—38 сл., до 4-хъ—19 сл., отъ 4—10 лѣтъ—39 сл., свыше 10 лѣтъ—15 случаевъ.

Извѣстны рѣдкіе случаи, какъ доказываетъ и С. Ли, въ которыхъ ростъ опухоли идетъ чрезвычайно медленно, и жизнь сохраняется на долгое время. У Пизли больная жила 13 лѣтъ, а у Harris'a (*Amer. J. of. obstetr. August. 1871*) 50 лѣтъ. Druitt (*Surgeon's Vade-mecum* стр. 465) знаетъ одну 57 лѣтнюю больную, у которой огромная опухоль существовала 30 лѣтъ, а больная I. П. Франка носила свою опухоль съ 13 до 88 лѣтъ. Необходимо однакоже замѣтить, что такой медленный ростъ и такая продолжительность едвали встрѣчаются при пролиферирующихъ кистамахъ. Такая остановка на десятки лѣтъ болѣе всего свойственна простымъ, одиночнымъ и дермоиднымъ кистамъ, о чемъ еще бу-

дѣтъ говорено при описаніи послѣднихъ. Очень медленный ростъ иногда также встрѣчается при кистахъ широкихъ связоѣ и при водянкѣ фолликуловъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по видимому, бываетъ совершенная остановка роста, при чемъ отдѣленіе внутренней стѣнки кисты совершенно прекращается. Подъ моимъ наблюденіемъ находится 48 лѣтняя больная, по удостовѣренію которой, опухоль у нея существуетъ уже 17 лѣтъ. Опухоль эта принадлежитъ къ самымъ большимъ, какія мнѣ случалось наблюдать; по моему мнѣнію она вѣситъ не менѣе 35 кило, если не болѣе. Въ теченіе послѣднихъ 2¹/₂ лѣтъ она не увеличилась. Равномѣрная, явственная флуктуація, отсутствіе ощущаемыхъ и видимыхъ неровностей говоритъ въ пользу того, что опухоль эта, по всему вѣроятію, есть *Hydrops follic.* или киста широкой связки.

Съ другой стороны, извѣстны и такіе случаи, въ которыхъ можно констатировать ростъ опухоли въ самое короткое время. Кивишъ и другіе упоминаютъ о такихъ неблагоприятныхъ случаяхъ. Я наблюдалъ больную, только за ¹/₂ года до того замѣтившую первые признаки болѣзни, а по прошествіи 10 дней, — промежуткоѣ времени между первымъ и вторымъ изслѣдованіемъ, — опухоль значительно увеличилась, такъ что самая большая периферія живота возросла съ 92 до 100 цм.; въ эти 10 дней сильно пострадало общее состояніе здоровья, усилилось удущье и безпомощность больной. Сдѣланная экстирпація показала, что это была коллоидная опухоль съ преобладавшею кистою.

Послѣ всего сказаннаго не покажется преувеличеннымъ, если скажемъ, что изъ всѣхъ больныхъ съ пролиферирующими кистами умираетъ 60—70% въ теченіе трехъ лѣтъ послѣ появленія первыхъ симптомовъ болѣзни, и 10% въ теченіе четырехъ лѣтъ. Считаая съ того времени, когда больная прибѣгаетъ къ врачебной помощи, продолжительность жизни, само собою разумѣется, будетъ еще короче.

§ 72. Что касается до окончательнаго исхода для больныхъ, то мы уже имѣли случай замѣтить выше, что онъ бываетъ различнаго рода: мы видѣли, что киста яичника можетъ излечиться на долгое время естественнымъ путемъ, или же она переходитъ въ такое состояніе, которое приближается къ излеченію. Нѣтъ сомнѣній, что можетъ случиться настоящее, произвольное излеченіе кистъ, вслѣдствіе разрыва ихъ. Понятно, что такое излеченіе свойственно только простымъ кистамъ, но не пролиферирующимъ кистамъ. Другой видъ излеченія, чрезъ перекручиваніе ножки, можетъ произойти и при коллоидныхъ опухоляхъ. Правда, этотъ видъ излеченія встрѣчается очень рѣдко при торзій ножки, и излеченіе въ этомъ случаѣ нельзя назвать абсолютнымъ, потому что опухоль только сморщивается и останавливается въ своемъ уменьшенномъ ростѣ, при чемъ на стѣнкахъ ея совершается процессъ известковыхъ отложеній. Такого рода излеченіе доказано не только клиническими наблюденіями, но констатировано при вскрытіяхъ. Такъ, Робитанскій говоритъ объ этомъ слѣдующее: «верѣдко у старыхъ женщинъ находятъ яичники перерожденными въ агломератъ то большихъ, то меньшихъ кистъ, величиною въ грецкій орѣхъ, въ куриное яйцо и до кулака, сидя-

щихъ въ чрезвычайно твердой, густой, плотной стромбѣ; стѣнки такихъ кистъ также тверды, плотны и встрѣчаемыя на внутренней поверхности ихъ папиллярныя разрошенія также превращаются въ твердые, плотные, сморщившіеся кистониды». Вирховъ высказываетъ о томъ же слѣдующее: «Достовѣрно то, что жидкость иногда всасывается. — Если въ жидкости, какъ я уже упоминалъ выше, осаждаются кристаллы холестеарина, то они, само собою разумѣется, не могутъ также всосаться, и должны оставаться. Этимъ путемъ я себя объясняю тѣ маленькія стеатоматозныя опухоли, которыя мнѣ иногда случалось находить въ яичникахъ и которыя существенно отличаются отъ холестеатомы (Г. Мюллеръ) отсутствіемъ беззернистыхъ, шести угольныхъ дермодальныхъ вѣткокъ. Мнѣніе это подтверждается еще и тѣмъ, что послѣ коллоида въ щитовидной желѣзѣ часто находятъ подобныя холестеариновыя перекладкини.

Спрашивается наконецъ, возможно ли еще и другаго рода излеченіе, кромѣ описаннаго излеченія силами природы чрезъ разрывъ и перекручиваніе ножи, напр. вслѣдствіе произвольнаго, полнаго всасыванія жидкости и прекращенія процесса отдѣленія на внутренней поверхности полостей. Уже прежде упомянулъ я о возможности превращенія отдѣленія, вслѣдствіе исчезновенія или жироваго перерожденія эпителиальнаго покрова; но относительно коллоидныхъ опухолей, превратившихся въ однополостныя, этотъ способъ излеченія намъ кажется сомнительнымъ. На основаніи многихъ единическихъ случаевъ, для *Hydrops folliculorum* нельзя отвергать возможности такого превращенія процесса отдѣленія въ продолженіе многихъ лѣтъ и наконецъ даже на всегда. Но совсѣмъ иначе представляется вопросъ въ отношеніи полнаго всасыванія жидкости безъ участія той или другой изъ выше приведенныхъ причинъ. Многие указывали на временное ослабленіе нѣкоторыхъ кистъ, вида въ этомъ доказательство, хотя частнаго всасыванія жидкости. Уже Крювелъ (Anat. pathol. Bd. III, стр. 400) обратилъ вниманіе на такія кисты, которыя онъ описалъ подъ названіемъ *Kystes uniloculaires flasques*, а К. Вестъ полагаетъ, что этого рода опухоли всегда мало причиняютъ страданій. Риччи (Edinb. med. J. March, 1870, стр. 849) описалъ въ недавнее время, между прочимъ, одинъ случай, въ которомъ онъ замѣчалъ значительныя колебанія въ величинѣ опухоли: периферія живота равнялась 54", и въ теченіе 3 мѣсяцевъ она уменьшилась на 16"; затѣмъ въ продолженіи 8 мѣсяцевъ возросла опять на 11"; чрезъ 3 недѣли она снова уменьшилась на 14" и наконецъ по истеченіи $5\frac{1}{4}$ года снова выросла на 16 $\frac{1}{2}$ ". При вскрытіи не найдено и слѣдовъ разрывовъ. Последнее обстоятельство не удивительно, такъ какъ въ послѣдніе 1 $\frac{1}{2}$ года опухоль продолжала только увеличиваться и зарубцованныя старые разрывы могли сдѣлаться неузнаваемыми, тѣмъ болѣе, что они до сихъ поръ описаны были только Кёберле. Послѣ того, что намъ извѣстно стало въ настоящее время о частотѣ разрывовъ и ихъ медленномъ прохожденіи, достовѣрность всѣхъ случаевъ расслабленія и разрыва кистъ сильно подлежитъ сомнѣнію, а также всасываніе и даже совершенное исчезновеніе опухоли безъ разрыва или перекручиванія ножи должно причислить къ недоказаннымъ и маловѣроятнымъ событіямъ.

Во всякомъ случаѣ, тотъ или другой изъ изложенныхъ выше исходовъ въ произвольное излеченіе принадлежатъ къ самымъ рѣдкимъ явленіямъ; а при однополостныхъ опухоляхъ оно на столько же вѣроятно, на сколько можно рассчитывать на рожденіе живаго младенца, въ плечевомъ положеніи, безъ предварительнаго поворота. При пролиферирующихъ же кистахъ даже и такая надежда не мыслима.

Смертельный исходъ у большей части неоперированныхъ больныхъ есть слѣдствіе истощенія, которому одинаково содѣйствуетъ потеря аппетита, ослабленіе пищеваренія, потеря сна, разстройство дыханія и кровообращенія; ускоренію печального исхода еще способствуютъ появляющіеся пролежни; осложняющія болѣзни, особенно дыхательныхъ путей, и кишечный катарръ. Гораздо рѣже смерть наступаетъ въ то время, когда организмъ еще вѣрнопъ и общее состояніе здоровья еще довольно удовлетворительно, — въ такомъ случаѣ причиною смерти бываетъ перитонитъ, все равно будетъ-ли онъ сопровождаться разрывомъ или нѣтъ. Еще рѣже причиною смерти бываетъ непроходимость кишечника. Смерть довольно часто вызывается или ускоряется однимъ или повторнымъ проколомъ или-же другими оперативными приемами.

Распознаваніе кистомъ яичниковъ.

§ 73. Усовершенствованіе физическихъ методовъ изслѣдованія въ послѣдніе два десятилѣтія, а также частое производство лапоротоміи, способствовавшей разъясненію многихъ ошибокъ и причинъ ихъ, хотя и содѣйствовали въ высшей степени болѣе точному распознаванію опухолей яичниковъ, но не смотря на это оно до сихъ поръ далеко не достигло до желаемой степени достовѣрности. Трудность положительнаго діагноза заключается въ томъ, что при томъ разнообразіи положенія, величины и резистенціи, которыя могутъ представлять кистомы, ихъ, смотря по положенію вещей, легко смѣшать съ болѣею частью опухолей, накопленіями жидкостей, вообще встрѣчающимися въ полости живота; далѣе распознаваніе затрудняется еще оттого, что всякіе субъективные симптомы, равно и анамнезъ, обыкновенно лишены малѣйшаго значенія при рѣшеніи вопроса, принадлежитъ-ли опухоль яичнику или нѣтъ. Такимъ образомъ діагнозъ во всѣхъ случаяхъ долженъ опираться исключительно на точности изслѣдованія, отъ дальнѣйшей разработки котораго единственно будетъ зависѣть дальнѣйшій прогрессъ въ этомъ направленіи.

Для болѣе удобнаго обзрѣнія богатаго матеріала, который необходимо имѣть въ виду при постановкѣ діагноза, мы рассмотримъ его въ двухъ главныхъ главахъ, и отдѣлимъ общую діагностику отъ дифференціальной.

ГЛАВА XV.

Общая діагностика.

Литература: Th. S. Lee: Von den Geschwülsten der Gebärmutter стр. 170 seqq.—E. Martin: Die Eierstockswassersuchten стр. 57 seqq.—W. L. Atlee: General and differential diagnosis of ovarian tumours. Philad. 1873. S. Y. Simpson: Clinical lectures of diseases of women, изд. Al. Simpson. 1872, стр. 426.—Maunoir: Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire. Paris 1861.—Thierry: Sur le diagnostic différentiel des tumeurs dont le caractère pathognomonique est la fluctuation. L'Expérience 1840, No. 161.—Boinet: Gaz. hebdomad. 1860, No. 1, 5, 7, 10.—Spiegelberg: Allg. med. Centralztg. 1869, No. 66.—Его-же: Montsschr. f. Gebkde. Bd. 34, 1869, стр. 384 и Arch. f. Gyn. III стр. 271 наконецъ: Volkmann's klin. Vorträge No. 55.—Schetelig: Arch. f. Gyn. I. стр. 415, 1870.—Bufe: Diss. Breslau 1867.—Neumann: Diss. Leipzig 1862.—Bhein-

städter: Die Diagnose der Ovarienzysten. Berl. klin. Wochenschr. 1875, 31 Mai.—Drysdale: The diagnosis of ovarian tumours. Med. Press and Circular No. 26 1873.—Knowsléy Toronto: Notes on the progress in the diagnosis and treatment of ovarian tumours. Med. times May 6. 1876.—Westphalen: Beiträge zur Lehre von der Probepunction. Arch. f. Gyn. VIII. 1875, стр. 72.—Huppert: Ueber den Nachweis des Paralbumins. Prager med. Wochenschr. 1876, No. 17,

Физическія явленія кистомы яичника будутъ существенно различны, смотря по величинѣ, до которой достигла опухоль, и по зависящему отъ величины положенію опухоли. Въ практическомъ отношеніи можно отличить три стадія: 1, когда опухоль находится еще въ маломъ тазу; 2, когда она поднялась вѣсколько выше пупка; и 3, когда опухоль достигла величины беременной матки въ послѣдніе мѣсяцы или даже больше. Разсмотримъ каждый изъ этихъ стадій въ отдѣльности.

Первый стадій. Опухоль находится вполнѣ внутри малаго таза. Положеніе опухоли яичника въ этомъ случаѣ не всегда одинаково; въ самомъ началѣ развитія опухоли яичникъ можетъ еще удержать свое нормальное положеніе, или-же онъ болѣе или менѣе смѣщается, и притомъ болшею частью къзади и внизъ. Опухоль, величиною болѣе чѣмъ въ куриное яйцо, почти всегда лежитъ глубже и далѣе къзади, т. е. въ fossa Douglasii; часто совершенно посрединѣ, тотчасъ позади матки; рѣже опухоль лежитъ впереди послѣдней и въ такомъ случаѣ всегда сбоку. Этотъ видъ смѣщенія можетъ имѣть мѣсто только въ томъ случаѣ, когда яичникъ, вслѣдствіе воспалительнаго процесса, поднялся впереди чрезъ верхній край шировой связки и тутъ фиксировался. Выше, въ § 6, было подробно объяснено, какимъ образомъ можно прощупать небольшой яичникъ, удержавшій свое нормальное положеніе, и лежащій позади верхняго края шировой связки, вблизи входа въ тазъ, плотно подъ внутреннимъ краемъ Psoas. Двухручное изслѣдованіе, при которомъ яичникъ ошупывается per vaginamъ соименною рукою, въ этомъ случаѣ, самое примѣнимое. Если этимъ способомъ изслѣдованія часто легко удастся ошупать неувеличенный яичникъ, то это подавно возможно при мало мальски увеличенномъ яичникѣ. Узнавши такимъ образомъ нормально лежащій яичникъ, по его положенію, формѣ, подвижности, отношенію его къ маткѣ,—остается только съ точностью опредѣлять, не представляетъ-ли онъ мѣшечатаго перерожденія и отличить его отъ простой гиперплазіи или увеличенія его эксудатомъ. При простыхъ кистахъ это возможно по очевидному эластическому свойству ихъ, а при многополостныхъ кистомахъ,—по присутствію на органѣ различныхъ гладкихъ, до нѣкоторой степени упругихъ возвышеній. Чѣмъ болше объемъ перерожденнаго органа, тѣмъ легче распознать приведенные характеристическіе признаки.

Къ сожалѣнію всѣ эти простые, не осложненные случаи обыкновенно рѣдко даютъ поводъ къ постановкѣ діагноза въ столь раннемъ стадіѣ развитія кистомъ, не причиняя замѣтныхъ для больныхъ страданій, и слѣдовательно не побуждаютъ ихъ прибѣгать къ врачебной помощи.

Но если такого рода небольшая опухоль дѣлается предметомъ діагноза, то этому причиною бывають воспалительные процессы; въ такомъ

случаѣ рѣшеніе вопроса труднѣе. Опухоль неподвижна, болѣе или менѣе фиксирована, она можетъ прилегать къ маткѣ, отъ которой ее трудно отдѣлить; она еще мало эластична, и на ощупь даже очень плотна, вслѣдствіе окружающаго ее экссудата. До совершеннаго уничтоженія воспаленій, опухоль очень чувствительна. Сущестующая при этомъ боль препятствуетъ изслѣдованію, а отсутствіе характеристическихъ свойствъ кистозныхъ образованій еще болѣе затрудняетъ распознаваніе. Въ такомъ случаѣ предстоитъ рѣшеніе вопроса, есть ли ощущаемая опухоль экссудатъ, или же относительно нормальный, не окруженный экссудатомъ яичникъ, или наконецъ перерожденный яичникъ. До тѣхъ поръ пока продолжается воспалительное состояніе, рѣшеніе это положительно невозможно, и, даже послѣ уничтоженія всякой чувствительности, оно часто удается только послѣ продолжительнаго наблюденія. Пальпація, а вмѣстѣ съ тѣмъ и діагнозъ становятся болѣе легкими, большей частью, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичникъ смѣщенъ впередъ и приближается къ брюшнымъ стѣнкамъ, и послѣ болѣе или менѣе полного исчезновенія экссудата. Впрочемъ, при діагнозѣ не слѣдуетъ упускать изъ виду также положеніе и величину экссудата, а также и этиологическіе моменты. Воспалительные экссудаты, исходящіе изъ заболѣванія яичниковъ, насколько ихъ можно ощупать, обыкновенно не распространяются далеко между *Lig. lata* и не соприкасаются съ сводомъ влагалища. Если мы поэтому находимъ обширные экссудаты и больная находится въ послѣродовомъ періодѣ, или же существуютъ другія данныя, могущія вызвать параметритъ, то нѣтъ основанія предполагать заболѣваніе яичника, хотя ощупываніемъ и нельзя убѣдиться въ изолированности послѣдняго.

§ 74. Гораздо чаще приходится имѣть дѣло съ такими опухолями яичниковъ, которыя уже достигли величины кулака взрослого и даже больше, и которыя лежатъ прямо позади матки въ *Excavatio recto-uterina*. Въ такомъ случаѣ эластическое свойство выражено гораздо явственнѣе, хотя и тутъ, болшею частью, не ощущаютъ флукутаціи, которую раньше всего замѣчаютъ въ однокамерныхъ кистамахъ. Опухоль яичника въ этомъ случаѣ представляется равномерною, шаровидной, рѣзко ограниченной, болѣе или менѣе упругою, до нѣкоторой степени подвижной въ сторону и вверхъ и при томъ тѣмъ ближе лежащей къ срединной линіи, чѣмъ больше ея величина. Опухоль лежитъ позади матки, но впереди прямой кишки, въ чемъ можно убѣдиться изслѣдованіемъ *per rectum*, для избѣжанія смѣшенія ихъ съ опухолями, развивающимися изъ крестцовой кости или въ ретроперинеальной соединительной ткани. Опухоль яичника можетъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, въ особенности когда она срастается на большомъ протяженіи, опуститься частью своею въ *sacum os. sacri*, причѣмъ *rectum* значительно отодвигается въ сторону или нѣсколько книзу. И въ такомъ случаѣ, изслѣдуя *per rectum*, не трудно ощупать сегментъ опухоли позади пальпирующей руки, и въ тоже время убѣдиться, что главная масса опухоли лежитъ между маткою и прямою кишкою. Опухоль яичника, достигши величины дѣтскаго кулака или болѣе, все болѣе и болѣе выталкиваетъ матку изъ ея положенія, а именно впередъ и нѣрѣдко въ тоже время въ здоровую сторону; при этомъ очень легко образуется *Versio lateralis uteri*, обращен-

ной дномъ своимъ къ здоровой сторонѣ. Если же опухоль не очень велика и фиксирована внизу, то, наоборотъ, *serix* отодвигается къ здоровой сторонѣ, а *fundus uteri* въ сторону заболѣвшаго яичника. Обыкновенно въ этомъ стадіѣ болѣзни не бываетъ еще смѣщенія моч. пузыря, или же онъ смѣщается только въ незначительной степени въ сторону, причемъ участвуетъ и мочеиспускательный каналъ. За то при опухляхъ, значительно выполняющихъ малый тазъ, это смѣщеніе бываетъ болѣе значительно, что вызываетъ страданія со стороны моч. пузыря, вслѣдствіе его прижатія.

Отношеніе опухоли къ влагалищному своду бываетъ весьма различно, смотря по величинѣ и подвижности ея; чѣмъ меньше и подвижнѣе опухоль, тѣмъ меньшимъ основаніемъ и не столь плотно она прилегаетъ къ заднему своду рукава, между тѣмъ какъ опухоли, сросшіяся съ дномъ Дугласова пространства, уже довольно рано соприкасаются широкою своею поверхностью съ заднимъ сводомъ, надавливая его даже нѣсколько книзу. Тоже самое наблюдаютъ при опухляхъ, которыя не приросли, но которыя выполняютъ собою тазъ и какъ-бы влочены въ него. Это послѣднее состояніе чаще всего подаетъ поводъ обращаться къ врачебной помощи, но оно въ тоже время легко ведетъ къ ошибкамъ. Его легко смѣшать съ другими заднематочными опухлями и съ *Retroflexio uteri gravidi*, о чемъ еще будетъ говорено въ главѣ о дифференціальномъ распознаваніи.

Здѣсь необходимо еще упомянуть о той формѣ смѣщенія яичника, когда послѣдній входитъ въ составъ *colpocoele*. Уже Баувенъ упоминаетъ о *descensus* неприсросшихъ яичниковъ, причемъ послѣдніе до того выпячиваютъ впередъ заднюю стѣнку влагалища, что значительно уменьшаютъ просвѣтъ его. Подъ вліяніемъ еще неразъясненныхъ пока обстоятельствъ, — можетъ быть вслѣдствіе разрыва глубокой тазовой Фасціи въ Дугласовомъ пространствѣ и вытягиванія задней стѣнки рукава, — яичникъ иногда опускается внизъ и, прорвавъ послѣднюю, появляется въ просвѣтѣ влагалища. Въ литературѣ извѣстны только два примѣра этого рода; одинъ наблюдалъ Лущка и описалъ Сюкро (*Diss. Tübingen 1864*). Разрывъ влагалища съ выпаденіемъ *Hydroovarüi*); другой принадлежитъ Берри (*Lond. obst. Transact. VIII. стр. 261.*). Оба случая относятся къ роженицамъ. Объ этихъ случаяхъ уже упомянуто было въ § 66. Мнѣ удалось наблюдать подобный же случай въ беременной и послѣродоваго періода, который подробнѣе будетъ описанъ ниже. Часть однокамерной опухоли яичника, достигшей почти величины беременной въ послѣдніе мѣсяцы матки, выпитивъ впередъ заднюю стѣнку влагалища и покрытая ею, выдавалась изъ наружныхъ половыхъ частей въ видѣ опухоли, величиною въ большой кулакъ.

При распознаваніи всѣхъ опухолей яичниковъ, болѣе или менѣе выполняющихъ малый тазъ, главнѣйшее значеніе имѣетъ комбинированное изслѣдованіе какъ для опредѣленія связей опухоли, такъ и, въ случаѣ надобности, положенія ея въ отношеніи матки; при этомъ необходимо констатировать: границы опухоли, ея совершенно шаровидную форму, при чемъ она только касается матки, но не сливается съ нею; извѣстную степень эластичности или даже флукуацію опу-

холи. Ислѣдуя пальцами *per vaginam*, большею частью, не трудно убѣдиться, что между переднею поверхностью опухоли, прилежащей даже плотно къ маткѣ, и заднею стѣнкою послѣдней существуетъ треугольное, обращенное вверху угломъ пространство, чего не бываетъ при опухоляхъ, исходящихъ изъ стѣнки матки, а также при многихъ другихъ заднематочныхъ опухоляхъ, напр. при гематомахъ таза.

Очевидно, что въ такихъ случаяхъ необходимо бываетъ пользоваться и изслѣдованіемъ *per gestum*, вводя даже цѣлую руку; но не должно однако забывать, что при существованіи воспалительныхъ осложнений, этотъ способъ изслѣдованія противопоказанъ и что введеніемъ половины или цѣлой руки при опухоляхъ, выполняющихъ малый тазъ, можно причинить разрывъ ихъ. Такимъ образомъ, къ этому способу изслѣдованія должно прибѣгать съ большими предосторожностями.

Къ употребленію маточнаго зонда съ цѣлью разъясненія діагноза приходится прибѣгать въ весьма рѣдкихъ случаяхъ. Такъ какъ матка находится еще въ тазу, то обыкновенно пальпация доступенъ бываетъ довольно большой отрѣзокъ *servicis* или даже тѣла матки, совершенно достаточный для того, чтобы можно судить о положеніи матки въ отношеніи опухоли. Но тамъ, гдѣ существуетъ *Retroflexio uteri* и подозрѣваютъ беременность, тамъ слѣдуетъ совершенно отказаться отъ употребленія зонда. Во всякомъ случаѣ, употребленіе зонда для разъясненія діагноза опухоли яичника, можетъ имѣть цѣлью опредѣлить положеніе дна матки, а не длину полости ея, что лишено всякаго значенія при рѣшеніи занимающей насъ задачи.

Въ особенности труденъ діагнозъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ увеличенный яичникъ приросъ въ маломъ тазу и окруженъ экссудатомъ, или если опухоль вколотилась, между тѣмъ какъ, если опухоль подвижна, въ особенности, если она легко вправима въ брюшную полость, то ее гораздо труднѣе смѣшать съ другими, сходными патологическими состояніями.

§ 75. Второй стадій. Опухоль изъ малаго таза поднялась въ полость живота, но немного выше пупка. Съ поднятіемъ опухоли изъ полости малаго таза въ полость живота—что обыкновенно бываетъ при опухоляхъ величиною въ дѣтскую головку—получается совершенно другой результатъ изслѣдованія: опухоль легко прощупывается снаружи, часто безъ всякаго труда и даже при пальпации одною только рукою; а при очень толстыхъ брюшныхъ покровахъ это удается одновременнымъ наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ. Мы ощущаемъ опухоль, вверху и по сторонамъ ограничленною, форма ея приближается къ шаровидной. Опухоль, большею частью, лежитъ по срединной линіи, даже и тогда, когда она уже достигла величины беременной въ 4-мъ мѣсяцѣ матки. Чѣмъ больше опухоль, тѣмъ вѣрнѣе распознаваніе. Если при связанной величинѣ, опухоль сильно отодвинута въ сторону, то можно предположить ту или другую complicacію. Въ такомъ случаѣ б. ч. образовались уже срощенія, обусловливающія боковое положеніе опухоли; она становится менѣе подвижною; между тѣмъ какъ до образованія срощеній, пока опухоль не поднялась выше пупка, она легко передвигается въ

ту или другую сторону, часто даже кверху. Съ увеличеніемъ объема опухоли, шаровидная форма ея становится неправильною, между тѣмъ какъ при пролиферирующихъ вистомахъ, на томъ или другомъ мѣстѣ поверхности ихъ, уже довольно рано замѣчаютъ выдающіяся висты, которыя впрочемъ съ дальнѣйшимъ ростомъ перѣдко опять исчезаютъ, уступая мѣсто прежней куполовидной формѣ. Резистенція опухоли б. ч. явственно эластическая, по всей ея поверхности или только по мѣстамъ; но если полости этихъ вистомъ еще не достигли большихъ размѣровъ, то эластическое свойство, особенно при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, еще нигдѣ нельзя ощущать. Опухоль можетъ казаться плотною, и быть принятою за фиброзную. Последнее возможно при опухоляхъ, какъ достигшихъ уже пунка, такъ и раньше этого.

Въ то время какъ—о чемъ уже упомянуто выше—опухоль ясно ограничена кверху и съ боковъ, нижній ея сегментъ нельзя обхватить снаружи, такъ какъ онъ скрытъ во входѣ въ тазъ. Чѣмъ опухоль становится больше, тѣмъ вѣрше она приближается къ брюшнымъ стѣнкамъ на протяженіи между пупкомъ и лонною дугою, при чемъ перкуссия даетъ тупой звукъ, хотя и не на всемъ протяженіи ея соприкосновенія съ брюшными покровами. На самой периферіи всегда слышенъ бываетъ кишечный тонъ, такъ что опредѣленіе опухолей помощью постукиванія становится доказательнымъ съ того времени только, когда онѣ приближаются болѣе къ пунку, нежели къ *Symp. oss. p.* По мѣрѣ увеличенія роста опухолей, кишечныя петли все болѣе удаляются отъ передней стѣнки живота и отодвигаются къзади и кверху. Присутствіе ихъ обнаруживается только въ подвздошныхъ областяхъ и у верхней окружности опухоли. Съ поднятіемъ опухоли, она исчезаетъ изъ малаго таза вполне или же только незначительный плоскій сегментъ ея ощупывается еще въ заднемъ или переднемъ сводѣ влагалища. Весьма рѣдко бугристыя части пролиферирующихъ вистомъ выдаются на нижней поверхности опухоли, въ верхней апертурѣ таза, или праросшая часть опухоли прощупывается черезъ сводъ влагалища.

§ 76. Существенное измѣненіе положенія претерпѣваютъ матка и влагалище. Последнія обыкновенно поддаются притяженію опухоли кверху, что зависитъ отъ естественной связи опухоли съ маткою посредствомъ *lig. ovarii* и *lig. latum*. Подобно тому, какъ увеличенный яичникъ лежалъ въ маломъ тазу позади матки, точно также онъ обыкновенно удерживаетъ свое положеніе и надъ тазомъ. Такъ что матка поднимается и въ тоже время смѣщается впереди, при чемъ *servix* ея приходится позади лонной дуги, а тѣло и дно надъ нею, за брюшными покровами. Матка можетъ до того подняться, что вся она лежитъ внѣ малаго таза, надъ, а при сильно отвисшемъ животѣ, даже впереди *Symph. oss. rubis*. При тонкихъ брюшныхъ покровахъ очень легко ощупать часть или всю матку при наружномъ изслѣдованіи, обхватить ее рукою и точно опредѣлить положеніе ея. Она почти никогда не лежитъ посрединѣ, а часто значительно сдвинута въ сторону. Естественно, что такое поднятіе матки влечетъ за собою удаленіе *servix* изъ влагалищнаго свода на сколько это возможно. Вслѣдствіе этого *Portio vag.* намъ кажется укороченною, а въ тѣхъ случаяхъ, когда она вообще не велика бываетъ, какъ напримѣръ въ климактерическомъ возрастѣ, она кажется уменьшенною до *minimum'a*.

Притяженіе, оказываемое опухолью на матку, не остается безъ вліянія на свойство стѣнокъ ея. Будучи прикрѣпленною у влагалищнаго свода, что противодѣйствуетъ натяженію со стороны опухоли, матка удлиняется иногда въ значительной степени. Такое удлиненіе, не достигшее чрезмѣрной степени, не имѣетъ никакого значенія для распознаванія опухолей матки. Матка при этомъ можетъ быть растянута, какъ это между прочимъ описываетъ А. Огле (*transact. path. Soc.* 1867 г., стр. 200), и полость ея можетъ достигнуть длины въ 15 цтм. и больше.

Вслѣдъ за поднятіемъ матки вытягивается и влагалище, складки ея исчезаютъ, и если существовало *descensus* задней или передней стѣнки его, то оно сглаживается и исчезаетъ. Широкой влагалищный сводъ, на которомъ покоилась опухоль, растягивается кверху; онъ можетъ совершенно исчезнуть, и рукавъ превращается въ вытянутый желобъ съ коническимъ концомъ.

Но не всегда матка поднимается изъ таза кверху; она можетъ, въ особенности въ дѣйствиномъ состояніи, помѣститься впереди и внизу опухоли, подобно дѣйствиной антефлексіи. Такъ какъ въ этомъ случаѣ матку снаружи обхватить нельзя и она нерѣдко бываетъ нѣсколько приподнята, то передняя стѣнка ея не всегда плотно прилегаетъ къ переднему своду влагалища настолько, чтобы ее можно было ощупать. Въ такомъ случаѣ для діагноза положенія матки иногда нельзя обойтись безъ зонда. Весьма часто (по моимъ наблюденіямъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ) матка лежитъ болѣе позади опухоли, и въ такомъ случаѣ она почти никогда не приподнята, а напротивъ, нѣсколько опустилась и прижата къ *Symphondros. sacro-iliaca*, смѣщена и умеренно наклонена кзади. Она лежитъ довольно далеко кзади, впереди нижней части крестцовой кости, большею частью въ правомъ заднемъ квадратѣ таза, причемъ *per. vag.* обращена нѣсколько болѣе впереди, соответствуя нижней кривизнѣ этой кости. Въ этомъ положеніи большую часть органа можно ощупать *per. vaginam* или *per. rectum*; такъ что не трудно убѣдиться къ отсутствію связи ея съ опухолью, а также и въ томъ, что она существенно не измѣнилась ни въ формѣ, ни въ величинѣ. И если по той или другой причинѣ, на примѣръ отсутствія менструаціи, возникаетъ вопросъ объ осложненіи беременностью, послѣдняя въ этомъ случаѣ несравненно легче и даже навѣрное можетъ быть исключена, нежели при положеніи матки впереди опухоли и виѣ малаго таза. Впрочемъ, при этомъ смѣщеніи матки кзади, влагалище остается относительно нормальнымъ и только задняя стѣнка ея нерѣдко нѣсколько опущена.

Если мы вникнемъ въ причину только что описаннаго положенія матки, то мы убѣдимся, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно обуславливается первоначальнымъ положеніемъ яичника, до тѣхъ поръ пока онъ находится еще въ началѣ процесса перерожденія, какъ это и было мною только что описано и объяснено.

Первичная, застарѣлая *Retroversio uteri*, съ сращеніями ея съ заднею стѣнкою таза, необходимо должна повлечь за собою смѣщеніе яичника впереди матки. Замѣчательно однако то, что при опухоляхъ яичниковъ большаго размѣра эта *Retropositio* и *Versio* матки встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ въ раннихъ

стадіяхъ развитія ихъ. Я не сомнѣваюсь, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль яичника только отъ того перемищается впереди, что, по мѣрѣ возрастанія, она не тотчасъ тянетъ за собою матку и поднимаетъ ее вверху, а скорѣе отъ того, что, вслѣдствіе преобладающаго вытягиванія ея передней стѣнки надъ широкою связкою, опухоль поддается впереди и тогда уже отодвигаетъ матку съ ея придатками взади *).

Въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, почти только при очень большихъ опухоляхъ, если внутрибрюшное давленіе постоянно увеличивается, можетъ произойти выпаденіе матки и влагалища. Но большею частью этому препятствуетъ короткость тканей, составляющихъ ножку опухоли.

Кромѣ приведенныхъ, противоположныхъ другъ другу положеній матки, встрѣчаются, хотя весьма рѣдко, еще другія: очень рѣдко положеніе матки бываетъ почти боковое и въ тоже время приподнятое вверху; чаще она имѣетъ совершенно нормальное положеніе надъ опухолью, но длинѣ проводной линіи таза. Это положеніе, столь рѣдко упоминаемое авторами и которое мнѣ случалось видѣть нѣсколько разъ, уже изображено въ сочиненіи Atlee на рис. 7 и 8. Пизли говоритъ, что оно довольно часто встрѣчается при сложныхъ мѣшечатыхъ опухоляхъ: напротивъ, при однокамерныхъ онъ наблюдалъ это положеніе только одинъ разъ. Кромѣ того, при этомъ *Portio vaginalis*, вслѣдствіе поднятія или старческой инволюціи органа, коротка, такъ что судить о направленіи полости матки можно только при помощи зонда, употребленіе котораго въ случаяхъ сомнительнаго діагноза, тѣмъ болѣе необходимо, что это относительно нормальное положеніе и направленіе влагалищной шейки свойственно преимущественно большимъ маточнымъ опухолямъ.

§ 77. Третій стадій. Опухоль достигаетъ приблизительно величины беременной въ поздніе мѣсяцы матки пли больше. Въ началѣ этого стадія всѣ явленія существенно не отличаются отъ явленій втораго стадія, до тѣхъ поръ, пока опухоль не превзошла обыкновенную величину матки *ad terminum graviditatis*; верхнія и боковыя границы опухоли еще легко опредѣлять ощущиваніемъ и даже зрѣніемъ. Хотя тонкія кишки отодвинуты взади отъ опухоли въ *fossae iliacaе*, но *Colon* всетаки лежитъ надъ дномъ опухоли, за брюшными стѣнками.

Діагнозъ кистомы яичника основывается, какъ и во всемъ второмъ стадіѣ, на слѣдующихъ данныхъ: Опухоль рѣзко ограничена вверху и по сторонамъ, но по направленію къ малому тазу границъ не видно. Поэтому очевидно, что она не исходитъ ни изъ печени, ни изъ селезенки. Если опухоль еще не поднялась очень высоко надъ пупкомъ, то ее легко обхватить сверху на такомъ протяженіи, что не трудно убѣдиться, что она не имѣетъ ретроперитонеальнаго происхожденія. Совершенно другое мы видимъ, когда опухоль имѣетъ вполнѣ срединное положеніе, плотно прилегаетъ къ брюшнымъ стѣнкамъ,—въ такомъ случаѣ мы имѣемъ предъ собою опухоль, берущую начало

*) Мнѣніе Пизли, что положеніе матки позади опухоли, когда послѣдняя приближается къ пупку, есть самое обыкновенное явленіе, противорѣчитъ мнѣнію большинства авторовъ; я также не могу согласиться съ нимъ въ этомъ.

свое изъ органовъ таза. Для отличія переполненнаго мочеваго пузыря, который можетъ симулировать, по величинѣ и формѣ своей, опухоль, необходимо употребить катетеръ. Такимъ образомъ остаются еще половые органы: тутъ остается опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ увеличеніемъ матки, вслѣдствіе растяженія ея опухолью; и то и другое въ большинствѣ случаевъ просто и легко удается: съ одной стороны матка прощупывается въ тазу не увеличенною, изолированную, рядомъ съ опухолью, бугристая форма которой положительно исключаетъ идею о беременности; съ другой же стороны, равномерная флукуація во всей опухоли говоритъ противъ кистическихъ міомъ, не кистическія же еще гораздо рѣже встрѣчаются. Вообще однимъ наружнымъ и внутреннимъ ручнымъ изслѣдованіемъ, большею частью, удается поставить вѣрный или по крайней мѣрѣ болѣе вѣроятный діагнозъ развитія опухоли въ придаткахъ матки. Что касается до рѣшенія вопроса, будетъ ли то кистома яичника или широкой связки, — то вопросъ этотъ не можетъ имѣть такого важнаго значенія.

По мѣрѣ возрастанія опухоли до размѣровъ, большихъ чѣмъ матка ad terminum, возникаютъ еще и другія измѣненія, въ свою очередь затрудняющія распознаваніе. Опухоль поднимается подъ самыя дуги ребръ, въ куполь грудобрюшной преграды; Солоп и даже желудокъ не прилегаютъ болѣе къ брюшной стѣнкѣ; только большой сальникъ еще остается впереди верхней части опухоли, не спускаясь однако, при большихъ опухоляхъ, за рѣдкимъ исключеніемъ, ниже пупочной области. Діафрагма все болѣе и болѣе отодвигаетъ легкія и сердце вверху; толчокъ верхушки послѣдняго ощущается въ 4 межреберномъ пространствѣ, а вслѣдствіе горизонтальнаго положенія органа надъ мамиллярною линіею онъ отодвигается влѣво. Справа грудобрюшная преграда достигаетъ втораго ребра; тупой звукъ селезенки трудно опредѣлить, и такъ какъ она лежитъ подъ грудобрюшною преградою, то ее трудно отграничить отъ опухоли. Всѣ кишечныя петли до того отодвинуты къзади, что ихъ можно опредѣлить перкуссіею только въ подвздошныхъ впадинахъ. Бочкообразная форма живота, зависящая отъ преобладанія продольнаго размѣра надъ поперечнымъ и переднезаднимъ, все болѣе исчезаетъ, потому что опухоль смѣщается въ стороны, встрѣчая здѣсь менѣе сопротивленія. Покровы живота все болѣе выпячиваются впередъ, образуется такъ называемый отвислый животъ. Нижнія ребра выгибаются внаружи, отчего грудная клетка кажется еще болѣе укороченною, и рѣзкая граница ея съ животомъ исчезаетъ; processus xiphoideus sterni также выгибается внаружи, что однако же не бросается такъ въ глаза. Но что всего болѣе затрудняетъ діагнозъ при такой степени растяженія, то это то, что ни вверху, ни съ боковъ нельзя ощупать границъ опухоли; ибо вверху дно ея лежитъ въ куполѣ грудобрюшной преграды и потому недоступно для ошупыванія, а въ подвздошныхъ областяхъ этому препятствуетъ толщина и напряженность стѣнонь живота.

§ 78. Затѣмъ весьма важную роль играютъ явленія, получаемыя при постукиваніи, которыя до того играли только второстепенную роль послѣ пальпаціи. Исключая случая самаго значительнаго растяженія, мы находимъ, что пустой тонъ, получаемый при постукиваніи по

самой опухоли, окруженъ сверху и по обѣимъ сторонамъ яснымъ кишечнымъ тономъ. Даже тогда, когда опухоль упирается сверху въ края ребръ или даже поднимается выше, на лѣвомъ реберномъ краѣ можно еще ясно слышать кишечный или желудочный тонъ, который еще яснѣ слышенъ въ треугольникѣ *Scrobiculi cordis*; далѣ полный кишечный тонъ слышенъ въ обѣихъ подвздошныхъ областяхъ, начиная съ середины гребешка подвздошной костизади, между тѣмъ какъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ опухоль плотно прележить къ брюшнымъ стѣнкамъ—слѣдовательно въ спинномъ положеніи больной и на самыхъ высшихъ точкахъ пупочной области—тонъ будетъ пустой. Границы пустаго тона при постукиваніи мало измѣняются при боковомъ или въ сидячемъ положеніяхъ, такъ какъ сама опухоль, по своей величинѣ, не подвергается смѣщеніямъ.

Явленіе флуктуациі въ большихъ кистахъ не всегда удастся констатировать съ одинаковою ясностью, а въ очень большихъ опухоляхъ она можетъ даже совершенно отсутствовать. Вообще же можно сказать, что при наружномъ изслѣдованіи опухолей, не достигшихъ еще до пупка, еще нельзя опредѣлить ясной флуктуациі, а находятъ только болѣе или менѣ выраженную эластическую резистенцію. Но иногда уже довольно рано удастся ясно ощущать зыбленіе, введя въ рукавъ палець, въ особенности, когда опухоль доступна ощупыванію *per vaginam*.

Но когда опухоль уже поднялась выше пупка, то ясность флуктуациі будетъ зависѣть отчасти отъ величины отдѣльныхъ полостей а отчасти отъ густоты содержащейся въ нихъ жидкости. Можетъ случиться, что даже въ опухоляхъ, достигшихъ величины беременной въ послѣдніе мѣсяцы матки и состоящихъ изъ одной полости, нельзя вызвать ощущенія флуктуациі, а только какую то неопредѣленную вибрацію. Но если отдѣльныя полости не очень велики и въ тоже время содержимое ихъ не очень жидкое, то и самыя опухоли не обнаруживаютъ флуктуациі. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣдняя легко вызывается, ее легко можно видѣть, хотя волнистое движеніе жидкости не такъ явственно какъ при *Ascites*.

Опухолямъ яичниковъ свойственны также аускультаторныя явленія: во первыхъ шумы въ сосудахъ въ нижней области живота, подобно тѣмъ, какіе слышимъ въ животѣ беременныхъ; хотя при опухоляхъ яичниковъ шумъ тотъ слышенъ очень рѣдко, и не имѣетъ большаго діагностическаго значенія. Мы еще вернемся къ нему, когда будемъ говорить о дифференціальной діагностикѣ. Въ одномъ изъ слѣдующихъ отдѣловъ мы также коснемся обнаруживаемаго иногда при этомъ шума тренія.

Остается еще упомянуть объ одномъ признакѣ, который обнаруживается какъ пальпаціею, такъ и выслушиваніемъ—это описанное уже выше коллоидное хрустѣніе (*Colloidknarren*). Я разумѣю подъ этимъ названіемъ тотъ шумъ, который слышенъ бываетъ при ощупываніи кистомъ яичниковъ и который еще лучше ощущается пальцами; онъ совершенно отличается отъ шума тренія и не можетъ быть сравниваемъ съ кошачьимъ мурлыканьемъ, слышимымъ у страдающихъ болѣзнями сердца. Ощупывающіе пальцы получаютъ ощущеніе тренія стремящейся уйти изъ подъ палець тягучей массы.

Шумъ этотъ легче всего происходитъ тогда, когда коллоидная масса, выступивъ изъ опухоли, разминается пальцами впереди ея, слѣдовательно когда кисты разрываются и содержимое ихъ выступаетъ наружу. Иногда же шумъ этотъ можно услышать и тогда, когда въ полости брюшины вѣтъ коллоидной массы; въ такомъ случаѣ, по моему мнѣнію, онъ зависитъ оттого, что въ многокамерной опухоли, желеобразная масса выжимается чрезъ узкое отверстіе изъ одной полости въ другую. Если шумъ при этомъ бываетъ слышимъ, то это можетъ зависѣть отъ созвучія со стороны прилегающихъ кишечныхъ петель. Во всякомъ случаѣ, я считаю это нерѣдко встрѣчающееся явленіе немаловажнымъ признакомъ, такъ какъ оно не только указываетъ на существованіе вообще опухоли яичника, но указываетъ въ тоже время, что опухоль коллоидная, пролиферирующая, и наконецъ оно указываетъ на происхожденіе разрывовъ.

Упомянемъ еще мимоходомъ, что проколъ опухоли можетъ служить важнымъ вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ, о чемъ впрочемъ будетъ говорено болѣе подробно впоследствии. Къ пробаторному же разрѣзу должно прибѣгать только въ крайнемъ случаѣ, о чемъ также сказано будетъ ниже.

§ 79. Въ практическомъ отношеніи еще недостаточно знать, что мы имѣемъ предъ собою опухоль яичника, но мы еще должны стараться разрѣшить слѣдующіе вопросы: есть ли опухоль *Hydros folliculi* или же пролиферирующая киста и состоитъ ли послѣдняя изъ небольшихъ кистъ или одной главной кисты? Каково содержимое кисты, жидкое или густое? Далѣе, исходить ли опухоль изъ праваго, или лѣваго, или же изъ обоихъ яичниковъ? Наконецъ, когда возникаетъ вопросъ объ оваріотоміи, то необходимо рѣшить, существуютъ ли срощенія и въ какомъ состояніи находится ножка опухоли?

Вопросъ о свойствахъ опухоли, будетъ ли то пролиферирующая киста или простая киста, рѣшается въ большинствѣ случаевъ самъ собою, на основаніи бугристой, неправильной формы опухоли. Сомнѣніе можетъ возникнуть только въ томъ случаѣ, когда мы имѣемъ дѣло съ равномерно выпуклою опухолью, не представляющею никакихъ возвышеній или легко ощущаемыхъ плотныхъ массъ. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ обращать вниманіе на резистенцію всей поверхности опухоли, и если мы находимъ ее неравновною, то можно утвердительно сказать, что эта неравновность зависитъ не отъ различной толщины стѣнокъ, а скорѣе отъ большаго числа мѣшчатыхъ полостей. Рѣшенію вопроса способствуетъ также присутствіе флукуаціи; если послѣдняя обнаруживается не вездѣ въ одинаковой степени ясною или же она вовсе не ощущается,—то навѣрное можно допустить пролиферирующую кисту. Можно сказать болѣе: если при извѣстной величинѣ опухоли, въ особенности, если она поднялась значительно выше пупка, нельзя съ точностью ощущать флукуацію,—то можно утвердительно сказать, что киста не простая; ибо простая киста имѣетъ жидкое, серозное содержимое, и при сказанной величинѣ непременно должна флукуировать. Такимъ образомъ, мы въ состояніи, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, съ достовѣрностью опредѣлить пролиферирующую кисту даже въ такихъ опухоляхъ, которыя выдаются одною куполообразною стороною своею. Однако существованіе куполообразной формы

опухоли, съ равномерной вездѣ резистенціею и явственной флукуаціею еще не даетъ намъ права исключать существованіе маленькихъ, секундарныхъ кистъ, такъ часто заключающихся внутри главной кисты и придающихъ опухоли характеръ пролиферирующей кистомы. Даже самая ясная флукуація кажущейся на видъ простой, не очень большой кисты, не исключаетъ пролиферирующей кисты, потому что иногда коллоидная масса настолько разжижается, что становится почти серозною. Свойство пролиферирующихъ кистомъ развивать секундарныя кисты преимущественно внутри главныхъ кистомъ, неоднократно приводило къ ошибкамъ, и та увѣренность, съ которою въ подобныхъ случаяхъ діагностицировали однополостную опухоль оказывалась ошибочною, если принимать слово «unilocularis» въ самомъ строгомъ, анатомическомъ значеніи его.

Если опухоль на видъ кажется однокистною и представляетъ на поверхности своей ясную флукуацію, если она росла медленно, если, несмотря на то, что опухоль достигла значительной величины, общее здоровье пациентки остается цвѣтущимъ, не замѣчаютъ ни исхуданія, ни разстройства менструаціи, при томъ нѣтъ никакихъ воспалительныхъ явленій и отековъ, — въ такомъ случаѣ можно предположить, что опухоль есть *hydrops folliculi*. Убѣдиться въ этомъ можно еще болѣе помощью прокола, послѣ котораго истекаетъ свѣтлая, неокрашенная, прозрачная, негустая жидкость, невысокаго удѣльнаго вѣса, и наконецъ, когда по истеченіи жидкости, въ животѣ не находятъ болѣе опухоли.

Первый и самый важный вопросъ состоитъ въ томъ, имѣемъ ли мы дѣло съ пролиферирующею или простою кистою, потому что отъ этого зависитъ весь планъ терапевтическаго вмѣшательства. Только при простой *hydrops folliculi* можно испытать проколъ съ цѣлью радикальнаго излеченія, между тѣмъ какъ пролиферирующая киста требуетъ эстирипацію, если нѣтъ къ тому какихъ либо противопоказаній. Изъ сказаннаго ясно, что пролиферирующую кистому еще можно принять за простую кисту, но обратное довольно трудно. Правда, Tyler Smith (*Курти Gaz. hebdomad.* 1863, стр. 522 и *Excursion chirurg. en Angleterre.* Montpellier 1864) наблюдалъ однополостную кисту, въ которой срощенія съ салъникомъ симулировали ея раздвоеніе; но случай этотъ остался одиночнымъ. Чтобы не впадать въ обыкновенную ошибку и не принять сложную опухоль за однокамерную, необходимо помнить тотъ фактъ, что *hydrops folliculi* весьма рѣдко представляетъ опухоль значительной величины.

Принявъ съ большею или меньшею вѣроятностью существованіе пролиферирующей кистомы, необходимо еще, въ виду предстоящей овариотоміи, рѣшить вопросъ, будетъ ли опухоль, по крайней мѣрѣ въ клиническомъ смыслѣ, однополостною, которую можно было бы значительно уменьшить во время операціи посредствомъ прокола; далѣе слѣдуетъ также опредѣлить жидкое ли или густое содержимое. Не всегда можно дать положительныя отвѣты на эти два вопроса. Хотя при существованіи сплошной и очень ясной, повсюду равномерной флукуаціи можно допустить существованіе главной кисты, но чѣмъ больше опухоль, тѣмъ менѣе можно поручиться, что въ главной кистѣ не помѣщаются значительныя секундарныя кисты, которыя въ огромныхъ опухоляхъ могутъ достигать величины дѣтской головки; даже

самымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ, сдѣланнымъ до прокола или экстирпаціи, не удастся открыть присутствіе этихъ побочныхъ кистъ.

Также легко ошибиться и въ отношеніи густоты содержимаго. Если напряженіе стѣнокъ кисты значительно, то флукуація будетъ почти одинакова при густоватомъ и при жидкомъ содержимомъ, между тѣмъ какъ при слабо натянутыхъ стѣнкахъ уже самымъ слабымъ постукиваніемъ пальцами легко убѣдиться въ флукуаціи содержимаго. Въ литературѣ извѣстны многіе приѣмы, гдѣ, не смотря на ясную флукуацію, послѣ сдѣланнаго прокола изъ трубочки ничего не вытекало, вслѣдствіе тягучести содержимаго кисты. Изслѣдованіемъ нельзя опредѣлить, содержитъ ли киста гной или кровь; здѣсь возможна догадка только на основаніи анамнеза, когда послѣдній указываетъ на вѣроятность бывшаго воспаленія внутренней стѣнки кисты или на переручиваніе ножи.

§ 80. Весьма рѣдко можно рѣшить съ точностью вопросъ, съ которой стороны началось заболѣваніе; тутъ приходится довольствоваться большею или меньшею вѣроятностью. Если опухоль еще не достигла значительной величины, не вышла еще изъ таза, и лежитъ почти сбоку матки, то вопросъ рѣшается самъ собою; въ другихъ же случаяхъ можно руководствоваться слѣдующими данными: во первыхъ анамнезомъ, который впрочемъ имѣеть нѣкоторое значеніе только тогда, когда мы можемъ убѣдиться изъ рассказовъ, что небольшая опухоль лежала совершенно сбоку; далѣе важное значеніе имѣеть положеніе матки, которая занимаетъ въ высшей степени боковое положеніе въ самомъ тазу или надъ нимъ. Невиолнѣ боковое положеніе матки, какъ это обыкновенно бываетъ, а также положеніе ея справа, у задней стѣнки таза, лишено всякаго значенія.

Наконецъ положеніе кишекъ можетъ также говорить въ пользу той или другой стороны, если мы убѣдимся повторнымъ изслѣдованіемъ, что съ одной стороны позвоночнаго столба, позади опухоли, вовсе нѣтъ кишекъ или ихъ весьма мало. Въ невѣрности этого признака я убѣдился собственнымъ опытомъ.

Единственнымъ вѣрнымъ указателемъ стороны заболѣванія служитъ ножка, хотя въ случаяхъ очень большихъ опухолей ее почти никогда не удастся прощупать, даже чрезъ прямую кишку; поэтому діагностика и въ этомъ отношеніи всегда почти будетъ сомнительною. Къ счастью это не имѣеть никакого значенія въ терапевтическомъ отношеніи. Прибавимъ еще, что большее или меньшее выступленіе опухоли съ одной стороны срединной линіи здѣсь не играетъ никакой роли; равнымъ образомъ не имѣеть никакого рѣшающаго значенія и разннца разстояній между обѣими Spin. ant. sup. oss. il. и пупкомъ.

Гораздо важнѣе, если можно заранѣе распознать двусторонность заболѣванія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это удается съ большею или меньшею вѣроятностью, въ особенности въ томъ случаѣ, когда опухоли не велики, не превышаютъ величины человѣческой головы и еще не плотно прилегаютъ другъ къ другу. Напротивъ, если онѣ уже достигли значительной величины, то видимая на нихъ глубокая борозда, раздѣляющая ихъ на два отдѣла, ничего еще

не доказываетъ, такъ какъ можетъ случиться, что отдѣльныя кисты въ одной и той же опухоли замѣтно отдѣляются отъ главной кисты, въ особенности когда въ борозду помѣстился сальникъ и сросся съ опухолью. Подвижность той или другой части опухоли имѣть большее значеніе какъ признакъ, хотя она рѣдко имѣетъ мѣсто уже вслѣдствіе ограниченности пространства. Въ большинствѣ случаевъ распознаваніе двусторонняго заболѣванія дѣлается невозможнымъ отъ того, что одинъ яичникъ находится только въ началѣ перерожденія и, будучи еще очень малъ, лежитъ такъ глубоко, что не доступенъ ощупыванію. Въ томъ случаѣ, когда по формѣ опухоли можно съ вѣроятностью предположить двустороннее заболѣваніе,—эта вѣроятность получаетъ большую силу, если, не смотря на хорошее состояніе здоровья вообще, у пациентки не существуетъ менструаціи; напротивъ, при истощенности организма, аменоргоеа не имѣетъ того значенія. При этомъ не должно забывать, что какъ аменоргоеа, такъ и развитіе второй опухоли рядомъ съ существовавшею уже опухолью яичника можетъ зависѣть еще отъ другой причины, а именно отъ осложненія беременностью.

Мнѣ извѣстенъ случай, гдѣ у молодой женщины, страдавшей опухолью одного яичника, принимавшій въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ (за 4 недѣли до родовъ), беременную матку за заболѣвшій второй яичникъ, единственно по той причинѣ, что пользовавшему врачу, имѣвшему въ виду общественное положеніе незамужней больной, не могло въ голову придти подозрѣніе о беременности. — Основываясь на томъ, что менструація появилась во время, не смотря на то, что огромной величины опухоль (вѣсомъ въ 60 фунт.) была раздѣлена глубокою бороздою, я былъ убѣжденъ, что болѣзнь ограничивалась однимъ только яичникомъ; но при оваріотоміи оказалась двухсторонняя, почти равной величины, киста.

§ 81. Распознаваніе срощеній. Много было сдѣлано попытокъ отыскать вѣрныя признаки существованія или отсутствія паріетальныхъ срощеній. Въ прежнія времена, когда большая часть начатыхъ оваріотомій не доводилась до конца по причинѣ паріетальныхъ срощеній, распознаваніе послѣднихъ имѣло гораздо большее значеніе, чѣмъ теперь, когда мы умѣемъ лечить ихъ съ большимъ успѣхомъ, и когда даже самыя обширныя срощенія не служатъ болѣе противопозаціемъ къ оваріотоміи. Тѣмъ не менѣе и въ настоящее время весьма пріятно знать заранее, встрѣтимся ли мы съ обширными срощеніями или нѣтъ.

Иногда очень легко удастся распознать обширныя срощенія опухоли съ брюшными покровами, въ другихъ же случаяхъ съ такою же достовѣрностью можно убѣдиться въ ихъ отсутствіи, хотя нельзя утверждать, чтобы такіе случаи встрѣчались часто. Только въ томъ случаѣ, когда опухоль еще не поднялась выше пупка и брюшныя стѣнки не очень напряжены, то, при отсутствіи срощеній или же, если они не обширны, можно передвигать опухоль въ обѣ стороны, при чемъ не трудно убѣдиться, что она свободно смѣщается подъ брюшными покровами, не увлекая ихъ за собою; если эти послѣдніе не толсты и не напряжены, то ихъ даже легко поднять надъ опухолью въ складку. И наоборотъ, если опухоль двигается въ стороны вмѣстѣ съ брюшными стѣнками, то, даже при умѣренной величинѣ ея, слѣдуетъ ожидать обширныхъ срощеній.

Явленія эти еще труднѣе констатировать, когда стѣнки живота будутъ очень толсты и напряжены. Въ большинствѣ случаевъ врачу приходится наблюдать такія опухоли въ то время, когда онѣ уже достигли такого огромнаго объема, что смѣщеніе ихъ значительно ограничено пространствомъ.

Если однимъ смѣщеніемъ опухоли нельзя достигнуть положительнаго результата, то слѣдуетъ обращать вниманіе на слѣдующія явленія. Положивъ больную на спину, ее заставляютъ дѣлать глубокія вдыханія, наблюдая при этомъ не сдвигается ли верхній край опухоли внизу. При отсутствіи или незначительности срощеній опухоль можетъ сдвигаться подъ брюшною стѣнкою на протяженіи 5 цтм. внизъ. Если зрѣніемъ нельзя опредѣлить верхушку опухоли, то прибѣгаютъ къ постукиванію. При очень большихъ опухоляхъ, надъ которыми нѣтъ пелель кишекъ, не можетъ быть рѣчи объ этомъ способѣ изслѣдованія. Bird втыкалъ чрезъ брюшныя покровы въ опухоль иголки и по маятникообразнымъ движеніямъ ихъ заключалъ о присутствіи или отсутствіи срощеній. Я много разъ прибѣгалъ къ этому опыту предъ самымъ началомъ овариотоміи, и убѣдился въ пользѣ его. Поэтому, не смотря на отрицаніе Sp. Wells'a, весьма возможно, что способъ этотъ снова войдетъ въ употребленіе; затрудненіе при этомъ зависитъ отчасти отъ того, что трудно съ точностью опредѣлить толщину брюшныхъ покрововъ; а трудность выводить заключеніе изъ качанія иглы зависитъ большею частью отъ весьма незначительнаго сдвиганія вверхъ и внизъ большихъ опухолей. В. А. Фрейдъ пользовался тѣмъ же способомъ для опредѣленія присутствія срощеній при прокслахъ.

Впрочемъ, даже очевидное перемѣщеніе границъ перкуссіи не можетъ служить вѣрнымъ доказательствомъ отсутствія срощеній. Sp. Wells 3 или 4 раза наблюдалъ явственное перемѣщеніе перкуссіоннаго тона и несмотря на это, во время экстирпаціи найдены очень плотныя срощенія. Онъ объясняетъ это противорѣчіе длиною существовавшихъ нитеобразныхъ срощеній, допускавшихъ еще значительное передвиженіе опухоли подъ брюшными покровами. Но и помимо этого, извѣстнаго каждому оператору, вида срощеній, очень возможна ошибка, въ особенности, когда опухоль срослась только нижнею своею частью, а верхняя осталась свободною. Въ такомъ случаѣ ничто не помѣшаетъ кишкамъ во время вдыханія помѣститься между опухолью и брюшною стѣнкою, — что мнѣ и случилось наблюдать въ одномъ случаѣ предъ самою операціею.

Еще менѣе вѣрны другіе признаки, напр. признакъ, указанный S. Lee, утверждающимъ, что опухоль иногда входитъ промежь Mm. recti abdominis и выпячивается на подобіе брюшной грыжи. Это явленіе можетъ случиться и безъ срощеній, если больная изъ спиннаго положенія приподнимается безъ опоры; но если это явленіе выражено въ значительной степени, то нельзя отнять у него значенія вѣрнаго признака. Однако, должно замѣтить, что весьма часто вовсе не бываетъ промежутка между названными мышцами, а съ другой стороны, плотныя, натянутыя стѣнки опухоли не позволяютъ ей измѣнять свою форму. Въ томъ и въ другомъ случаѣ этого признака не будетъ, даже при отсутствіи срощеній.

Далѣе приписывали значеніе діагностическаго признака шуму тренія, ощущаемому положенною на опухоль рукою или слышимому ухомъ треску,

получаемому отъ тренія новой кожи. Не подлежитъ сомнѣнiю, что тамъ, гдѣ можно констатировать это треніе, не можетъ быть рѣчи о сросченіяхъ. Но нельзя не согласиться съ Скандони, утверждающимъ, что тѣмъ вѣрнѣе можно ожидать сросченій въ другихъ мѣстахъ. Wells, напротивъ, увѣряетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ не находятъ сросченій, хотя раньше былъ слышенъ шумъ тренія.

Вообще слѣдуетъ принять за правило, что опухоли, превосходящія величиною беременную въ послѣдніе мѣсяцы матки, почти никогда не бываютъ свободны отъ обширныхъ паріетальныхъ сросченій. При равной величинѣ опухоли скорѣе можно рассчитывать, что опухоль свободна отъ сросченій, чѣмъ быстрѣе она выросла. Кейтъ обращаетъ вниманіе на частое совпаденіе сросченій съ беременностью.

Далѣе, не слѣдуетъ оставлять безъ вниманія анамнестическіе моменты. Если можно доказать пораженіе брюшины, или если часто имѣла мѣсто продолжительная боль, то съ большею вѣроятностью можно предположить сросченія; тоже самое должно сказать, если при давленіи на ограниченное мѣсто довольно большой опухоли долгое время ощущалась боль.

Наконецъ очень хорошее вспомогательное средство представляетъ одновременно существующая брюшная водянка. Значительная Ascites, отдѣляющая всю переднюю поверхность опухоли отъ брюшныхъ покрововъ, какъ это нерѣдко бываетъ при твердыхъ опухоляхъ яичниковъ, весьма рѣдко встрѣчается при чисто мѣшечатыхъ опухоляхъ яичниковъ; понятно, что присутствіе ея доказываетъ отсутствіе паріетальныхъ сросченій. Гораздо чаще, въ особенности при значительныхъ, бугристыхъ кистахъ, наблюдаютъ накопленіе небольшого количества водяночной жидкости между переднею стѣнкою опухоли и брюшными покровами, причемъ самое легкое нажатіе пальцемъ вызываетъ видимыя волнообразныя движенія. До тѣхъ поръ пока существуютъ эти волнистыя движенія, можно быть увѣреннымъ что сросченій съ стѣнкою живота нѣтъ. Но волны эти ограничены очень небольшимъ отрѣзкомъ, границы котораго очень явственны, такъ какъ онѣ образуются паріетальными сросченіями. Иногда на передней сторонѣ большой опухоли можно наблюдать нѣсколько такихъ отрѣзковъ, характеризующихся ясными границами, образуемыми сросченіями. Иногда можно такимъ образомъ съ достовѣрностью опредѣлить значительное протяженіе сросченій, но въ тоже время мы узнаемъ и тѣ мѣста, гдѣ ихъ нѣтъ. Последнее обстоятельство представляетъ то удобство, что при оваріотоміи можно вѣрнѣе попасть между опухолью и брюшными покровами. Впрочемъ, весьма вѣроятно, что эти небольшія водяночныя накопленія произошли уже послѣ сросченій, на основаніи закона Ноттог васи, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ брюшныя покровы переходятъ чрезъ борозду опухоли въ видѣ мостика.

§ 82. Послѣ паріетальныхъ сросченій чаще всего встрѣчаются сросченія сальника, которыя гораздо важнѣе первыхъ отчасти уже потому, что онѣ представляютъ большія затрудненія при оваріотоміи, а отчасти потому, что ихъ трудно обойти при проколѣ. Къ сожалѣнiю мы не обладаемъ почти никакими точками опоры для распознаванія этихъ сросченій. Правда, иногда

удается опущать сальникъ въ видѣ мягкой массы, помѣщающейся впереди опухоли, а иногда слышна врезитация при смѣщеніи ея; но опредѣлить срощенія сальника или ихъ отсутствіе никогда не удастся. Только одинъ разъ, въ случаѣ пупочной грыжи, мнѣ удалось предъ самую операцію узнать сальникъ, лежавшій въ видѣ мягкой массы вмѣстѣ съ кишечными петлями въ грыжевомъ мѣшкѣ, при чемъ чрезъ тонкую кожу грыжеваго мѣшка ясно можно было ощупать и самыя срощенія. Вѣрность этого діагноза подтвердилась при операціи.

Вообще можно сказать, что при очень большихъ опухоляхъ, надъ которыми еще слышенъ кишечный тонъ, можно, съ большою вѣроятностью, предположить срощенія сальника; предположеніе это еще болѣе подтверждается необыкновенными разстройствомъ со стороны желудка.

Столько же трудно или даже невозможно распознать не менѣ важныя срощенія внутренностей. По наблюденіямъ Кеберлѣ, столь часто встрѣчающіяся ненормальности менструаціи часто сопровождаются срощеніями съ органами брюшной полости. Такія срощенія узнаются иногда помощью парацентезы; ихъ можно даже локализовать, если они обнимаютъ печень и селезенку. Даже опорожненная киста остается срощенною вверху, въ чемъ нетрудно убѣдиться частью ощупываніемъ, частью же перкуссією. Распознаваніе легче бываетъ въ томъ случаѣ, когда изъ проколотовъ главной кисты исходятъ кверху побочныя кисты, которыя образуютъ и послѣ прокола въ верхней части живота возвышенія, между тѣмъ какъ нижняя часть живота остается пустою. Такъ, мнѣ случилось наблюдать у одной больной, у которой я уже два раза дѣлалъ проколъ, что послѣ опорожненія всей жидкости, въ животѣ не осталось и слѣдовъ опухоли; но послѣ сдѣланнаго впослѣдствіи 3-го прокола въ сторонѣ селезенки осталась киста, величиною въ кулакъ. Во время экстирпаціи, предпринятой послѣ другимъ операторомъ, упомянутая киста найдена сросшеюся съ селезенкою.

Важнѣйшія изъ всѣхъ суть срощенія съ органами таза: съ маткою, съ широкою связкою другой стороны, съ прямою кишкою и съ брюшиною основанія таза и наконецъ съ мочев. пузыремъ.

Срощеніе послѣдняго органа съ опухолью не невѣроятно въ томъ случаѣ, когда послѣ искусственнаго опорожненія пузыря, катетеръ проникаетъ далеко вверхъ и значительно уклоняется въ сторону. Срощенія же съ прочими органами малаго таза можно предположить тогда, когда часть опухоли глубоко вдается въ тазъ и не обнаруживаетъ тамъ никакой подвижности. Случается также, что изъ нижней поверхности опухоли исходитъ одна или нѣсколько, значительно возвышающихся кистъ и вдающихся въ малый тазъ. Иногда однакоже удается доказать ея значительную подвижность, смѣщая опухоль сверху внизъ; или же вправленіемъ ея изъ таза, въ особенности при колѣно-локтевомъ положеніи больной (*à la vache*). Въ другихъ случаяхъ, названныя части, напротивъ, совершенно подвижны и прилегаютъ довольно плотно и равномерно къ дну Дугласова пространства; въ такомъ случаѣ нельзя сомнѣваться въ срощеніи ихъ.

Въ связи опухоли съ прямою кишкою легко убѣдиться прямымъ изслѣдова-

нієм per rectum. Очень часто трудно достигнуть положительнаго результата. Неподвижность матки также говорит за существованіе срощеній въ тазу, въ особенности, если тазъ свободенъ отъ другихъ болѣзненныхъ продуктовъ, не великъ, и сама опухоль небольшого объема. Далѣе, высокое положеніе матки составляетъ дурной признакъ и даетъ право подозрѣвать срощенія. Когда вслѣдствіе высокаго положенія матки и короткости portio vaginalis трудно убѣдиться помощью пальца въ подвижности этого органа, то прибѣгаютъ къ помощи зонда. Но недолжно забывать, что недостаточная подвижность, а также высокое положеніе матки могутъ зависѣть отчасти отъ короткости ножки опухоли. Отекъ бедра очень легко происходитъ не только отъ присутствія части опухоли въ тазу, но и отъ образовавшихся тамъ срощеній.

§ 83.

Литература: Tixier: Le pédicule et son traitement après l'opération de l'ovariotomie. Thèse, Strassb. 1869; и Arch. génér. Juillet 1870.—Erichsen: Association med. Journ. Jan. 13. 1854. стр. 37. Exc.: Monatschr. f. Gebkde. Bd. 4. 1854. стр. 313. — Rost: Der Stiel der Ovarientumoren. Diss. Breslau 1869.

Діагностика свойства ножки. Чрезвычайно рѣдко удается при слабо натянутыхъ брюшныхъ покровахъ и небольшихъ опухоляхъ обхватить ножку снаружи и убѣдиться въ свойствахъ ея. Въ одномъ случаѣ мнѣ удалось, такимъ образомъ, ощупать съ большою ясностью тонкую, очень длинную ножку. Большею же частью приходится составлять себѣ понятіе о длинѣ ножки по другимъ, побочнымъ признакамъ, изъ которыхъ Кеберлѣ (Diss. Tixier'a) указываетъ на слѣдующіе: значительная подвижность и высокое положеніе матки, а также совершенное отсутствіе въ маломъ тазу частей опухоли указываютъ на длинную ножку, причемъ опухоль обнаруживаетъ склонность къ образованію такъ назыв. отвисшаго живота.

Само собою разумѣется, что и тутъ могутъ быть исключенія. Въ пользу короткости ножки, прежде всего говоритъ глубокое положеніе опухоли при неподвижности матки. Если матка выпадаетъ, то можно заключить о достаточной длинѣ ножекъ, въ чемъ Менцель (Wien. med. Wochenschrift 1874 № 47) имѣлъ случай убѣдиться. Если ножка перекручена, то, не смотря на ея длину, она можетъ симулировать явленія короткой ножки; въ такую ошибку впалъ Sp. Wells въ его 106 наблюденіи.

ГЛАВА XVI.

Дифференціальная діагностика кистомъ.

Литература: Bright: Cincical memoirs on abdominal tumours. London 1868.

О пароваріальныхъ кистахъ: Verneuil: Mémoires de la soc. de chir. IV. 1854. стр. 58. — Kiwisch: Klinische Vorträge Bd. II. — Lawson Tait: Diseases of

the ovaries. 1874. London. — Hennig: Montsschr. f. Gebkde. XX 1862.—Transact. of the obst. Soc. of London V. VIII. XIV. XV. (Bantock, Meadows, Wynn Williams, Clay.) — Koeberlé: Gaz. méd, Strassb. 1873. стр. 187. — Bird: Med. times 1851. July 19. — Panas: Mouvement méd. 1875 и Arch. de Tocologie 1875. стр. 206.—Bantok: Obst. J. of gr. Britain. May 1873.—Spiegelberg: Arch. f. Gyn. I. стр. 482. — Waldeyer: Ibidem стр. 263—Westphalen: Arch. f. Gyn. VIII. 1. стр. 89. 1876.—Schatz: Arch. f. Gyn. IX. стр. 115. 1876. — Gusserow: Ibidem IX. стр. 478. — Thornton: Med. tim. and gaz. April 10. 1875.

О фиброкистических опухолях: Sp. Wells: Transact. path. Soc. XIV. стр. 204. Brit. med. Journ. 1866. стр. 399. Med. chir. transact. Vol. IV. — Ch. Lee: Remarks upon the diagnosis of ovarian tumors from fibro-cystic tumors of the uterus. New-York med. J. 1871. Vol. XIV. 5 стр. 449. — Koeberlé: Gaz. hebd. 1869. стр. 163. — Caternault: Essai sur la gastrotomie. Paris 1866. Thèse. — Boyd: Amer. J. of med. Sc. 1856. — Sawyer: Ibidem 1860. стр. 46.—H. Storer: Ibidem 1866. Jan.— Kidd: Dubl. J. of med. Sc. Jan. 1872. стр. 39. — Péan et Urdy: Hystaérotomie. 1873. стр. 117. — Leopold: Die soliden Eiertocksgeschwülste. Arch. f. Gyn. VI. 1874. — Heer: Ueber Fibrocysten des Uterus. Diss. Zürich 1874. — Spiegelberg: Die Diagnose der cystischen Myome des Uterus. Arch. f. Gyn. VI. 1874. стр. 341. — Rein: Arch. f. Gyn. IX. стр. 414.—Holmer: Wien. med. Wochenschr. 1866. стр. 66. — Routh: Lond. obst. transact. VIII. 1867. стр. 122.

Объ опухолях почек: Sp. Wells: перев. Grenser'a стр. 152. seqq. и Dub. J. of med. Sc. Febr. 1867. — Kirsten: Montsschr. f. Gebk. 1863. Suppl.-Hft. — H. C. Rose: Lancet. May 23. 1868 или medico-chir. transact. 1868. Bd. 51. стр. 167.—Glass: Philos. transact. 1847. — Dumreicher: Wien. med. Halle 1864. стр. 139 и Wochenbl. d. Wiener Ae. 1864. стр. 104.—Roberts: On urinary and renal diseases.—A. R. Simpson Glasgow med. J. II. 1867.—Edinb. med. J. XIII. 1867 стр. 468.—Simon: Berl. klin. Wochenschr. 1869. стр. 23 и Chirurgie der Nieren Thl. II. стр. 203.—Morris: Med.-chir. transact. 1876. стр. 227. — Peaslee: Ovarian tumours стр. 157, — Hall Davis и Lawson: Edinb. me. Journ. April 1865. — Rayer: Mal. des reins. 1841. III. стр. 487: — Rosenstein: Nierenkrankheiten. — Heller: Arch. f. klin. Med. V. стр. 267. — Martini (Simon); Deutsche Klinik. 1868. No. 1. — Krause (Baum): Langenbeck's Arch. VII. стр. 219. — Wheeler: Boston gyn. Journ. V. стр. 199 и 264. — Bufe: Diss. Breslau 1867. Ueber Irrthümer, welche bei Ovariotomien vorgekommen sind. — Cazeaux: Thèse de Paris 1844. стр. 126. — Frankel: Ueber einen Fall von doppelseitiger, enormer Hydronephrose. Arch. f. Gyn. VII. стр. 356: 1874.

Случаи эхинококковъ въ почкахъ: Spiegelberg. Arch. f. Gyn. I. 1870. стр. 146 и III. 1872. стр. 271.—Maunoir: Essai sur le diagnostic des tumeurs. Paris 1861.

Случаи карциномъ почекъ: Sp. Wells: перев. Grenser'a стр. 148.—Cazeaux: Thèse стр. 126.

Опухоли селезенки: Taignot: L'Expérience 1840. стр. 51.—Péan: Ovari-otomie et Splénotomie. 2 édit. Paris 1869. стр. 130.—Hillairet: Essai sur les grossesses utérines, abdominales. Annales de la chirurgie française et étrangère Sept. 1844.

Опухоли печени: Bryant: Guy's Hosp. reports t. XIV. 1869. стр. 216.—Atlee: Diagnosis of ovar. tumours. стр. 130.

Опухоли брюшины: Carcinomata. Lücke u. Liebs: Beitrag zur Ovari-otomie und zur Kenntniss der Abdominalgeschwülste. Arch. f. path. Anat. Bd. 41. 1867. стр. 1. — Routh: Obst. J. of gr. Britain. 1874. стр. 13.

Hydrops saccatus: Cruveilhier: Traité d'anatomie pathol. Bd. III. стр. 518.—Hawkins: Med. chir. transact. Bd. XVIII. стр. 175.—Chantourelle: Arch. de méd. 1831. Bd. XXVII, стр. 218.—Abeille: Traité des hydropisies et des kystes. Paris 1852. стр. 519—587. — Montet: Gaz. hebdomad. 3. Mai 1872. No. 18. — Péan: Peritonite chronique enkystée prise pour un kyste de l'ovaire. Gaz. méd. de Paris 1873. No. 18. — W. Atlee: A peritoneal inflammatory cyst resembling an ovarian tumour. Amer. J. of med. Sc. 1872. стр. 133. July и Diagnosis of ovar. tumours стр. 160. — Peaslee:

Ovarian tumors стр. 155. Lancet. 1864. стр. 500, — Buckner: Amer. J. of med. Sc. Oct. 1852, сообщ. Baker Brown стр. 78. — E. Mears: Transact. of the college of physicians. Philad. 1875 (Exc. in Arch. génér. de méd. Mai 1876).

Эхинококки: Scheerenberg. Virchow's Arch. Bd. 46. стр. 392.—Newman: Transact. obst. Soc. of London. Vol. IV. 1863- стр. 169.—Sp. Wells: Grenser стр. 114.—A. Neisser: Die Echinococcuskrankheit 1877.—Schatz: Arch. f. Gyn. IX. стр. 115.

§ 84. Смотри по величинѣ опухоли яичника, діагностическія ошибки бываютъ весьма разнообразны; поэтому мы и здѣсь отдѣляемъ первый стадій отъ послѣдующихъ. До тѣхъ поръ, пока опухоль находится еще въ маломъ тазу, необходимо имѣть въ виду слѣдующія патологическія состоянія:

1) Внѣперитонеальные эссудаты. Ихъ почти всегда можно легко и вѣрно отличить по ихъ неподвижности, неправильной формѣ и плотности, болѣзненности и по особенному свойству ихъ прилаживаться и располагаться на стѣнкахъ таза, на влагалищномъ сводѣ и на органахъ тазовой полости, а иногда они переходятъ въ формѣ плоскихъ массъ и на Fossae iliacaе; далѣе они, даже достигнувъ величины кулака и болѣе, занимаютъ совершенно боковое положеніе въ отношеніи къ маткѣ, или же, находясь позади или около послѣдней, они могутъ до того глубоко опускаться въ нижнее тазовое пространство, что уже изъ этого одного явствуетъ ихъ внѣбрюшинное мѣстопробываніе. Кромѣ того, образъ происхожденія этихъ эссудатовъ, сопровождающійся лихорадочнымъ состояніемъ, болью, а также и то, что въ большинствѣ случаевъ имъ предшествовало послѣродовое состояніе,— все это облегчаетъ ихъ распознаваніе. Могло случиться, что имъ предшествовало оперативное вмѣшательство, вызвавшее Parametritis; наконецъ, при дальнѣйшемъ наблюденіи, не трудно убѣдиться, что эссудатъ все болѣе и болѣе уменьшается въ объемѣ, становясь въ тоже время все тверже.

2) Инкапсулированные брюшинные эссудаты. При изложеніи общей діагностики я уже упоминалъ, какъ трудно бываетъ иногда опредѣлить при Perioophoritis съ образованіемъ эссудата, находится ли внутри эссудата перерожденный яичникъ или нѣтъ. Кромѣ такихъ незначительныхъ эссудатовъ, которые образуются вокругъ перерожденного яичника, встрѣчается самостоятельное инкапсулированіе брюшиннаго эссудата, образующаго въ полости таза опухоли, величиною въ кулакъ. Онѣ лежатъ частью сбоку, частью позади матки; впрочемъ этого рода эссудаты очень рѣдко встрѣчаются внѣ послѣродоваго состоянія. И тутъ, какъ и при параметрическихъ эссудатахъ, должно имѣть въ виду анамнезъ, въ особенности предшествовавшее или продолжающееся еще лихорадочное состояніе, далѣе неподвижность и болѣзненность опухоли, одновременное разлитое припуханіе влагалищнаго свода. Объ отличіи этихъ болѣзненныхъ состояній отъ абсцессовъ яичниковъ уже было говорено выше (§ 22).

§ 85. 3) Haematocoele retrouterina. Свѣжая заматочная кровяная опухоль можетъ въ цѣломъ или по мѣстамъ флукутировать и этимъ самымъ имитировать мѣшечатую опухоль яичника; но тѣ мѣста, на которыхъ нельзя обнаружить зыбленія, не представляютъ того напряженно-эластическаго или твердаго

ощущения какое представляет опухоль яичника на мѣстахъ, гдѣ нѣтъ большихъ полостей. Если Haematocoele не флукуируетъ, то она скорѣе представляется полумягкою, подобно кровяному сгустку. При нѣсколько продолжительномъ наблюдении, не трудно убѣдиться, что консистенція отдѣльныхъ частей опухоли мѣняется изъ болѣе мягкой въ плотную, чего не бываетъ при опухоляхъ яичниковъ. Haematocoele большого размѣра рѣдко протекаетъ безъ значительной боли, исчезающей съ ослабленіемъ перитонита. Границы опухоли со стороны *laquea vaginae* обозначены, а по сторонамъ онѣ сливаются съ окружностью. Вправимость опухоли яичника только тогда имѣетъ значеніе, когда она возможна въ значительной степени, потому что и Haematoma нерѣдко удается поднять вверху. Только совокупность всѣхъ явленій, сопровождающихъ заматочную кровяную опухоль, можетъ имѣть діагностическое значеніе. Явленія эти напоминаютъ собою острое заболѣваніе, сопровождающееся болѣе или менѣе сильными воспалительными припадками, рвотою и т. д.; болѣею частью бываетъ также лихорадочное состояніе, весьма часто наблюдаются припадки острой анемии и почти всегда явленія, характеризующія острое происхожденіе тазовой опухоли вообще.

Случаи смѣшенія Haematocoele съ опухолями яичниковъ были вообще рѣдко наблюдаемы; только Voinet (*Mal. des ovaires* стр. 203) упоминаетъ, что въ 3 случаяхъ онѣ принималъ Haematocoele за кисту яичника и что только послѣ сдѣланнаго имъ прокола, при чемъ вытекла черная кровь, онѣ убѣдился въ своей ошибкѣ.

Относительно діагноза смотри также у Гегара: случай Haematocoele *retrouterina*. *Monatscht. f. Gebkde* 1861, Juni; и у Ольсгаузена: о Haematocoele и Haematometra. *Arch. f. Gyn.* 1. стр. 24. 1870.

Sp. Wells (перев. Грензера. стр. 164) также сообщаетъ случай Haematocoele, перешедшей въ нагноеніе, который былъ распознанъ, не смотря на то, что здѣсь очень легко можно было предположить воспалительную опухоль яичника.

§ 86. 4) *Hydrops tubae* и *Haematosalpinx* рѣдко подають поводъ къ смѣшенію, такъ какъ болѣзни эти не вызываютъ особенныхъ страданій. Тѣмъ не менѣе, если опухоль яичника лежитъ совершенно сбоку, если она невелика и эластична, то можетъ возродиться сомнѣніе, нѣтъ ли тутъ водянки трубы. Но и тутъ возможно избѣгнуть ошибки, если имѣть въ виду, что опухоль при водянкѣ трубы имѣетъ болѣе продолговатую форму, иногда змѣеобразно извивающуюся и, по мѣрѣ приближенія къ маткѣ, все болѣе суживающуюся; далѣе изъ опыта дознано, что *hydrops tubae* всегда бываетъ двухстороннею и рѣдко достигаетъ величины, болѣеи гусиного яйца. Ошибка однакоже возможна потому еще, что срединную часть трубы легко принять за ножку опухоли яичника; въ особенности же легко впасть въ ошибку, когда жидкое содержимое трубы истекаетъ по временамъ чрезъ матку, при чемъ опухоль уменьшается въ объемъ. Въ такомъ случаѣ предстоитъ рѣшить вопросъ, есть ли киста только расширенная труба или же это трубно-яичниковая киста. Случай, цитируемый Peaslee (*ovarian tumor* стр. 104), въ которомъ двукратнымъ проколомъ выпущено

было сперва 15, а потомъ 18 фунтовъ жидкости, нельзя считать за водянку трубы, такъ какъ онъ самъ говоритъ, что на сторонѣ этой кисты не найдено и слѣдовъ трубы и яичника. Равнымъ образомъ мало заслуживаетъ довѣрія и случай де Гаёна (*Rat. med. Liber III. стр. 29*), въ которомъ труба содержала будто бы 32 ф. жидкости и вѣсила 7 фунтовъ, или случай Волпет'а (*Sepulchretum anatomicum lib. III. sect. 21. наблюд. 39*), въ которомъ труба содержала 13 ф. жидкости.

Точно также въ случаѣ Бейгеля (стр. 529), сопровождавшемся явленіями *Hydrops ovarii profusus*, скорѣе можно было предположить трубно-яичниковую кисту, чѣмъ простую водянку трубы; но діагнозъ остался сомнительнымъ, такъ какъ вскрытія не было сдѣлано.

Вообще, должно сознаться, что въ случаяхъ небольшихъ опухолей, рѣдко возможно дать себѣ точный отчетъ, имѣемъ ли мы дѣло съ простымъ расширеніемъ трубы, или съ кистою яичника или наконецъ съ сложною кистою. Но если опухоли будутъ величиною въ кулакъ или болѣе, то не можетъ быть и рѣчи о простой водянкѣ.

Изъ литературы намъ извѣстенъ единственный случай ошибочнаго діагноза, гдѣ, по разсказамъ Арана (*Mal. des femmes стр. 1061*), Рекамье, принявъ кисту трубы за кисту яичника, сдѣлалъ операцію, кончившуюся несчастливо.

§ 87. 5) Что касается до вѣматочной беременности, то трубная беременность рѣдко становится предметомъ наблюденія, такъ какъ при ней обыкновенно рано наступаетъ летальный исходъ, а въ началѣ она не сопровождается никакими выдающимися признаками. Ошибка скорѣе возможна въ первые мѣсяцы междуточной или брюшной беременности, такъ какъ въ этомъ случаѣ плодъ еще нельзя ощупать, никакихъ шумовъ не слышно; между тѣмъ какъ зародышевый мѣшокъ лежитъ въ маломъ тазу или, при междуточной беременности, онъ выходитъ съ одной стороны дна матки. Правда, отсутствіе менструаціи, которой обыкновенно также не бываетъ въ первые мѣсяцы вѣматочной беременности, можетъ возбудить подозрѣніе о беременности; подозрѣніе можетъ быть подтверждено существованіемъ другихъ вѣроятныхъ, но далеко не вѣрныхъ признаковъ, какъ напр: сочность слизистой оболочки половыхъ частей. Сомнѣніе можетъ быть разрѣшено только дальнѣйшимъ наблюденіемъ, если раньше этого не выдѣлится отпадающая оболочка. Отсутствіе казуистики по этому вопросу объясняется отчасти рѣдкимъ появленіемъ вѣматочной беременности, отчасти же тѣмъ, что въ раннихъ періодахъ она обращаетъ на себя вниманіе только въ случаѣ разрыва матки.

§ 88. 6) *Retroflexio uteri gravidi*, въ извѣстномъ періодѣ, напр. въ 3—4 мѣсяцѣ, представляетъ полуплотную, шаровидную опухоль, которую легко ощупать въ заднемъ сводѣ влагалища; *Portio vaginalis* поддается впередъ,—въ такомъ случаѣ очень легко предположить смѣшеніе всей матки лежащею позади нея опухолью яичника. Но принимая во вниманіе отсутствіе менструаціи, появленіе острыхъ признаковъ ущемленія, въ особенности же за-

держаніе мочи, все это можетъ навести на мысль о существованіи *Retroflexio uteri gravidi*, чему способствуетъ еще сочность стѣнокъ, свойственная беременной маткѣ. Кроме того, хорошимъ признакомъ служитъ направленіе шейки впередъ, особенно когда матка находится болѣе въ состояніи *versio*, чѣмъ *flexio*; наконецъ всякое сомнѣніе исчезаетъ, если при изслѣдованіи, при попыткахъ вправленія, окажется, что опухоль и *servix uteri* составляютъ одно цѣлое. Диагнозъ будетъ труднѣе въ томъ случаѣ, когда матка ущемлена, и поэтому представляется натянутою, упругою, почти флутуирующею, когда *servix uteri* загнута, вслѣдствіе чего зѣвъ матки обращенъ не впередъ а внизъ, наконецъ, когда явленія ущемленія наступаютъ постепенно и не очень бурно, и въ заключеніе, когда *Amenorrhoea* уступила мѣсто продолжительному кровоточенію. Во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ прежде всего убѣдиться въ непрерывной связи опухоли съ *servix uteri* и помощью двойнаго изслѣдованія констатировать нѣтъ ли подъ брюшными покровами и впереди опухоли тѣла матки. Въ отсутствіи этой послѣдней при *Retroflexio uteri gravidi* тѣмъ легче убѣдиться, что *servix uteri* всегда находится непосредственно позади верхней части *Symph. oss. pub.*; поэтому не трудно отыскать и самое тѣло матки.

Кромѣ того, принимая во вниманіе субъективныя явленія, а также тщательнымъ наблюденіемъ — всегда удастся отличить оба названныя состоянія другъ отъ друга.

Еще менѣе возможно смѣшать дно небеременной, согнутой кзади матки съ опухолью яичника, въ особенности при внимательномъ изслѣдованіи. Кроме различія въ резистенціи, легко констатируемой связи между *portio vag.* и тѣломъ матки, — въ этихъ случаяхъ можно еще руководствоваться вправимостью и результатами изслѣдованія зондомъ.

§ 89. 7) Подбрюшинныя міомы матки очень рѣдко даютъ поводъ къ ошибкамъ. Сомнѣніе въ большей части случаевъ уже съ самаго начала устраняется тѣмъ, что тутъ опухоль сидитъ на шпирокомъ основаніи и исходитъ изъ одного мѣста передней или задней стѣнки матки. Только въ томъ случаѣ, когда фиброма сидитъ на ножкѣ и выходитъ изъ верхней части матки и мѣстоприкрѣпленіе, вслѣдствіе толщины брюшныхъ покрововъ не можетъ быть опредѣлено съ точностью, можетъ еще возникнуть сомнѣніе; но и въ этомъ случаѣ болѣе продолжительнымъ наблюденіемъ не трудно убѣдиться, что опухоль представляетъ равномерную плотность и почти всегда имѣетъ широкую и менѣе длинную ножку. Впрочемъ ошибка въ этомъ случаѣ не представляетъ особенной важности, такъ какъ ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ не возможно приступить къ энергическому леченію прежде, нежели опухоль достигла извѣстной величины.

§ 90. Во второмъ стадіѣ, когда опухоль поднялась выше пупка, ошибки могутъ зависѣть отъ другихъ болѣзненныхъ состояній; сюда относятся:

8) *Haematometra*. Обыкновенно это патологическое состояніе также трудно смѣшать съ опухолью яичника, какъ и нормальную маточную беременность. Но если при порочномъ развитіи матки или рукава развивается односторон-

няя *Naematometra*,—все равно въ сопровожденіи *Naematocolpos* или безъ послѣдней,—то не трудно предположить существованіе опухоли яичника.

Намъ извѣстны до сихъ поръ два случая этого рода ошибочнаго діагноза, сообщеніе которыхъ намъ кажется тѣмъ болѣе необходимымъ, что по наблюденіямъ Шрёдера, Брейски и др. односторонняя *Naematometra* встрѣчается сравнительно довольно часто.

Одинъ случай сообщилъ Atlee (стр. 296. Наблюд. 84): 35 лѣтняя пациентка до 18 лѣтняго возраста имѣла неправильно регулы, но начиная съ этого времени до 22 лѣтъ менструировала правильно, хотя крови появлялась всегда раньше срока. Въ эти годы, каждый разъ, за 8 дней до наступленія менструаціи, больная страдала сильными болями въ животѣ; боли эти усиливались до 30 лѣтъ, когда пациентка вышла замужъ и вскорѣ за тѣмъ забеременела. Роды были чрезвычайно трудные и окончены эмбриотоміей. Въ теченіе двухъ лѣтъ у нея оставался параличъ лѣвой ноги, который не могъ быть излеченъ вполне. Болѣе 2 лѣтъ послѣ родовъ не было менструаціи; въ это время больная замѣтила у себя опухоль надъ лобкомъ, вскорѣ достигшую до величины двухъ ея кулаковъ. Въ тоже время изъ рукава появилось истеченіе обильной, водянистой жидкости, а $\frac{3}{4}$ года спустя послѣдовало значительное кровотеченіе, которому въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль предшествовали сильныя боли. Кровотеченіе повторялось каждый мѣсяцъ въ угрожающихъ размѣрахъ. Видѣніе мочи и испраженія низомъ также были болѣзненны.

При изслѣдованіи, Atlee нашелъ животъ сильно вздутымъ и въ немъ опухоль, простиравшуюся отъ *Symph. oss. pubis* до реберъ и поясничной области. Въ пупочной области, заостренной, можно было прощупать другую, меньшую опухоль, сидѣвшую на большой и имѣвшей 5—6'' въ діаметрѣ. Обѣ эти части опухоли обнаруживали флуктуацію; между пупкомъ и *Symph. oss. p.* можно было констатировать присутствіе свободной жидкости между стѣнками живота и опухолью; тазъ выполнялся огромною опухолью, въ которой, при давленіи снаружи, легко можно было открыть флуктуацію. Вокругъ всей опухоли, вездѣ въ тазу можно было достигнуть до влагалщнаго свода, за исключеніемъ области *Articulatio sacro-iliaca sinistra*. Матку нельзя было отыскать въ полости таза, а введенный въ соответственное мѣсто зондъ проникалъ на $4\frac{1}{2}$ '' выше той точки, до которой можно было дойти пальцемъ. Опухоль опускалась такъ низко въ полости таза, что ее легко можно было видѣть, раздвинувъ большія срамныя губы. Окружность живота въ области пупка равнялась 36'', а разстояніе отъ грудной кости до *Symph. o. p.*—15''.

Atlee былъ увѣренъ, что въ данномъ случаѣ предлежитъ опухоль яичника, но для большей предосторожности онъ сдѣлалъ предварительный проколъ *per vaginam*, при чемъ вытекло медленной струей около 7 пинтъ густой смолистой массы; а чрезъ оставленную трубочку вытекло до другаго дня еще 2 пинты; вмѣстѣ съ тѣмъ чрезъ ту же трубочку опорожнилась большая киста живота, меньшая же опухоль сохранилась; тѣмъ не менѣе въ продолженіе слѣдующихъ затѣмъ нѣсколькихъ дней и она постепенно уменьшилась, становилась все округленнѣе; при изслѣдованіи ея ясно можно было замѣтить сокращенія. Спустя день послѣ прокола, Atlee нашелъ вверху во влагалщѣ щелеобразное, небольшое отверстіе, ограниченное спереди небольшою губою, а сзади оно переходило въ стѣнку опухоли. Atlee принялъ это отверстіе за *os tinae*. Зондъ проникалъ возлѣ маточнаго зѣва на $2\frac{1}{2}$ дюйма вверхъ, въ сводѣ влагалща. Спустя 12 дней послѣ операціи у больной развилась *Erysipelas faciei*, затѣмъ *stomatitis* и поносъ, а по истеченіи 22 дней послѣ прокола она умерла. При вскрытіи найдено: вверху двойная матка, передняя половина которой была совершенно нормальна, между тѣмъ какъ задняя половина ея превратилась въ обширный мѣшокъ. Раздѣленіе органа на двѣ половинны начиналось въ области внутренняго зѣва матки, идѣ, по всему вѣроятію, существовало заросленіе. Оба яичника оказались нормальными.

Хотя анатомическія данныя не совсѣмъ удовлетворительны, тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что большая киста произошла изъ втораго рас-

ширенного влагалища, а меньшая из матки. Иначе едва ли опухоль могла бы опуститься такъ глубоко въ малый тазъ, въ то время какъ второй маточный рогъ стоялъ такъ высоко надъ тазомъ, что до него нельзя было достигнуть. — Случай этотъ былъ наблюдаемъ въ 1751 г. Въ настоящее время, когда мы, благодаря прекраснымъ наблюденіямъ Шредера, Фрейнда и Брейсеи, располагаемъ многочисленными подобными случаями, можно было бы поставить вѣрный діагнозъ, хотя ни возрастъ пациентки, ни анамнезъ ничѣмъ тому не способствовали. Но въ этомъ случаѣ можно было руководствоваться слѣдующимъ: очень глубокимъ опущеніемъ флукугирующей опухоли, состоявшей изъ одной главной кисты, чрезвычайно удлинненнымъ вверху влагалищемъ и недостижимостью маточнаго зѣва. Кромѣ того, иногда удается еще вызвать въ опухоли сокращенія до ея опорожненія, чѣмъ еще болѣе облегчается діагнозъ, подобно тому, какъ Бравстонъ Гигсъ (Transact. Lond. Obst. Soc. XIII стр. 216) пользуется этими сокращеніями при распознаваніи беременности. Затрудненіе въ этомъ случаѣ заключалось въ чрезвычайномъ растяженіи опухоли, которое не мыслимо при Haematometra и Haematokoros. Второй случай, обнаруженный въ 1875 Штауде (Ztschr. f. Gebh. u. Frauenkrankh. I. стр. 138), былъ точнѣе наблюдаемъ и поэтому представляетъ и большій интересъ:

32 лѣтняя больная имѣла съ 13 года правильно регулы; она рожала 4 раза, въ томъ числѣ 3 раза правильно; послѣдніе роды имѣли мѣсто 4 года тому назадъ. За два года до того, когда больная подвергнута наблюденію, вслѣдствіе паденія тяжести на животъ, у нея появилась опухоль въ правой сторонѣ живота; она очень быстро увеличивалась, не вызывая однако сильныхъ болей. Впослѣдствіи появились боли, преимущественно въ синій, нерѣдко усиливавшіяся во время менструаціи, но существовавшія и независимо отъ послѣдней.

По изслѣдованіи найдена опухоль, занимавшая болѣе половины правой стороны живота; она имѣла круглую форму, причѣмъ однако же верхняя часть ея была уже, такъ что казалась, будто опухоль состоитъ изъ 2 частей. Опухоль поднималась на 24 цтм. надъ Symph. oss. pub.; постукиваніе давало притупленный, а вокругъ опухоли — кишечный тонъ. Вѣво, около большой опухоли находилась еще другая, меньшая, легко сдвигаемая опухоль, которая, при комбинированномъ изслѣдованіи, оказалась маткою, до portio vaginalis которой можно было достигнуть только паль-рукою; зондъ проникалъ въ матку на 8 цтм., маточный рукавъ расширенъ, и вправо отъ него лежитъ флукугирующая опухоль, флукугація которой передается наружной опухоли. Изслѣдованіе per rectum показало, что опухоль преимущественно срослась въ правой сторонѣ таза.

Послѣ постановки діагноза на Tumor ovarii, рѣшено было приступить къ лапаротоміи, причѣмъ бросилась въ глаза толщина стѣнокъ. Послѣ прокола Уэллсовскимъ троакаромъ выпущено два большихъ таза кровянистой жидкости, причѣмъ стѣнки однако не сжались. Дѣло разъяснилось только тогда, когда вытянули опухоль. Тогда проколъ сдѣлалъ изъ полости опухоли чрезъ влагалищный сводъ; первое же отверстіе прокола и покровы живота были тщательно закрыты.

Послѣ незначительныхъ осложненій больная выздоровѣла, но спустя $\frac{1}{2}$ года умерла скоропостижно. При вскрытіи нашли двойную матку, и влагалище было расщеплено до половины.

И въ этомъ случаѣ ни возрастъ, ни анамнезъ ничѣмъ не способствовали разъясненію діагноза. Во всемъ остальномъ случай этотъ подходитъ къ случаю Atlee, съ тою только разницею, что въ первомъ случаѣ матка была болѣе расширена и представляла собою куполь главной опухоли, а не только прида-

токъ, какъ въ случаѣ *Atlee*. Форма *Haematometrae unilateralis* можетъ быть весьма разнообразна; иногда расширенныя трубы представляютъ какъ бы придатокъ влагалища, и въ такомъ случаѣ онѣ могутъ симулировать многополостную кистому. Особенно важную роль при діагнозѣ играетъ значительное поднятіе матки и въ особенности боковое ея положеніе въ отношеніи къ опухоли, чего почти никогда не бываетъ при опухоли яичника; затѣмъ глубокое опущеніе въ рукавъ опухоли *Haematokolpos*, тѣсная связь которой съ стѣнкою таза была распознана въ обоихъ случаяхъ. Само собою разумѣется, что при простой двойной маткѣ этого признака не будетъ; но въ такомъ случаѣ гораздо легче можно констатировать боковое положеніе опухоли въ отношеніи къ открытой полости матки и широкое, тѣсное соединеніе опухоли съ *servix uteri*. Последнее условіе необходимо для точнаго распознаванія *Haematometrae* или *Pyometrae later. alterius*; это удастся только при двойномъ изслѣдованіи, снаружи и *per rectum*. Но если молодой возрастъ и анамнезъ не представляютъ данныхъ для діагноза, то при рѣдко встрѣчающейся *Haematometrae unilateralis*, возникаетъ подозрѣніе о существованіи кистомы яичника, и это подозрѣніе трудно отвергнуть. Понятно, что эти два случая далеко недостаточны, чтобы, руководствуясь ими, можно было избѣгнуть ошибокъ въ будущемъ.

§ 91. 9) Переполненіе моч. пузыря весьма часто было принимаемо за опухоль яичника и даже было лечимо какъ таковая. Но подобная ошибка можетъ имѣть мѣсто тогда только, когда *Ischuria* продолжалась долгое время и моча самопроизвольно истекаетъ каплями, т. е. когда моч. пузырь чрезмѣрно переполненъ. Растянутый пузырь всегда представляетъ срединную, сравнительно узкую, но сильно выдающуюся опухоль, которую вовсе или весьма неясно можно прощупать *per vaginam*; матка отодвигается къзади. Далѣе не должно упускать изъ виду и то, что при продолжительной ишуріи, стѣнки моч. пузыря до того становятся толстыми, что переполненный органъ очень легко принять за плотную опухоль. Само собою разумѣется, что ошибки подобнаго рода не должны и не могутъ случиться, если только будетъ примѣненъ катетеръ.

Казуистическая ошибка: *Sp. Wells* (стр. 161) былъ призванъ въ одну больницу въ то время, когда тамъ все было приготовлено для производства прокола у женщины, у которой діагностицировали опухоль яичника. Ему прежде всего бросилось въ глаза положеніе и форма опухоли; онъ посоветовалъ ввести катетеръ и опухоль исчезла. По показанію *Peaslee* (стр. 152), *Goose* сообщаетъ случай, гдѣ у беременной женщины діагностицировали опухоль яичника и сдѣланъ былъ проколъ, при чемъ троакаръ прошелъ чрезъ моч. пузырь, матку и проникъ въ головку плода. *Agan* въ одномъ случаѣ фиброма матки, прокололъ растянутый моч. пузырь, доходившій до пупка, принявъ его за опухоль яичника. *Scanlon* сообщаетъ слѣдующій случай: у женщины, страдавшей карциною матки, найдена опухоль, величиною въ большой кулакъ, лежавшая влѣво и принятая за опухоль яичника. Опухоль, т. е. моч. пузырь неожиданно лопнулъ и опухоль исчезла изъ подъ изслѣдовавшихъ *per vaginam* пальцевъ. *Hewitt* (стр. 343) наблюдалъ опухоль, существо-

вавшую въ продолженіи 3 недѣль, которая была скорѣе твердая, чѣмъ упругая и которая не была узана; опухоль исчезла послѣ катетеризаціи. Въ недавнее время такой же случай былъ сообщенъ Ливеномъ (Petersb. med. Zeitschft. XVIII. 1870. стр. 377): больная въ теченіи 5 лѣтъ жаловалась на боли, завиствшія отъ опухоли, поднимавшейся изъ поверхности таза. Животъ растянутъ какъ въ 6-мъ мѣсяцѣ беременности; въ продолженіи 7—8 недѣльнаго наблюденія состояніе больной ни чуть не измѣнилось. Было приступлено къ оваріотоміи, но прежде былъ введенъ катетеръ и выпущено 4000 куб. мет. мочи. Опухоль очутилась въ ночномъ горшкѣ.—Altee (стр. 337 наблюд. 100) рассказываетъ объ одномъ случаѣ *Retroversio uteri gravidi* съ задержаніемъ мочи, принятой двумя врачами за опухоль яичника, которую онъ вылечилъ катетеризаціею.

§ 92. 10) Стеркоропальныя (каловые) скопленія могутъ также легко быть смѣшаны съ настоящими опухолями, при чемъ діагнозъ еще болѣе затѣмняется существующимъ поносомъ. Вообще бугристое свойство такой опухоли, сопровождающейся большею частью чувствительностью, даже болью всего живота, скорѣе могутъ подать поводъ къ смѣшенію ея съ карциномой брюшины. Одинъ случай Altee и нѣсколько случаевъ Voinet доказываютъ, какъ трудно или даже невозможно смѣшать этого рода скопленія съ опухолями яичниковъ. Тѣмъ не менѣе, послѣдній авторъ (*mal. des ayaies* стр. 216) говоритъ объ одной больной, у которой въ продолженіи 2 лѣтъ предполагали опухоль яичника, отъ которой ее и лечилъ. Точно также и Скандони сообщаетъ, что у одной больной съ *ostemalacia*, животъ которой былъ растянутъ, какъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, переполненныя кишки были приняты за опухоль яичника; онъ объясняетъ эту ошибку однообразнымъ, поверхностнымъ изслѣдованіемъ.

Кромѣ колюобразныхъ болей и другихъ признаковъ расстройства пищеваренія, какъ то: тошноты, рвоты и т. д., для діагноза преимущественно имѣютъ значеніе бугристая форма опухолей, ихъ подвижность и свойство сохранять вдавненія отъ пальцевъ.

§ 93. 11) Тимпанитъ и ложныя опухоли. Извѣстно, что у истерическихъ женщинъ наблюдаютъ нерѣдко такія виды тимпанита, при которыхъ брюшныя мышцы, а иногда даже и кишки такимъ образомъ сообращаются, что совершенно имитируютъ опухоль. Въ такомъ случаѣ перкуссіею очень легко убѣдиться въ отсутствіи опухоли. Хотя извѣстны случаи ошибочнаго діагноза,—такъ напр. когда постукиваніе не было еще примѣняемо, Lizars (*Edinb. med. and surg. J. XXII. стр. 252, 1824*) произвелъ въ 1823 г. первую въ то время въ Англіи операцію этого рода, взрѣзалъ весь животъ сверху до низу и не нашелъ никакой опухоли. I. Y. Simpson'у также извѣстны 6 подобнаго же рода случаевъ. Altee (стр. 347, наблюд. 106) рассказываетъ, что у одной больной, надъ обѣими Пупартовыми связками замѣчено по опухоли, лежащія параллельно и вдоль названныхъ связокъ, которыя были приняты за двухстороннюю опухоль яичниковъ. Все было уже приготовлено для операціи, когда явился Altee и

доказалъ постукиваніемъ, что нивакой опухоли въ данномъ случаѣ не было. Онь допускаетъ, что въ этомъ случаѣ расхождение брюшныхъ мышцъ благоприятствовало выпячиванію вздутыхъ кишекъ. Voinet рассказываетъ исторію одной истерической женщины, гдѣ врачи поддались просьбамъ и рѣшились сдѣлать разрѣзъ живота, несмотря на то, что уже давно доказано было отсутствіе слѣдовъ какой либо опухоли.

Какъ бы то нибыло, но при помощи перуссии, тщательнаго наблюденія за другими, рѣдко отсутствующими истерическими явленіями, а въ крайнемъ случаѣ и изслѣдованіемъ подѣ влияніемъ наркоза, всегда легко будетъ разъяснить сомнѣніе.

Распознаваніе можетъ быть затруднено, если существуетъ отечное состояніе брюшныхъ покрововъ или сильно развитый *paniculus adiposus*, затрудняющій изслѣдованіе. Въ такомъ случаѣ звукъ при постукиваніи можетъ быть менѣе яснымъ, а иногда постукивающей палецъ можетъ даже ощущать вибрацію брюшныхъ стѣнокъ, очень похожую на ощущеніе флукуаціи. Но и тутъ, при нѣкоторой осторожности, не трудно распознать утолщеніе стѣнокъ живота; изслѣдовать должно въ то время, когда пациентка дѣлаетъ правильныя дыхательныя и выдыхательныя движенія, при чемъ во время асте выдыханія должно какъ можно сильнѣе дѣлать вдавленіе покрововъ пальцами или же, какъ совѣтуетъ Шпигельбергъ, стараться противоудѣлывать сопротивленію брюшныхъ покрововъ, если они очень напряжены, сильно и долго вдавливая въ нихъ концы пальцевъ обѣихъ рукъ. Далѣе должно изслѣдовать преимущественно область обѣихъ Пупартовыхъ связокъ, гдѣ подкожный жирный слой бываетъ обыкновенно тоньше; постукивать слѣдуетъ лучше молоткомъ и плессиметромъ, нежели рукою, чтобы производить болѣе сильное удареніе. Наконецъ не должно также пренебрегать и наркозомъ въ крайнемъ случаѣ. Сомнительно, чтобы послѣ всего этого можно было допустить присутствіе опухоли тамъ, гдѣ ея вовсе нѣтъ. Atlee (стр. 397) приводитъ, по поводу только что изложеннаго, цѣлый рядъ ошибочныхъ диагнозовъ. Болѣе интересный изъ нихъ относится къ 60 лѣтней женщинѣ съ такою значительно-развитою гипертрофією (*Elephantiasis*) брюшныхъ покрововъ, что она могла лежать только на боку и, безъ помощи, не могла поворачиваться въ постели. Въ сидячемъ положеніи она принуждена была улаживать свой громадный животъ на подставленный спереди стулъ. Окружность въ талии = 45'', вокругъ живота = 92'', отъ одной Sp. o. il. a. къ другой = 64'', отъ пупка до *Symph. oss. p.* = 43'', вѣсъ = 455 фунтамъ. Къ сожалѣнію ни въ этомъ, ни въ другомъ случаѣ того же автора, не было сдѣлано вскрытія, такъ что трудно утверждать, что въ этихъ случаяхъ имѣло мѣсто только чрезмѣрное увеличеніе *paniculus adiposus*, вслѣдствіе чего и значеніе этихъ наблюденій значительно умаляется.

§ 94. 12). Плотныя фиброміомы матки, — о мѣшечкатыхъ мы говоримъ отдѣльно, — иногда могутъ быть смѣшиваемы съ кистами яичниковъ; но различіе въ резистенціи и бугристая наружная поверхность первыхъ почти всегда предохраняютъ отъ ошибокъ. Тѣмъ не менѣе, извѣстны случаи, гдѣ и

въ этомъ стадіѣ величины были сдѣланы ошибочные діагнозы. Во первыхъ, міомы, въ особенности интерстиціальныя, иногда имѣютъ совершенно круглую форму и притомъ онѣ до того упруги, что легко можно предположить не совсѣмъ ясное зыбленіе и принять ее за кистому яичника; съ другой стороны, кистомы яичниковъ, даже поднявшіяся выше пупка,—если онѣ состоятъ не изъ одной главной, большой полости,—могутъ представлять такую же бугристую поверхность и имѣть такую же резистенцію, какъ подбрюшинныя фибромы.

Ни припадки, ни анамнезъ не даютъ намъ вѣрныхъ точекъ опоры для діагноза. Отсутствие обильной менструаціи никогда не можетъ служить доказательствомъ отсутствія маточныхъ опухолей, такъ какъ при подбрюшинныхъ міомахъ обыкновенно не бываетъ уклоненій менструаціи; обильныя маточныя кровотеченія скорѣе говорятъ противъ существованія кистомы яичника. Исслѣдованіе даетъ намъ слѣдующіе точки опоры: сначала изслѣдуютъ резистенцію на всей поверхности опухоли. Если при сильномъ надавливаніи концами пальцевъ нельзя убѣдиться въ мѣшчатомъ свойствѣ опухоли,—тамъ, вѣроятнѣе всего, не можетъ быть рѣчи о кистомѣ яичника. Особенную доказательную силу имѣетъ результатъ изслѣдованія резистенціи одновременно обѣими руками. Бугристая форма, сама по себѣ, не говоритъ еще въ пользу существованія маточной опухоли; но если отдѣльныя бугроватости возвышаются надъ уровнемъ главной опухоли на высоту, равной, по крайней мѣрѣ, половинѣ ихъ высоты, или же если онѣ сидятъ на болѣе или менѣе длинной ножкѣ,—то едва-ли можетъ быть рѣчь о кистомѣ яичника. Выслушиваніе также мало приноситъ пользы, не говоря уже о томъ, что оно болѣею частью даетъ отрицательный результатъ. Если съ одной стороны большая часть наблюдателей не слышали тѣхъ шумовъ сосудовъ, какіе бываютъ при фибромахъ матки, то съ другой стороны, Черчилль, Сванцони и Винкель положительно утверждаютъ, что эти шумы встрѣчаются въ нѣкоторыхъ случаяхъ кистомы яичника. Послѣдній (Klin. Ver. u. Studien I. 1874, стр. 265) разслышалъ эти шумы изъ 12 случаевъ одинъ разъ.

Внутреннее изслѣдованіе тогда только ведетъ къ положительному результату, когда можно ясно ощущать переходъ маточной шейки въ главную массу опухоли, или же, когда можно доказать, что одинъ или нѣсколько бугровъ опухоли видѣются въ стѣнку матки. Наоборотъ, ощупываніе въ стѣнѣ матки изолированной фибромы, связь которой съ остальною опухолью доказать нельзя, въ болѣе части случаевъ, не имѣетъ никакого значенія, сравнительно съ частотою фибромъ вообще. Удлиненіе полости только въ томъ случаѣ говоритъ противъ существованія кистомы яичника, если, по измѣреніи зондомъ, оно окажется весьма значительнымъ, доходящимъ до 10 или болѣе цтм.; при чемъ однакоже не должно забывать, что опухоль можетъ поднять матку высоко вверху и такимъ образомъ растянуть ее. И въ этомъ отношеніи очень поучительна казуистика Atlee (см. ниже). Нормальная или уменьшенная длина полости матки никогда не говоритъ противъ существованія опухолей ея, такъ какъ при разнообразіи формъ и неровностяхъ, какія представляетъ полость матки, содержащей фибромы, можетъ случиться, что даже при значительномъ удлиненіи полости, зондъ проникаетъ въ нее не болѣе какъ на 7 цтм. или и того менѣе.

Необходима крайняя осторожность при оценке связи опухоли с маткою на основании подвижности, сообщаемой одной частью другой, въ особенности, когда подвижность матки можетъ быть проверена только съ помощью введеннаго зонда. Въ этомъ отношеніи очень поучительны случаи, приводимые Atlee. Само собою разумеется, что нерѣдко приходится прибѣгать къ ручному изслѣдованію *per rectum*; но не подлежитъ также никакому сомнію, что извѣстны и такіе случаи, гдѣ всѣ приведенныя выше указанія не приводятъ ни къ какому результату, и гдѣ единственнымъ средствомъ къ разъясненію дѣла остается продолжительное наблюденіе или акидонейрастива. Последняя, при соблюденіи извѣстныхъ предосторожностей (см. ниже), большею частью, не влечетъ за собою никакихъ дурныхъ послѣдствій; тѣмъ не менѣе не должно считать эту операцію совершенно невинною, подобно Voinet'у, который увѣряетъ, что, не смотря, на употребленіе имъ для проколовъ толстыхъ троакаровъ, онъ никогда не видѣлъ дурныхъ послѣдствій послѣ прокола. Тамъ, гдѣ нѣтъ угрожающихъ припадковъ, не должно спѣшить проколомъ, а лучше выжидать.

К а з у и с т и к а о ш и б о к ъ: Мнѣ пришлось наблюдать слѣдующій случай:

52-лѣтняя женщина увѣряла меня, что только дней 8 тому назадъ, она замѣтила у себя въ животѣ опухоль. Я нашелъ, что послѣдняя имѣла величину головы взрослога человѣка, чрезвычайно бугристую поверхность, лежала въ срединной линіи, надъ *Symp. o. r.*; ее легко можно было прощупать сквозь толстые покровы живота, въ видѣ довольно плотной массы. При внутреннемъ изслѣдованіи я нашелъ маточный зѣвъ, почти безъ *port. vag.*, стоявшимъ высоко, позади лонной дуги; чрезъ задній влагалищный сводъ можно было прощупать плотную, менѣе бугристую опухоль, переходившую, какъ казалось, непосредственно въ стѣнку матки. Благодаря высокому стоянію зѣва матки и отсутствію *portio vaginalis*, трудно было убѣдиться въ подвижности органа. Зондъ проникалъ безъ всякаго затрудненія въ старческую матку на 3" и притомъ, какъ кажется, по направленію назадъ въ самую опухоль. Предположеніе о существованіи сложныхъ фибромъ оказалось, послѣ 2-хъ мѣсячнаго наблюденія, ошибочнымъ. Опухоль значительно увеличилась, повсюду обнаруживаетъ упругость, исключая тазовой части ея. Большая оставалась еще долго подъ наблюденіемъ. Ошибка обуславливалась толщиною брюшинныхъ стѣнокъ и преимущественно глубокимъ вхожденіемъ зонда. Весьма вѣроятно, что при помощи болѣе тщательнаго изслѣдованія обѣими руками — можно было избѣгнуть ошибки; едва ли это удалось бы послѣдованіемъ *per rectum*, такъ какъ трудно было обхватить матку.

Леманнъ (*Neederl. Tijdschr. v. Geneeskde Afd. I. 1870, стр. 201*) также принялъ обыкновенную вистому яичника за міому матки съ *Ascites*, благодаря только тому, что зондъ проникалъ въ матку на 28 цтм. Послѣ смерти оказалось, что матка имѣла въ длину только 7 цтм., но правая труба была очень растянута, и въ нее то проникъ зондъ.

Гораздо чаще случается принимать фиброму за вистому яичника: Кгако-witzer (*Newyork med. Record 1867, II. Nr 37, стр. 297*) сдѣлалъ такого рода ошибку и сдѣлалъ даже экстирпацію, окончившуюся смертью.

Voinet (стр. 174) сознается, что онъ два раза экстирпировалъ фиброзныя опухоли матки, которыя онъ считалъ за неподлежащія сомнію вистомы яичника. Одна больная истекла кровью, а другая умерла отъ перитонита.

W. Atlee (стр. 243, наблюд. 69 — 74) сообщилъ не менѣе 6 случаевъ, въ которыхъ міомы матки принимаемы были за опухоли яичниковъ; нѣкоторые изъ этихъ случаевъ очень поучительны.

Въ одномъ случаѣ (№ 69) уже рѣшено было приступить къ лапоротоміи у 33-лѣтней пациентки и тутъ только замѣтили ошибку. Хотя больная поправилась, но она умерла вскорѣ послѣ выписки отъ рожи, начавшейся съ рубца (sic!) живота. Продолговатая опухоль имѣла, по направленію отъ праваго подреберья до лѣвой паховой области, 13"; перпендикуляръ, проведенный къ названной линіи равнялся 14". Ошибка произошла собственно оттого, что введенный до нормальной глубины въ полость матки зондъ не сообщалъ ни малѣйшаго движенія самой опухоли. Впослѣдствіи зондъ проникъ гораздо далѣе, преодолевъ нѣкоторое препятствіе со стороны существовавшихъ сращеній. Такимъ образомъ, оба раза зондированіе ввело въ ошибку. Опухоль оказалась подслизистою міомою, сидѣвшею на широкомъ основаніи и укоротившею собою полость матки. Въ первый разъ зондъ проникъ въ правую трубу, и движеніе его не соответствовало движеніямъ матки, находясь только незначительною частью своею въ полости ея. Во второй разъ зондъ, безъ всякаго сомнѣнія, проникъ въ перерожденную ткань опухоли, причемъ получилось ощущеніе, какъ будто зондъ находится между опухолью и маткою.

Во второмъ случаѣ (уже сообщенномъ въ Amer. Journ. of. m. Sc. IX. стр. 309) діагнозъ былъ основанъ на казавшемся отсутствіи связи между опухолью и маткою, такъ какъ движенія одной не передавались другой. Экстирпація окончена удачно. Оказалось, какъ доказано мною потомъ, что опухоль была фиброма съ ножкою. При вскрытіи, произведенномъ нѣсколько лѣтъ спустя, оба яичника найдены здоровыми.

Въ 73 случаѣ, ошибочное распознаваніе обуславливалось эластическимъ свойствомъ, равномѣрною гладкостью опухоли, имѣвшей величину беременной въ 8 мѣсяцѣ матки, стоявшей надъ малымъ тазомъ, причемъ шейка была удлинена, — все это дало поводъ къ диагностированію опухоли яичника. Atlee удалось ввести зондъ на глубину 9¹/₂", такъ что конецъ его онъ могъ прощупать чрезъ покровы живота выше пупка, на задней стѣнкѣ опухоли; движенія зонда совпадали съ движеніями матки повсѣмъ направленіямъ, такъ что не оставалось сомнѣнія, что дѣло идетъ о внутрѣстѣнной фибромѣ передней стѣнки матки.

Далѣе Лизаръ (1825), Гранвиль (1827), Штиллингъ, Сп. Уэллсъ (перев. Грензера стр. 141), Пизли (стр. 145) также не разъ принимали плотныя фибромы матки за опухоли яичниковъ и экстирпировали ихъ, но б. ч. съ несчастнымъ исходомъ; а Кеберле, изъ первыхъ его 8 случаевъ экстирпаціи міомъ матки, въ трехъ диагностировалъ вистому яичника.

§ 96. 13) Кисты широкихъ связокъ — пароваріальныя кисты. Хотя обыкновенно кисты эти не трудно отличать въ анатомическомъ отношеніи отъ кистъ яичниковъ, по ихъ простой полости съ совершенно гладкою внутреннею поверхностью, по той легкости, съ которою удается отдѣлать ихъ брюшинный покровъ и наконецъ по отсутствію Mesosalpinx трубы, лежащей непосредственно на самой стѣнкѣ опухоли или внутри ея, — если только труба вообще лежитъ возлѣ кисты, — тѣмъ не менѣе очень трудно или даже невозможно отличить на живой женщинѣ названныя кисты отъ простыхъ кистъ яичниковъ или вообще отъ кистомъ. При изслѣдованіи ихъ представляются вѣ

признаки мѣшчатыхъ кистъ яичниковъ, въ особенности однокамерныхъ. Но такъ какъ, о чемъ уже было говорено выше, безъ пробнаго прокола никогда нельзя съ точностью опредѣлять однокамерность въ анатомическомъ смыслѣ, то раньше прокола названныя кисты также трудно отличить отъ пролиферирующихъ кистомъ; можно только подозрѣвать существованіе истинно однокамерной опухоли. При помощи же прокола можно распознать пароваріальную кисту по свойству истекающей жидкости, которая всегда свѣтла, безцвѣтна, слегка матоваго оттѣнка, незначительнаго уд. вѣса (1002—1008). Эта жидкость

Рис. 10.



Пароваріальная киста.

C—простая киста Parovarii. O. d.—Правый яичникъ. U—Матка. F F₁ F₂—Фимбріи съ тройнымъ отверстіемъ.

иногда содержитъ много поваренной соли, но очень мало протеиновыхъ веществъ, только слѣды альбумина и паральбумина. Но необходимо замѣтить, что тѣ же свойства представляетъ жидкость изъ гидроническихъ пузырьковъ, слѣдовательно отличіе отъ послѣднихъ также невозможно. Подъ микроскопомъ нерѣдко не находятъ никакихъ форменныхъ элементовъ, кромѣ обломковъ клѣтокъ, по которымъ нельзя сдѣлать никакихъ выводовъ. Даже нахожденіе мерцательныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ не можетъ служить доказательствомъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ довано, что находимыя въ некоторыхъ оваріальныхъ кистахъ мерцательныя клѣтки зависятъ отъ востанія частей Parovarii въ Nilus ovarii.

Кромѣ того, какъ на отличительный признакъ пароваріальныхъ кистъ отъ оваріальныхъ, указываютъ еще на тонкость стѣнокъ первыхъ; слѣдствіемъ этой послѣдней бываетъ то, что по совершенномъ опороженіи жидкости, трудно ощупать пустой мѣшокъ. Но и этотъ признакъ невѣренъ послѣдующимъ двумъ причинамъ: во 1, растянутыя фолликулы также нерѣдко обладаютъ очень тонкою стѣнкою, и во 2, пароваріальныя кисты могутъ также иногда имѣть очень толстыя стѣнки. Пароваріальныя кисты съ очень толстыми стѣнками были наблюдаемы Шпигельбергомъ (Arch. f. Gyn. I, стр. 482), Г. Мюллеромъ (Scanzoni's Beitr. V, стр. 163) и Atlee. Я также обладаю такою однокамерною

кистой широкихъ связокъ съ толстыми стѣнками (наблюд. 13, эстирпир. въ маѣ 1875).

Но и свѣтлое, прозрачное содержимое пароваріальныхъ кистъ можетъ представлять разныя уклоненія, хотя, правда, рѣдкія. Шатцъ нашелъ, что удѣлъ содержимаго равнялся 1012, а въ приведенномъ мною выше случаѣ (§ 38, у Б.) онъ равнялся даже 1023, и жидкость имѣла буро-зеленоватый цвѣтъ.

Такимъ образомъ, всѣ выше приведенные отличительные признаки нельзя назвать вѣрными, хотя названное выше свойство жидкости даетъ право заключить, съ большою вѣроятностью, о существовавшей пароваріальной кистѣ. Не должно однако терять надежды на отысканіе отличительныхъ признаковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень хорошимъ признакомъ можетъ служить боковое положеніе кисты по отношенію къ *servix uteri*. Мнѣ, по-крайней-мѣрѣ, въ одномъ случаѣ, руководствуясь этимъ признакомъ, удалось распознать пароваріальную кисту, что и подтвердилось при эстирпации. Кеберле также удалось распознать въ 2 случаяхъ пароваріальныя кисты, руководствуясь свойствами выпущенной проколомъ жидкости. Гуссеровъ также наложилъ вѣрный діагнозъ, причѣмъ однако же онъ руководствовался тѣмъ, что по совершенномъ опорожненіи мѣшка, ему удалось прощунать вполне нормальные яичники.

Боковое положеніе въ отношеніи *servix uteri*, которымъ я воспользовался для діагноза, не прибѣгая къ проколу, не всегда можетъ быть констатировано, ибо очень часто кисты эти имѣютъ ножки и тогда онѣ могутъ принимать всякое положеніе въ отношеніи матки, какія могутъ принимать и опухоли яичниковъ; или же кисты разрастаются не между листами широкихъ связокъ книзу, а направляются вверхъ, въ полость брюшины. Въ такомъ случаѣ, даже при отсутствіи ножки, трудно будетъ доказать, происходитъ ли киста изъ пластинокъ широкой связки. Признавъ, которымъ руководствовался Гуссеровъ, безъ сомнѣнія, самый вѣрный, но имъ едва ли удастся когда-либо воспользоваться, не прибѣгая къ опорожненію опухоли, для чего необходимъ предварительный проколъ.

Отличіе этихъ кистъ отъ опухолей яичниковъ имѣетъ еще и то практическое значеніе, что первыя имѣютъ наклонность облитерироваться послѣ простаго прокола. Такимъ образомъ, если діагнозъ былъ вѣрный, то въ оваріотоміи придется приступить, когда одинъ или нѣсколько проколовъ останутся безъ всякихъ послѣдствій. Въ новѣйшее время, Шатцъ и Гуссеровъ положительно объявили себя приверженцами одного только прокола.

§ 96. Дифференціальная діагностика не ограничивается описанными выше патологическими процессами, которые легко могутъ быть смѣшиваемы съ 2 стадіемъ кистомъ яичниковъ. Нѣкоторые процессы, о которыхъ рѣчь впереди, могутъ быть смѣшиваемы и при меньшемъ объемѣ опухоли, и на оборотъ, исчисленные выше патологическіе процессы, въ особенности кисты широкихъ связокъ, могутъ ввести въ ошибку и въ 3 стадіѣ. Въ распредѣленіи болѣзненныхъ процессовъ я руководствовался только тѣмъ, чтобы указать въ которомъ изъ стадій, во 2 ли или въ 3., чаще возможны ошибки.

Самыя частыя ошибки происходятъ въ 3 стадіѣ. Мы начнемъ съ оши-

бокъ самыхъ важныхъ и въ то же время влекущихъ за собою самую тяжёла послѣдствія:

14) Беременность. Не узнать обыкновенной беременности кажется невѣроятнымъ. Такая ошибка чаще всего происходила въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ во время беременности развивалась *Hydramnios*; матка въ такомъ случаѣ флюктуируетъ съ такою ясностью, какую обыкновенно наблюдаютъ только при кистѣ яичника. Въ то же время очень трудно замѣтить вѣрные признаки беременности, т. е. зависящія отъ младенца, въ особенности послѣ однократнаго изслѣдованія. Нельзя ощущать ни движеній ребенка, ни слышать его сердцебиенія. Въ такомъ случаѣ важное значеніе приобрѣтаютъ вѣроятные признаки беременности, какъ то: измѣненія въ грудяхъ, сочность влагалищной части, маточный шумъ. При существованіи совокупности всѣхъ этихъ признаковъ можно, съ высокой степенью вѣроятности, допустить беременность, но далеко не навѣрное. Мы должны поэтому стремиться отыскать абсолютно вѣрный признакъ, напр. должно стараться вызвать движенія младенца, въ существованіи которыхъ мы убѣждаемся выслушиваніемъ. Далѣе смѣло опупываютъ по возможности всю опухоль и немедленно выслушиваютъ, при чемъ можно слышать такія движенія плода, которыя никогда не удастся ощущать наложенною на животъ рукою. Это самый лучший способъ опредѣлять сомнительную беременность, даже въ самое раннее время; ибо, начиная съ 4 мѣсяца, уже удастся вызвать явленія движенія, когда еще рѣдко можно прощупать мелкія части плода; сердцебиенія же въ это время никогда не удастся услышать.

Если же и этимъ способомъ не удастся достигнуть увѣренности, то остается прибѣгнуть къ слѣдующему вспомогательному способу изслѣдованія, который не лишень высокаго значенія при отличительномъ распознаваніи опухолей матки отъ опухолей яичниковъ: помощью пальпации обѣими руками стараются доказать, что влагалищная часть шейки не переходитъ прямо въ нижнюю часть опухоли и что, напротивъ, матка лежитъ возлѣ опухоли. Часто не удается обхватить всю матку, лежащую рядомъ съ опухолью, но въ такомъ случаѣ достаточно, если можно убѣдиться, что только нижняя часть тѣла матки лишена всякой связи съ опухолью. Можно также воспользоваться совѣтомъ Бракстона Гибса (*Transact. Lond. obst. Soc.* XIII стр. 216), — вызвать опупываніемъ сокращенія беременной матки.

Само собою разумѣется, что даже при малѣйшемъ подозрѣніи беременности, не слѣдуетъ прибѣгать къ употребленію маточнаго зонда, не говоря уже о томъ, что легкость введенія зонда въ матку не можетъ служить доказательствомъ пустоты ея полости и отсутствія беременности. Изъ литературы намъ извѣстны многочисленные случаи, гдѣ беременную матку удавалось очень легко и безпрепятственно зондировать, не подозрѣвая при этомъ о существованіи беременности. Нѣтъ сомнѣнія, что число этого рода случаевъ, небородаванныхъ, гораздо больше. Не одному врачу-акушеру, хотя разъ въ жизни, случилось ввести зондъ въ матку, не подозрѣвая беременности, и убѣдиться такимъ образомъ, что зондированіе не достаточно ни для опредѣленія, ни для исключенія беременности.

Что касается до состоянія менструаціи, то, вопреки мнѣнію многихъ, я

долженъ сознаться, что я приписываю ей гораздо большее діагностическое значеніе, чѣмъ это дѣлають многіе другіе авторы, т. е. ея правильному наступленію. Мнѣ не извѣстенъ ни одинъ случай, гдѣ регулы возвращались типически правильно во второй половинѣ или даже въ 4 мѣсяцѣ беременности. И тамъ, гдѣ можно положиться на показанія пациентки, я считаю правильное возвращеніе менструаціи почти вѣрнымъ признакомъ отсутствія беременности во 2 половинѣ и въ особенности *sub finem*. Наоборотъ, если кровотеченія появляются неправильно, тянутся долго, то они не имѣютъ никакого значенія, потому-что и во время беременности, вслѣдствіе ранняго отдѣленія яйца или другихъ разныхъ осложненій, могутъ появляться кровотеченія, продолжающіяся иногда очень долго. Какъ трудно иногда поставить діагнозъ, доказываетъ случай кистоида яичника, въ которомъ Скампони, въ теченіи многихъ недѣль не могъ убѣдиться въ отсутствіи беременности.

Случаи ошибочнаго діагноза: Tavignot (*Mémoires sur l'hydropisie de l'ovaire*. *Expérience* 1840 № 100, стр. 55) прокололъ беременную матку, принявъ ее за опухоль яичника; послѣдовалъ выкидышъ. Женщина умерла. Подобный же случай сообщаетъ Blundell (*Diseases of women*, стр. 111). Аган говоритъ объ одномъ случаѣ, гдѣ не успѣли сдѣлать проколъ, благодаря только тому, что роды наступили. Pollock (*med. Times a. Gaz.* 13 Sept. 1862, стр. 277) имѣлъ несчастье сдѣлать лапоротомию на беременной. Voinet (стр. 181) удалось избѣгнуть такой же ошибки. Къ счастью, въ большей части случаевъ, ошибки были въ противоположномъ направленіи, т. е. опухоли яичниковъ принимаемы были за беременность, благодаря тому, что женщины увѣряли, что онѣ ощущають движенія плода.

§ 97. 15) Въ особенности важное значеніе въ отношеніи дифференціального распознаванія, имѣетъ брюшная водянка. Самыя частыя ошибки діагноза опухолей яичниковъ относятся къ названному болѣзненному состоянію; оба эти патологическія состоянія часто были принимаемы одно за другое. Чѣмъ значительнѣе величина опухоли яичника, чѣмъ равномернѣе и явственнѣе въ ней флукуація, тѣмъ легче смѣшеніе ихъ. Вообще отличительныя свойства этихъ патологическихъ состояній довольно рѣзко выдаются: при опухоли яичника животъ имѣетъ бочкообразную форму, продольный діаметръ его длиннѣе поперечнаго; напротивъ, при Ascites — животъ болѣе расширенъ внизу и имѣетъ шарообразную форму. Въ лежачемъ положеніи форма живота при Ascites болѣе плоская, мягкія части становятся отвисшими. Въ боковомъ положеніи водяночный животъ расплывается въ своемъ поперечномъ діаметрѣ, справа на лѣво, между тѣмъ какъ при вѣдомѣ яичника форма живота не измѣняется. Нижнія ребра при Ascites не выворачиваются наружу. Въ спинномъ положеніи самая большая периферія живота при опухоли яичника приходится почти всегда ниже пупка, а при Ascites всегда на уровнѣ или даже выше его. Разстояніе между пупкомъ и лобкомъ при опухоли яичника больше, нежели разстояніе между пупкомъ и Process. xiphoideus sterni; между тѣмъ какъ при Ascites эти разстоянія почти равны. При Ascites весьма часто бываетъ отекъ нижнихъ конечностей или *anasarca*, въ то время какъ при опухоляхъ яичниковъ отекъ ногъ

развивается только при весьма значительномъ растяженіи живота, а *anasarca* почти никогда не бываетъ, исключая развѣ, когда присоединяется болѣзнь почекъ. Существованіе органическихъ пороковъ сердца говоритъ въ пользу *Ascites*. Циррозъ печени, будучи причиною брюшной водянки, можетъ быть распознанъ только послѣ прокола. Острое развитіе растяженія живота, сопровождаясь лихорадкою, *ceteribus paribus* говоритъ за брюшную водянку. Не лишено также значенія и состояніе тазовыхъ органовъ. При опухоляхъ матка никогда не бываетъ подвижною, что свидѣлствуетъ также въ пользу *Ascites*; то же можно сказать о *descensus uteri*, которое очень часто происходитъ вслѣдствіе нисдавливанія задней стѣнки влагалища водяночною жидкостью, при опухоляхъ же яичниковъ это наблюдается весьма рѣдко. *Knowsley Thornton* (*Med. Times a. Gaz. May. 6 n 13. 1876*) обращаетъ еще вниманіе на то, что при *Ascites portio vag.* представляется укороченною въ видѣ пуговки. Такое явленіе, весьма вѣроятно, получается отъ того, что влагалищный сводъ нисдавливается, между тѣмъ какъ матка при этомъ не опускается.

Далѣе, за *Ascites* говоритъ флуэтуація, которую очень легко вызвать самымъ легкимъ постукиваніемъ пальцемъ, въ особенности, если она до того поверхностна, что можно видѣть самыя слабыя волненія, распространяющіяся въ подвздошныя области; кромѣ того флуэтуація при *Ascites* заходитъ за границы тупаго звука, потому что жидкость пролагаетъ себѣ путь между петлями кишекъ.

Какъ бы то ни было, всѣ эти признаки могутъ быть мало выражены, въ особенности форма живота, если онъ очень растянута, легко можетъ возбудить сомнѣніе. Отеки или осложняющія болѣзни могутъ отсутствовать; анэмезъ можетъ быть очень сбивчивый, а явственная, поверхностная флуэтуація бываетъ также и при однокамерныхъ опухоляхъ яичниковъ.

Если опухоль еще не достигла значительной величины, то всегда можно опредѣлить ея контуры, между тѣмъ какъ при *Ascites*, — если она даже и значительна, — мы никогда не ощущаемъ подъ пальцами ни стѣнокъ, ни самой опухоли.

Въ трудныхъ случаяхъ сомнѣніе разрѣшается помощью постукиванія. Въ лежачемъ на спинѣ положеніи, при *Ascites*, надъ опредѣленною горизонтальною границею, тонъ при постукиваніи получается всегда тимпаническій, подъ этою линіею — пустой, потому что кишечныя петли плаваютъ на водѣ. Если *Ascites* не очень значительна, то въ *Scrobiculum cordis* и болѣе или менѣе приближаясь къ пупочной области, тонъ будетъ тимпаническій, а въ подвздошныхъ областяхъ — пустой. Если же брюшная водянка значительно развилась, позвоночный хребетъ представляется перегнутымъ взадъ, то самую высокую точку образуетъ пупокъ и окружающая его область, и въ такомъ случаѣ на этомъ мѣстѣ слышенъ только кишечный тонъ, между тѣмъ какъ подъ ребрами и подъ ложечкою, лежащими ниже, звукъ будетъ пустой. Совершенно обратное мы наблюдаемъ при опухоли яичника: въ срединѣ, на самой высокой точкѣ живота, слышенъ пустой звукъ, въ то время какъ на мѣстахъ ниже лежащихъ, подъ реберными дугами и въ *Scrob. cordis*, и въ осо-

бенности въ подвздошныхъ областяхъ слышенъ на большомъ протяженіи кишечный тонъ, ибо сюда обыкновенно бывають отодвинуты петли кишекъ. Длннн, ограничивающая тонъ пустой отъ полнаго, образуетъ при опухоли яичника дугу, выпуклостью обращенную къ послѣднему, а при Ascites выпуклость дуги обращена къ пустому тону.

Особенно важную роль играютъ видоизмѣненія, обусловливаемые переменною положенія. Огромная опухоль яичника не измѣняетъ положенія своего въ животѣ и, какое бы положеніе не приняла бы пациентка, звукъ при перкуссіи не измѣняется. Напротивъ того, при Ascites, гдѣ петли кишекъ постоянно стремятся занять мѣсто на поверхности воды, при боковомъ положеніи — звукъ будетъ пустой въ нижней сторонѣ, между тѣмъ какъ въ верхней сторонѣ тонъ будетъ кишечный. Уровень жидкости при Ascites особенно ясно обозначается, если изслѣдовать большую сначала въ согнутомъ къзади спинномъ положеніи и вскорѣ затѣмъ въ сидячемъ или стоячемъ положеніи.

Къ этому способу постукиванія при переменномъ положеніи должно прибѣгать даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы съ достовѣрностью узнали опухоли яичниковъ, во первыхъ уже потому, что не рѣдко Ascites симулируетъ опухоль яичника, а во вторыхъ потому, что довольно часто вмѣстѣ съ опухолью существуетъ и Ascites, которую легко можно не узнать. Необходимо при этомъ давать больной положеніе то на одномъ, то на другомъ боку. — Мнѣ извѣстенъ случай, въ которомъ очень опытный собратъ принялъ явственную Ascites за опухоль яичника только потому, что онъ ограничился изслѣдованіемъ больной на одномъ только лѣвомъ боку. — На самомъ высокомъ мѣстѣ живота получался при этомъ абсолютно пустой звукъ, зависѣвшій отъ огромной печени, которую до опорожненія воды нельзя было прощупать. Точно также ошибка возможна, вследствие присутствія въ водяночной жидкости плавающихъ опухолей; вотъ почему изслѣдованіе помощью перкуссіи должно быть произведено самымъ тщательнымъ образомъ и въ разныхъ положеніяхъ.

Хотя помощью перкуссіи въ большей части случаевъ удастся опредѣлить очень скоро и съ большою достовѣрностью, имѣемъ ли мы предъ собою свободную жидкость или же мѣшечатую опухоль, тѣмъ не менѣе случаются многочисленные ошибки, которыя возрастають пропорціонально количеству накопившейся жидкости или величинѣ опухоли. Даже при очень умѣренной брюшной водянкѣ очень легко возможны ошибки; послѣднія въ такомъ случаѣ могутъ зависѣть оттого, что части кишекъ, лишенныя вовсе брыжейки, или если послѣдняя очень коротка, — какъ напр. colon descendens или coecum, — помѣщаясь въ самыхъ отлогихъ областяхъ живота, обусловливають тамъ кишечный тонъ, если глубже вдавливать изслѣдующій палецъ въ покровы живота. Поэтому, при умѣренно растянутомъ животѣ, необходимо обращать особенное вниманіе на то, чтобы палецъ или плессиметръ накладываемы были, но не вдавливались въ покровы живота. Малѣйшее выдающееся различіе, замѣчаемое при болѣе крѣпкомъ нажиманіи пальцемъ на брюшные покровы, уже говоритъ о большой вѣроятности существованія свободной жидкости. Названная только что особенность очень часто составляетъ камень преткновенія, въ особенности для на-

чинающихъ врачей, при распознаваніи опухоли яичника, осложненной умѣренной водянкою, благодаря тому, что при изслѣдованіи въ лежащемъ на спинѣ положеніи, всегда находятъ кишечный тонъ въ мягкихъ областяхъ. Но имѣя въ виду все изложенное, не трудно избѣгнуть ошибки; кромѣ того не должно забывать, что при умѣренно растянутомъ животѣ опухоль яичника всегда можно не только ощупать, но и опредѣлить ея границы.

Гораздо труднѣе избѣгнуть ошибокъ при болѣе значительномъ растяженіи живота. Трудности эти заключаются въ слѣдующемъ: при очень большихъ опухоляхъ яичника кишечный тонъ исчезаетъ начиная, съ области *scrobiculi cordis* и въ лѣвомъ подреберьи. Пустой звукъ, получаемый на самой опухоли, граничитъ съ легочнымъ тономъ. Такимъ образомъ остается руководствоваться результатомъ перкуссіи въ мягкихъ областяхъ; но и здѣсь кишечный тонъ можетъ или совершенно отсутствовать, или же онъ до того неясенъ или ограниченъ такимъ малымъ пространствомъ, что перкуссія не ведетъ болѣе ни къ какому положительному результату. Можетъ случиться, что петли кишекъ скучиваются на весьма маломъ пространствѣ, у самаго позвоночнаго хребта, такъ что, благодаря положенію здѣсь почекъ или же вслѣдствіе толщины мускулатуры, кишки становятся недоступными для перкуссіи, въ особенности на сторонѣ заболѣвшаго яичника; съ другой стороны, петли кишекъ могутъ временно быть переполнены фекальными массами, что также затемняетъ положеніе вещей. Въ особенности легко смѣшать получаемыя перкуссіею явленія съ явленіями при брюшной водянкѣ, когда въ кисту яичника попадетъ воздухъ; въ такомъ случаѣ съ каждою переменною положенія больной, измѣняется относительное положеніе воздуха и жидкости.

Наоборотъ, случается также, что при *Ascites* кишечный тонъ не будетъ слышенъ на самой возвышенной точкѣ живота, — когда при значительномъ растяженіи живота брыжейка недостаточно длинна, и поэтому препятствуетъ кишкамъ плавать на поверхности жидкости. Последнее встрѣчается часто тамъ, гдѣ брыжейки укоротились послѣ процессовъ сморщиванія (хроническій перитонитъ) или вслѣдствіе развитія злокачественныхъ опухолей. Съ другой стороны, кишечный тонъ получается въ самыхъ низменно лежащихъ, мягкихъ областяхъ, не смотря на значительное развитіе брюшной водянки, когда удерживаемыя сзади укороченною брыжейкою части кишекъ будутъ сильно растянуты воздухомъ, или же когда кишки срослись съ брюшными стѣнками. Въ такомъ случаѣ, не смотря на переменныя положенія больной, перкуссія не дастъ намъ никакихъ результатовъ. Для распознаванія петель кишекъ при *Ascites*, если онѣ сходятъ до стѣнозъ живота или находятся близъ нихъ, необходимо дѣлать глубокую перкуссію, т. е. сильно вдавливать палецъ по срединѣ живота.

На самомъ дѣлѣ, діагнозъ становится иногда невозможнымъ, несмотря на существованіе всѣхъ названныхъ выше признаковъ, каковы флукуанція, форма живота и т. д., тѣмъ болѣе, что при высокой степени растяженія живота всѣ упомянутыя отличія совершенно исчезаютъ, въ какой бы точкѣ живота мы не искали ихъ. Самые опытные наблюдатели не могли избѣгнуть ошибокъ въ такихъ темныхъ случаяхъ.

§ 98. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ тщетно были примѣняемы всѣ способы изслѣдованія, намъ остается еще пробный проколъ. При помощи этого послѣдняго мы достигаемъ двойкой цѣли: во первыхъ, онъ даетъ намъ возможность изслѣдовать свойства жидкости, и во вторыхъ, опорожнив животъ, его легче и точнѣе можно изслѣдовать пальпацією.

Не подлежитъ сомнѣнію, что то и другое имѣетъ важное значеніе для рѣшенія занимающаго насъ вопроса. На особенную важность изслѣдованія жидкости обратили вниманіе Вальдейеръ и Шпигельбергъ; послѣдній въ особенности стоитъ за пробный проколъ; съ нимъ согласенъ и Скандони. Пробный проколъ приобретаетъ особенно важное значеніе для дифференціальной діагностики, о чемъ я скажу здѣсь только нѣсколько словъ, такъ какъ болѣе подробно будетъ говорено объ этомъ ниже (см. § 107).

О присутствіи вещества, названнаго паральбуминомъ, состоящаго изъ смѣси или соединенія бѣлковинныхъ веществъ и муцина, было уже говорено въ § 47, гдѣ были указаны рекомендуемые Гунпертомъ методы для открытія этого вещества. Еще не рѣшено, служить ли присутствіе этого вещества абсолютнымъ доказательствомъ отсутствія водяночной жидкости, такъ какъ доказано, что зародышевый эпителий на поверхности яичника въ состояніи воспроизводить это вещество. Тѣмъ не менѣе, если можно доказать присутствіе муцина (паральбумина) или непосредственно когда при обработкѣ кислотами образуется сахаръ, то съ большою вѣроятностью можно допустить, что мы имѣемъ предъ собою не одну только брюшную водянку. Въ пользу существованія послѣдней, по Шпигельбергу, служить произвольное образованіе свертковъ, которое всегда замѣчается въ водяночной жидкости, но никогда не наблюдается въ жидкомъ содержимомъ яичниковъ. Но этотъ признакъ нельзя назвать непогрѣшимымъ; ибо Вирховъ (*Verhand. d. Gebh. Ges. in Berlin Bd. III*), Клобъ (стр. 357), Мартинъ (стр. 10), Вестфаленъ (*Arch. f. Gyn. VIII. стр. 85*), Скандони (*Beitr. Bd. V*) видѣли произвольное свертываніе содержимаго кистомъ яичниковъ; Шредеръ (см. *Böhmig, Arch. f. Klin. Med. XVII. 1876, стр. 357*) въ одномъ случаѣ кисты яичника съ перекручиваніемъ ножки, даже былъ введенъ въ заблужденіе, благодаря произвольному створаживанію; тоже самое случилось и со мною въ одномъ случаѣ кисто-фибромы, который подробно описанъ будетъ ниже (§ 100).

Но самое главное значеніе приписываютъ Шпигельбергъ и Вальдейеръ микроскопическому изслѣдованію жидкости. Въ водяночной жидкости всегда находятъ амебондныя клѣтки, пластинчатыя клѣточки эндотелія, часто кровь, а также пигментъ; по показанію тѣхъ же авторовъ, никогда не находятъ цилиндрическаго эпителия; послѣдній, напротивъ, составляетъ характеристическій спутникъ жидкаго содержимаго яичника, въ которомъ также находятъ кровяныя тѣльца и пигментъ, часто холестеринъ; гнойныя же тѣльца находятъ только при воспаленіи стѣнокъ кисты, слѣдовательно не иначе, какъ послѣ предшествовавшаго прокола. Нѣтъ сомнѣнія, что показанія эти имѣютъ большое значеніе. Насколько непогрѣшимо мнѣніе Шпигельберга, утверждающаго, что присутствіе цилиндрическаго эпителия абсолютно говоритъ противъ водяночнаго происхожде-

нія жидкости, — нуждается еще въ подтвержденіи дальнѣйшими наблюденіями и изслѣдованіями. Существуютъ предположенія, что поверхностный эпителий яичника можетъ иногда попасть и въ водяночную жидкость; поэтому при всемъ уваженіи къ опытности такого наблюдателя, какъ Вальдейеръ, основавшій свои выводы только на 25 наблюденіяхъ, — показаніямъ его нельзя еще придавать абсолютно-рѣшающаго значенія. Какъ бы то ни было, необходимо обратить вниманіе на то, что микроскопическія изслѣдованія пароваріальныхъ кистъ, тѣсно связанныхъ пока съ кистами яичниковъ, очень часто не приводили ни къ какимъ результатамъ, такъ какъ, несмотря ни на какія старанія, въ жидкости ихъ часто не удавалось отереть никакихъ морфологическихкихъ элементовъ, кромѣ зернышекъ и вѣтвочекъ съ зернами. Тоже самое можно сказать о жидкости водяночныхъ фолликуловъ. Вальдейеръ не имѣлъ случая изслѣдовать жидкости пароваріальныхъ кистъ.

Изъ всего сказаннаго явствуется, что изслѣдованіе жидкости, большею частью, въ состояніи устранить сомнѣніе при распознаваніи, но оно не исключаетъ абсолютно и ошибокъ. Диагнозъ болѣе разъясняется пальпаціею, послѣ прокола и значительнаго опоражненія жидкости. Если мы имѣемъ дѣло съ водянкою, то, послѣ удаленія жидкости, легко можно оцупать плотную опухоль, увеличенную печень, ножен опухоли или связь ея съ какимъ нибудь органомъ брюшной полости.

Для большей наглядности, мы приводимъ слѣдующее сопоставленіе отличительныхъ признаковъ брюшной водянки и мѣшечатой опухоли яичника:

Киста Яичника.

Медленный ростъ.

Рѣдко, при томъ очень поздно отекаютъ бедра; почти никогда общей водянки.

Животъ имѣетъ форму бочки; ребра выворочены; заднепередній діаметръ преобладаетъ; самая большая окружность ниже пупка.

Перемѣна положенія не оказываетъ никакого вліянія на форму живота.

При перкуссіи на самой высшей точкѣ живота (въ области пупка) уже очень рано получается пустой звукъ, болѣе ясный въ обл. Scrob. cordis и въ подвздошныхъ впадинахъ.

Ascites.

Быстрое происхожденіе; иногда въ сопровожденіи лихорадки. Иногда можно опредѣлить страданіе сердца, печени или почекъ.

Раннее развитіе отека нижнихъ конечностей или даже асцитса.

Животъ шаровидный, ребра въ нормальномъ положеніи; животъ, въ лежачемъ положеніи, больше въ ширину, нежели въ вышину. Самая большая периферія на уровнѣ пупка.

Форма живота измѣняется, смотря потому, лежитъ ли больная, на боку, на спинѣ, или же она стоитъ.

Перкуссія на самой высокой точкѣ, въ лежачемъ на спинѣ положеніи, даетъ ясный тонъ, особенно если нажимать сильно пальцемъ. Въ мягкихъ областяхъ уже очень рано получается пустой звукъ.

Переменная положенія не измѣняютъ результатъ перкусіи.

Волна флуктуаціи ограничивается пространствомъ пустаго тона.

Матка часто приподнята, или смѣщена взади въ *sacum os. Sacri*, обыкновенно удерживаетъ относительно нормальное положеніе; подвижность ея ограничена.

Жидкость болѣе или менѣе густа, содержитъ муцинъ; обнаруживаетъ почти всѣ отгѣнки обрашиванія; уд. вѣсъ = 1015 — 1030, почти никогда произвольно не свертывается; она содержитъ эпителиальныя, цилиндрическія влѣтки, часто холестеаринъ, рѣдко гнойныя тѣльца.

Само собою разумѣется, что распознаваніе еще болѣе затруднено, когда висты яичника осложняются брюшною водяною. Къ счастью очень большаго размѣра висты яичниковъ очень рѣдко осложнены водяною или послѣдняя незначительна; нераспознаваніе послѣдней не влечетъ за собою никакихъ дурныхъ послѣдствій, такъ какъ все вниманіе должно быть обращено на опухоль яичника. Совсѣмъ другое дѣло, когда небольшая опухоль яичника будетъ обнаружена водяною, — явленіе замѣчаемое преимущественно при плотныхъ опухляхъ яичниковъ, а также при вистомахъ. Въ случаяхъ послѣдняго рода, строго говоря, *Ascites* не играетъ никакой роли; въ такомъ случаѣ обыкновенно существуетъ разрывъ висты, вслѣдствіе чего жидкость излилась въ полость живота, но жидкость сохраняетъ свойства оваріальной. То же явленіе представляетъ намъ оваріальная водянка при папиллярныхъ вистомахъ, на наружной поверхности которыхъ развились сосочки. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, болѣею частью, съ перваго раза ставятъ діагнозъ на *Ascites*. Именно въ этихъ случаяхъ проколъ въ состояніи дать необходимое разъясненіе, давая возможность опредѣлить оваріальныя свойства жидкости, или дѣлая опухоль доступною пальпаціи.

§ 99. Казуистика ошибокъ очень обширна. Можно безошибочно допустить, что въ половинѣ или даже болѣе всѣхъ случаевъ, гдѣ былъ сдѣланъ пробный разрѣзь, послѣдній былъ вызванъ брюшною водяною. Подробное описаніе всѣхъ обстоятельствъ, послужившихъ поводомъ къ ошибкамъ, было бы крайне поучительно; но, къ сожалѣнію, самое незначительное число такихъ случаевъ передается гласности, и тѣмъ менѣе подробно описаны. Я ограничусь описаніемъ только нѣсколькихъ такихъ случаевъ:

При переменной положенія кишечный тонъ переизмѣняется на самое высокое мѣсто живота.

Волненіе очень явственно, легко вызывается и переходитъ въ область кишечнаго тона.

Матка опущена внизъ почти до *prolapsus*, очень подвижна.

Жидкость свѣтлая, желтоватаго или зеленоватата цвѣта; иногда окрашена кровью; уд. вѣсъ = 1005 — 1015. Когда жидкость долго стоитъ, она часто свертывается; она содержитъ бѣлые кров. шарики, можетъ быть никогда, или очень рѣдко цилиндрическія эпителии и холестеаринъ.

Atlee говорить о двухъ случаяхъ (№ 13 и 14), въ которыхъ, благодаря содержанию воздуха въ кистахъ яичника, ихъ легко можно было принять за Ascites. У обѣихъ больныхъ, въ какомъ бы положеніи онѣ не лежали, всегда можно было слышать кишечный тонъ на самомъ выдающемся мѣстѣ живота. У одной больной уже 14 разъ дѣлали проколъ, въ послѣдній разъ за 6 дней. Всѣ явленія въ этомъ случаѣ можно было объяснить, помимо всякаго содержания воздуха ослабленіемъ стѣнокъ кисты. Слѣдующій проколъ далъ чистую овариальную жидкость. У второй больной, не задолго до того, произошелъ вскрытіе кисты въ кишку. Вслѣдъ за обильнымъ истеченіемъ жидкости per rectum, объемъ живота уменьшился до нормы.

Самая опасная по своимъ послѣдствіямъ и притомъ самая частая ошибка состоятъ въ принятіи брюшной водянки за опухоль яичника.

Много поучительнаго представляетъ слѣдующій случай Atlee (№ 16):

49 лѣтняя женщина, мать 6 дѣтей, страдаетъ 3 года болѣзненными припадками, повторяющимися приступами чрезъ мѣсяць, а въ послѣднее время гораздо чаще. Не задолго до того два періода регулы не появлялись, но затѣмъ снова показались.

6 недѣль тому назадъ, послѣ сильнаго болѣзненнаго приступа, животъ сталъ пухнуть такъ быстро, что въ два дня достигъ объема Sub finem Graviditatis. Сильно выдающійся животъ повсюду флукутировалъ и, при всякомъ положеніи больной, сохранялъ свою форму. Постукиваніе даетъ вездѣ пустой тонъ, исключая по длинѣ правой стороны, въ области пупка и epigastri; послѣднее не пѣбляется при всякомъ положеніи. Сдѣланъ проколъ и чрезъ троакаръ вытекло 12 пинтъ зеленовато-желтой жидкости. Троакаръ съ трудомъ проникалъ въ глубину и такое же сопротивленіе ощущалось при выниманіи его. Вокругъ мѣста прокола, приблизительно на разстояніи 3" отъ него въ ту и въ другую сторону, можно было ощупать массу, походившую на сложившуюся въ складки стѣнку кисты, кромѣ того in epigastrio и влѣво отъ пупка ощущывались твердые узлы. Матка стояла неподвижно въ тазу. Спустя 6 недѣль больная, исхудавшая въ высшей степени, умерла, послѣ того, какъ она перенесла приступъ заворота кишекъ.

При вскрытіи оказалось, что вся брюшная полость представляла одну простую кисту. Кишки были притянуты очень укороченною брыжейкой къ позвоночному хребту. Сальникъ, сморщившійся въ одну твердую массу, представлялъ собою упомянутую выше у пупка опухоль. Какъ висцеральная, такъ паріетальная пластинка брюшины были усѣяны туберкулезными узлами.

Сомнѣніе въ данномъ случаѣ поддерживалось тѣмъ, что перемѣна положенія больной не оказывала никакого вліянія на форму живота и на явленія перкуссіи. Съ другой стороны, трудно было объяснить неравномѣрное распределеніе кишечнаго тона на обѣ стороны, при опухоли яичника, не представлявшей никакихъ неправильностей; кромѣ того трудно было согласовать совпаденіе кишечнаго тона на уровнѣ пупка съ опухолью яичника. Наконецъ очень подозрительны были найденные уже послѣ прокола, многочисленные, легкоощущаемые узлы и опухоль у пупка, а также абсолютная неподвижность матки.

Atlee (наблюд. 23) сообщаетъ еще слѣдующій, заслуживающій вниманія случай осложненія кисты яичника съ брюшною водянкою.

40 лѣтняя, безплодная женщина, имѣла уже нѣсколько лѣтъ огромный животъ; затѣмъ явились приступы боли въ животѣ, такъ что она не могла переносить малѣйшаго до-

трогиванія до живота. Вскорѣ обнаружилось ясное скопленіе жидкости въ животѣ; въ тоже время стали пухнуть ноги. Менструація продолжала появляться правильно, но съ болью. Больной былъ сдѣланъ 4 раза проколъ; послѣ каждаго прокола можно было убѣдиться, что въ животѣ оставалась большая, плотная, неровная масса. Altee увидѣлъ больную 16 дней послѣ послѣдняго прокола. Огромный животъ имѣлъ совершенно симметрическую форму; вездѣ получался пустой перкуссіонный тонъ; флюктуація явственная; ощущение указывало, что жидкость не густая. Когда быстро и глубоко вдавливали пальцемъ, можно было опухать опухоль. Перемѣна положенія больной не оказывала никакого вліянія ни на форму живота, ни на явленія перкуссіи. Матка удержала нормальное положеніе и повидимому не находится ни въ какой связи съ опухолью. Послѣ повторнаго прокола, можно было опухать, что опухоль была мѣшечкаго свойства. Диагностицировано было *Kystoma ovarii cum ascitide*,—что и подтвердилось при лапоротоміи. Такимъ образомъ, діагнозъ возможенъ былъ только благодаря проколу.

Результатъ изслѣдованія указывалъ на простую кистому яичника. Опухоль, отодвинувъ всѣ кишки взади, тѣмъ самымъ затемнила всѣ физическія явленія брюшной водянки, которая въ свою очередь не допускала и подозрѣнія въ существованіи опухоли.

Sp. Wells сообщаетъ два случая хроническаго перитонита (стр. 103, перев. Грензера), въ которыхъ онъ готовъ былъ предположить опухоль яичника и гдѣ все дѣло разъяснилось, благодаря разрѣзу. Въ первомъ случаѣ, во время глубокаго вдыханія, казалось, что подъ стѣнками живота движется опухоль. Въ спинномъ положеніи въ обѣихъ подвздошныхъ впадинахъ слышенъ былъ ясный звукъ. Всѣ эти обстоятельства подали поводъ предположить свободную жидкость. Сдѣланный проколъ не разъяснилъ дѣла. При лапоротоміи оказалось, что матка и яичники сохранили нормальную величину; только нѣсколько петель кишекъ могли свободно передвигаться, большая же часть ихъ вмѣстѣ съ colon и сальникомъ были фиксированы сзади и вверху въ полости живота. Брюшина была усѣяна мириадами бугорковъ. Больная не только оправилась послѣ пробнаго разрѣза, но и жидкость болѣе не скоплялась, и больная прожила еще 10 лѣтъ.

Подобныя ошибки случались, по словамъ и у другихъ авторовъ, напр. у Mc. Dowell'a, Henry Smith'a и Сп. Уэллса. Перуцци (сообщ. Галледомъ, стр. 188), руководствуясь кишечнымъ тономъ въ правой подвздошной области и въ *linea ileo-costalis dextra*, принялъ брюшную водянку за опухоль яичника. Лапоротомія окончилась счастливо. Госселенъ (*Gaz. hebdomad.* 1868, стр. 264) врыскивалъ іодъ при *Ascites*, также безъ вредныхъ послѣдствій. Тѣмъ не менѣе такой промахъ не всегда кончается такъ удачно. Voinet (лечение іодомъ 1855, стр. 206) и West (перев. Лангенбекка 1860, стр. 624) также дѣлали врыскиванія іодомъ въ полость брюшины; смерть послѣдовала, при явленіяхъ коллапса, спустя 16½ часовъ.

§ 100. 16). Кистофибромы матки или широкихъ связокъ. Дифференціальная діагностика этихъ опухолей самая трудная. Ошибки въ этомъ случаѣ были бы чрезвычайно многочисленны, если бы вообще кистофибромы не принадлежали къ самымъ рѣдкимъ опухолямъ. Обыкновенно ихъ легко смѣшать только съ опухолями громаднхъ размѣровъ. Ошибки тѣмъ болѣе возможны, что кистофибромы въ отношеніи формы, резистенціи, а также относи-

тельно отодвиганія кишечныхъ петель и явленій перкуссiи, ничѣмъ почти не отличаются отъ кистомъ яичниковъ. Главныхъ руководящихъ моментовъ не много и тѣ не надежны. Вообще кистофибромы рѣдко встрѣчаются въ молодые годы. По изысканiямъ Неегъа, изъ 51 больной съ фиброастомами матки имѣли во время наблюденiя ихъ врачами, отъ роду: 8=20—30 лѣтъ; 17=30—40 л., 23=40—50 л. и 3=50—53 л. Субъективные припадки не имѣютъ никакого значенiя для диагноза. Кровотеченiя обыкновенно не бываетъ при кистофибромахъ, такъ какъ онѣ обыкновенно сидятъ подъ брюшиною. Медленный ростъ, въ продолженiи многихъ лѣтъ, говоритъ скорѣе въ пользу *Fibroma cysticum*.

Главный отличительный признакъ заключается въ томъ, что при нихъ опущиваются плотныя, фиброзныя массы, какъ снаружи, такъ и между эластическими или флукутирующими мѣстами; флукутація б. ч. не очень явственна. Матка часто стоитъ выше нормальнаго и въ тоже время наклонена впередъ, такъ какъ дно увеличенной матки склоняется впередъ. Если это положенiе матки выражено въ значительной степени, то оно не лишено значенiя при распознаванiи. Шумъ сосудовъ также представляетъ признакъ, говорящiй въ пользу маточнаго происхожденiя опухоли. Поверхность кистофибромы не представляетъ вовсе никакихъ неправильностей, или же онѣ мало замѣтны. Главнѣйшiй отличительный признакъ заключается въ возможности констатировать прямое происхожденiе опухоли изъ матки. Для этого недостаточно бываетъ одно изслѣдованiе *per vaginam*; въ такомъ случаѣ большое значенiе имѣетъ изслѣдованiе *per rectum* паль или цѣлою рукою; но и этотъ способъ очень часто не достигаетъ цѣли. Въ послѣднемъ случаѣ приходится, для разъясненiя недоразумѣнiя, прибѣгнуть къ проколу. При прокалыванiи кистофибромы троакаръ встрѣчаетъ большое сопротивленiе со стороны стѣнокъ ея, какъ это замѣтилъ уже Кеберле. Рѣдко чрезъ трубку троакара вытекаетъ большое количество жидкости, иногда вытекаетъ одна кровь, обыкновенно же истекаетъ или жидкая, серозная, мутная, желтоватая жидкость, или же грязно-бурая, похожая даже на шоколадъ, масса. Но никогда не видѣли, чтобы вытекала тягучая, желеподобная или слизистая масса, каковую мы видали б. ч. при кистомахъ яичниковъ. Очень часто выпущенная жидкость свертывается подъ влiянiемъ воздуха уже чрезъ нѣсколько минутъ или часовъ, вся или только отчасти; на это свойство обратили вниманiе Wells, Кеберле, Пизли, въ особенности же Atlee, и считаютъ его самымъ вѣрнымъ признакомъ маточной опухоли. Это свойство жидкости свертываться подтверждено Неегъомъ, Шпигельбергомъ (*Arch. f. Gyn. VI, стр. 349*) и др.; я также имѣлъ случай наблюдать это явленiе, наступившее очень скоро. Но съ одной стороны, опытъ показалъ, что свойство это встрѣчается въ меньшемъ числѣ случаевъ, и что отсутствiе его еще не исключаетъ маточныхъ опухолей; а съ другой, извѣстны многiе случаи, гдѣ жидкость изъ овариальныхъ кистъ обладала тѣмъ же свойствомъ свертываться. Приведенные выше случаи Вирхова, Мартина, Сванцони, Клоба, Вестфалена и Шредера не подлежатъ никакому сомнѣнiю; мнѣ также случилось наблюдать названное явленiе въ слѣдующемъ случаѣ:

Г-жа К., умершая на 53 г., лечилась у меня за 12—14 лѣтъ отъ *retroflexio uteri*, сопровождавшейся частыми и сильными ограниченными перитонитами. Спустя долгое время, больная опять обратилась ко мнѣ за помощью. Теперь я нашелъ у нея твердую опухоль, величиною въ дѣтскую головку, сидѣвшую въ лѣвой половинѣ входа таза. Матка поднялась изъ полости таза; значительная и долго существовавшая *retroflexio* исчезла. Основываясь на физическихъ явленіяхъ опухоли и на тѣсной связи ея съ маткою, я принялъ ее за фиброму матки. Черезъ 2 года, рядомъ съ этою опухолью, появилась другая, также твердая, сидѣвшая надъ правою половиною верхней апертуры таза. Начиная съ этого времени, обѣ опухоли продолжали, хотя медленно, но постоянно, увеличиваться, слившись въ одну. Менструація становилась съ каждымъ разомъ все обильнѣе. Когда, спустя нѣкоторое время, я опять увидѣлъ большую, то, къ удивленію моему, нашелъ, что опухоль достигла величины матки *ad terminum*, и, что особенно замѣчательно, на опухоли можно было замѣтить нѣкоторыя эластически-мягкія мѣста; упругая напряженность увеличивалась, а вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивалось и протяженіе означенныхъ выше мягкихъ мѣстъ. Наконецъ, опухоль превзошла величину матки *ad terminum* и представляла ровную и шаровидную поверхность, исключая грехъ большихъ, плоскихъ, но выдающихся возвышеній, составлявшихъ большую часть всей опухоли и флуктуировавшихъ очень явственно. Тѣмъ не менѣе видно было, что стѣнка, окружающая жидкость, была толстая, твердая и поэтому и флуктуація не была въ такой степени явственна, какъ это обыкновенно бываетъ въ нѣкоторыхъ кистамахъ яичниковъ.

Подозрѣніе мое возросло въ высшей степени, и я рѣшился сдѣлать, въ двухъ разныхъ мѣстахъ, пробный проколъ шприцемъ Праваца, причемъ получилась чуть мутная, водянистая жидкость, свѣтложелтаго цвѣта, которая очень скоро свернулась. Полученный такимъ образомъ пирогъ, походилъ на желатину и не испускалъ изъ себя ни капли сыворотки. Послѣ всего этого діагнозъ мой окончательно остановился на мѣшчатой мюмѣ. Я демонстрировалъ этотъ случай въ клиникѣ и въ другихъ мѣстахъ, какъ примѣръ того, что безъ помощи прокола, всякій могъ легко діагностировать въ данномъ случаѣ опухоль яичника. Больная: впоследствии принята въ больницу, гдѣ, для облегченія ея страданій, ей сдѣланъ былъ *sub linea vitae* проколъ большимъ троакаромъ, причемъ выпущено было 22 фунта жидкости, уд. вѣсъ которой—1016.

Послѣ смерти больной найдена опухоль яичника, которую, по мнѣнію проф. А к к е р и а н н а, слѣдуетъ причислить къ плотнымъ, не смотря на то, что находились многочисленныя промежутки и расщелины. На самомъ дѣлѣ это была кистосаркома въ анатомическомъ значеніи этого слова, въ полостяхъ которой находились огромныя старыя, выросшія фибриновые свертки, образовавшіе толстыя осадки на неправильныхъ стѣнкахъ кистъ, рядомъ съ извѣстною намъ желтою сывороткою. Кромѣ того, нашлн свѣжія кровяныя массы, б. ч. въ створоженномъ видѣ. Даже при вскрытіи опухоль вѣсила около 25 фунтовъ.

Случай этотъ доказываетъ, что признакъ произвольнаго створаживанія можетъ быть присущъ въ высшей степени и жидкости опухоли яичника. Въ данномъ случаѣ, въ полости опухоли произошли кровонзліанія, и, даже послѣ выдѣленія части фибрина, еще оставалось много, способной къ створаживанію сыворотки. Очень можетъ быть, что то же явленіе существовало и въ томъ случаѣ, въ которомъ Шредеръ сдѣлалъ ошибку. Тамъ имѣло мѣсто перекручиваніе ножки, которое также могло обусловить развитіе кистъ. Не будетъ ничего удивительнаго, если въ будущемъ чаще стануть находить описанное явленіе именно въ опухоляхъ съ перекрученною ножкою.

Хотя мы не можемъ указать ни на одинъ абсолютно вѣрный признакъ при дифференціальной діагностикѣ, тѣмъ не менѣе, принявъ во вниманіе совокупность признаковъ, мы въ состояніи будемъ съ большою вѣроятностью поставить діагнозъ, причемъ произвольное створаживаніе жидкости подъ влияніемъ воздуха все-таки остается однимъ изъ лучшихъ и болѣе вѣрныхъ признакововъ.

Изъ многочисленной базунстиеи ошибокъ, мы приведемъ здѣсь только нѣкоторые случаи: Holmes (Tr. pathol. Soc. XVII 189, 1867) экстирпировалъ, послѣ разъясненія ошибки, матку вмѣстѣ съ опухолью. Больная умерла. Routh (Tr. obst. Soc. VIII 1867, стр. 122) принялъ выросшую въ 17 мѣсяцевъ опухоль за яичникъ. Начатую экстирпацію нельзя было окончить. Больная умерла. Neugebauer (Scanzoni's Beitr. Bd. VI 1869, стр. 125) принялъ за опухоль яичника вистоміому, исходившую изъ матки и разросшуюся между листами широкой связки. Одновременно опухоль была осложнена брюшною водячкою. N. экстирпировалъ опухоль вмѣстѣ съ маткою. Исходъ летальный. Lee (New-York med. Record. Jan. 1870, стр. 495) руководствовался при діагностикѣ зондированіемъ матки, имѣвшей только 2¹/₂" въ длину и казавшеюся подвижною, независимо отъ опухоли. Больная умерла спустя 31 часъ послѣ оперативнаго вмѣшательства. Матка оказалась длиною въ 7".—Kunag (Wien. med. Presse 1867, стр. 703), Штилингъ (Deutsche Klinik 1868, стр. 89), Ger mann и Симонъ (см. Грензеръ Ovariotomie стр. 103), Паккаръ (Amer. J. of. m. Sc. 1871, Oct., стр. 433), Робертсъ (Lancet. 25, Nov. 1871), Beatty (Brit. med. J. 4 Nov. 1871, стр. 517), Пизли (Amer. J. of obstetr. 1870, стр. 308 и Ovar. tumors стр. 147), Atlee (gen. and diff. diagn. стр. 263 и слѣд.), Sp. Wells (перев. Грензера стр. 141) и м. др. наблюдавали случаи ошибочнаго діагноза.

Gayet (Lyon méd. 1874 Nr 9) принялъ мѣшчатую міому широкой связки за вистому яичника. Груберъ (Petersb. med. Zeit., 1864, N. 12) счелъ за вистому яичника Sarcoma fibrosa cysticum яйцепровода. Schetelig (Arch. f. Gyn. I, стр. 425) описываетъ Cystomyoma teleangiectodes cavernosum широкой связки, походившую на Tumor ovarii.

§ 101. 17) Опухоли почекъ, которыя легко смѣшивать съ опухолями яичниковъ, чаще всего, суть ничто иное, какъ hydronephrosis ихъ; затѣмъ идутъ эхинококки и карцинома. Зная различія этихъ патологическихъ состояній, въ большинствѣ случаевъ, легко избѣгнуть ошибокъ. Это въ особенности легко, когда можно съ точностью опредѣлить мѣсто происхожденія опухоли изъ той или другой почечной области, неизмѣнчивое положеніе, малую подвижность опухоли и положеніе кишекъ между послѣднею и стѣнкою живота. Но когда опухоль почки достигаетъ значительной величины (какъ напр. въ случаѣ Уэллса, въ 48 фунт.), тогда всѣ исчисленные выше отличительные признаки теряются болѣе или менѣе. Опухоль выполняетъ собою полость живота, и тогда трудно распознать боковое происхожденіе ея. Неподвижность тоже ничего не доказываетъ, ибо и большія опухоли яичниковъ также могутъ быть неподвижны; наконецъ и кишки бывають вполнѣ или только отчасти отодвинуты отъ брюшной стѣнки и оттѣснены въ сторону. Въ случаяхъ съ опухолями почекъ огромныхъ размѣровъ, должно еще имѣть въ виду слѣдующее: опухоль имѣетъ явственное несимметрическое положеніе, причѣмъ въ одной сторонѣ живота остается нѣкоторое, незанятое опухолью, пространство. Явленіе это было замѣчено, между прочимъ, въ 2 случаяхъ Спенсера Уэллса и въ случаѣ эхинококковъ въ правой почкѣ у Шпигельберга; въ случаѣ же Эсмарха (Шетелига)

опухоль имѣла срединное положеніе. Далѣе, большее значеніе имѣеть положеніе кишекъ, которое отличается отъ обыкновеннаго положенія ихъ при опухоляхъ яичниковъ. Сп. Уэллсъ первый обратилъ вниманіе на то, что при водянкѣ почки Colon соответственной стороны всегда лежитъ впереди опухоли; при Hydronephrosis sinistra Colon descendens обыкновенно лежитъ вертикально и впереди опухоли, а при Hydronephr. dextra—Colon ascendens лежитъ впереди и съ внутренней стороны опухоли. Только подковообразныя и блуждающія почки могутъ помѣщаться впереди Colon; но при этихъ аномаліяхъ еще никто не наблюдалъ водянки почекъ. Понятно, что опухоли яичниковъ никогда не могутъ лежать позади Colon ascendens или descendens; равнымъ образомъ Colon transversum и тонкія кишки могутъ только въ рѣдкихъ случаяхъ лежать впереди опухоли яичника.

Если впереди сомнительной опухоли получается при постукиваніи кишечный тонъ, между тѣмъ какъ въ поясничной области этого тона не слышно, то и рѣчи не можетъ быть объ опухоли яичника. При очень большихъ опухоляхъ яичниковъ и постукиваніе часто не ведетъ ни къ чему, потому что прижатая Colon ascendens или descendens или оба вмѣстѣ не могутъ быть опредѣлены перкуссією.

Если лежащая впереди Hydronephrosis Colon не содержитъ воздуха и, слѣдовательно, не можетъ быть опредѣлена перкуссією, то для ея опредѣленія можно влить въ кишки воду. Многочисленные опыты Симона и Хегара доказали, что влитая вода легко доходить до valvula Ileo-coecalis, но не достигаетъ до тонкихъ кишекъ, ибо, по Симону, заслонка эта закрывается герметически, не пропуская ни воздухъ, ни воду. Уэллсъ предложилъ вдвухъ вдувать воздухъ въ кишки, чтобы ихъ лучше можно было распознать. По мнѣнію Симона, способъ этотъ удастся только тогда, когда опухоль одновременно будетъ уменьшена посредствомъ прокола; въ противномъ же случаѣ воздухъ не проникнетъ въ прижатую кишку, и она не отодвинется кверху. Введеніемъ эластическихъ трубокъ можно сдѣлать доступнымъ и замѣтнымъ только Colon descendens, ибо, какъ доказалъ Симонъ, зондъ никогда не проникаетъ за Flexura coli sinistra. Наконецъ, въ рѣдкихъ случаяхъ удастся прощупать спавшуюся кишку въ видѣ лежащаго впереди опухоли шнурка, въ которомъ однакоже нельзя распознать толстой кишки. Съ тою же цѣлью можно прибѣгнуть къ изслѣдованію больныхъ тотчасъ послѣ принятія пищи, или къ выслушиванію шумовъ въ кишкахъ. Въ случаѣ Эсмарха, сообщенномъ Шетеллгомомъ, несмотря на огромную величину опухоли, перкуссія давала надъ Symphysis тимпаническій звукъ на протяженіи 4 цтм., который зависѣлъ, какъ показала впослѣдствіи лапоротомія, отъ Colon descendens, лежавшей поперекъ и впереди водяночной опухоли почки. Точно также въ случаѣ двухсторонней водянки почекъ, описываемомъ Френкелемъ, съ обѣихъ сторонъ надъ ligam. Poupartii получался кишечный тонъ. Тѣмъ не менѣе положеніе кишекъ, само по себѣ, не можетъ служить рѣшительнымъ отличительнымъ признакомъ, потому что и при опухоляхъ яичниковъ кишки могутъ лежать впереди опухоли; но необходимо убѣдиться, что предлежитъ именно толстая кишка.

Кромѣ того весьма важное значеніе имѣеть анамнезъ. Если изъ распросовъ съ достовѣрностью можно узнать, что развитіе опухоли началось еще

въ дѣтскомъ возрастѣ, что она увеличивалась медленно, то опухоль яичника настолько же невѣроятна, насколько вѣроятна водянка почки, ибо какъ Hydroperihosis, такъ и карцинома почки особенно часто развиваются въ дѣтскомъ возрастѣ. Такъ, въ случаѣ Эсмарха, анамнезъ показалъ, что больная уже родилась съ большимъ животомъ; а больная, о которой говоритъ Уэллсъ, уже съ 12-ти лѣтъ имѣла огромный животъ; тотъ же авторъ распозналъ у 4-хъ лѣтняго ребенка карциному почки, ошибочно принятую за опухоль яичника. Въ случаѣ Купера-Розе также можно было опредѣлить начало опухоли за 15 лѣтъ, т. е. что она начинала развиваться на 13 году жизни. Далѣе анамнезъ можетъ указать на аномалии въ отдѣленіи и выдѣленіи мочи — кровавая моча, истеченіе гноя — и побудить такимъ образомъ къ изслѣдованію ея, которое можетъ открыть безсомнѣнное существованіе глубокаго страданія почки, а можетъ быть даже карциноматознаго перерожденія ихъ. Однако же и при карциномѣ результатъ изслѣдованія можетъ все таки быть отрицательный, когда мочеточникъ заболѣвшей стороны окажется закрытымъ, и источникомъ мочи будетъ одна только здоровая почка.

Подвижность также не можетъ служить абсолютнымъ доказательствомъ отсутствія опухоли почки. Примѣрами боковой подвижности такихъ опухолей могутъ служить случаи Шпигельберга и Шетелига. Что касается до подвижности, то Г. Симонъ обращаетъ вниманіе на то, что основаніе гидронефроза всегда неподвижно, передняя же часть опухоли обнаруживаетъ, при боковомъ положеніи пациентки, нѣкоторую подвижность; кромѣ того, замѣчаетъ тотъ же авторъ, на томъ мѣстѣ брюшной стѣнки, гдѣ опухоль своимъ брюшиннымъ покровомъ прикрѣпляется къ передней стѣнкѣ живота, замѣчается вдавленіе, вслѣдствіе оттягиванія ея опухолью. При такомъ измѣненіи положенія, петли кишекъ никогда не могутъ попасть между позвоночникомъ и упомянутымъ мѣстомъ вдавленія стѣнки живота, что, напротивъ, легко возможно при кистамахъ яичниковъ, исключаая развѣ очень большихъ опухолей.

§ 102. Особенно важное значеніе имѣетъ ручное изслѣдованіе *per gestum*. Ощупывая одною рукою опухоль снаружи, другою, введенною на половину или вполнѣ въ прямую кишку, стараются опредѣлить положеніе нижняго отрѣзка опухоли въ отношеніи къ тазовымъ органамъ. Этотъ способъ изслѣдованія, по мнѣнію Симона, даетъ при гидронефрозахъ тѣмъ болѣе положительные результаты, что мало мальски значительныя опухоли этого рода опускаются до входа въ тазъ; съ другой же стороны, онѣ не настолько выполняютъ полость таза, какъ опухоли, исходящія изъ половыхъ частей и потому болѣе доступны пальпации; такъ напр. въ случаѣ Френбеля, изслѣдованіемъ *per gestum* легко было констатировать, что оба яичника лежали возлѣ опухоли, и что нижній отрѣзокъ ея отдѣлялся съ обѣихъ сторонъ замѣтнымъ промежуткомъ отъ дна матки. — Но и этотъ способъ не всегда ведетъ къ цѣли: въ нѣкоторыхъ случаяхъ ручное изслѣдованіе *per gestum* или вовсе невозможно, или же оно не приводитъ ни къ какому положительному результату въ отношеніи опредѣленія мѣста происхожденія опухоли, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль глубоко опустилась въ Дугласово пространство.

Въ такихъ именно случаяхъ остается только пробный проколъ. Хотя при подозрѣніи существованія Hydroperphosis неохотно рѣшаются на это средство, тѣмъ не менѣе, при сомнительномъ діагнозѣ, пробный проколъ должно предпочитать пробному разрѣзу. Послѣдній т. е. пробный разрѣзъ влечетъ за собою необходимость вылушенія опухоли раньше, чѣмъ все дѣло разъяснилось, а исходъ этой операціи при гидронефрозѣ всегда почти летальный.

Первый же, т. е. пробный проколъ даетъ положительный результатъ, когда въ вытекающей жидкости находятъ богатое содержаніе мочевины или несомнѣнныя клѣточки цилиндрическаго эпителія. Довольно часто однако при этомъ не находятъ ни мочевины, ни клѣтокъ; въ такомъ случаѣ коллоидное свойство содержиимаго можетъ служить достаточнымъ признакомъ. Если же названныя явленія не будутъ ясно выражены, то они лишены всякаго значенія. Такъ извѣстны случаи, гдѣ содержимое водяночныхъ мѣшковъ почекъ не заключало вовсе мочи, а состояло изъ серозной, смѣшанной съ кровью и гноемъ жидкости, содержавшей даже муцинъ, паральбуминъ и холестеринъ, безъ малѣйшихъ слѣдовъ мочевины; между тѣмъ какъ, съ другой стороны, въ оваріальныхъ жидкостяхъ нерѣдко находили мочевины (§ 47). Такимъ образомъ и пробный проколъ не разъ уже послужилъ поводомъ къ ошибочному предположенію существованія оваріальныхъ кистъ, и побудилъ Эсмарха и Шпигельберга приступить къ лапоротоміи; а Шредеръ, по той же причинѣ, воздержался отъ операціи тамъ, гдѣ она была бы уместна.

Г. Симонъ совѣтуетъ сдѣлать одновременно съ пробнымъ проколомъ и изслѣдованіе полости зондомъ. Во избѣжаніе вхожденія воздуха, онъ совѣтуетъ зондировать во время истеченія жидкости, употребляя для этого особенныя длинныя металлическія зонды, вводимыя чрезъ трубочку троакара. При этомъ мы убѣждаемся въ направленіи полости опухоли. При опухоляхъ яичниковъ зондъ направляется преимущественно въ тазъ, а при Hydroperphosis онъ идетъ по направленію къ подребернымъ областямъ. Насколько предложенный способъ практиченъ, можетъ рѣшить только дальнѣйшій опытъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при очень большихъ опухоляхъ яичниковъ, зондъ проникаетъ даже до печени и селезенки.

По мѣрѣ уменьшенія опухоли во время истеченія жидкости, должно наблюдать по какому направленію киста укорачивается; по окончаніи опорожненія ея стараются опредѣлить между какими точками она растянута.

Сдѣлавши разрѣзъ кисты, мы, помощью ощупыванія внутренней поверхности, открываемъ присутствіе почечныхъ лоханокъ, указывающихъ на существованіе водянки почекъ. Почечныя лоханки, по Симону, представляются въ маленькихъ кистахъ въ видѣ углубленій, ограниченныхъ сильно выдающимися краями, а въ большихъ— въ видѣ плоскихъ, круглыхъ или полукруглыхъ углубленій, выстланныхъ слизистою оболочкою и ограниченныхъ возвышенными краями. Углубленія эти представляютъ довольно правильное, круглое очертаніе и имѣютъ въ діаметрѣ стѣ $1\frac{1}{2}$ —2 цтм. и болѣе; входъ ихъ уже дна; они сидятъ на задней стѣнкѣ кисты, на растояніи 3—4 цтм. другъ отъ друга,

Изъ всего изложеннаго, мы видимъ, что руководствуясь анамнезомъ, боковымъ положеніемъ опухоли, ея фиксированіемъ и положеніемъ вѣшей,—

мы получимъ достаточное количество признаковъ, которые могутъ навести насъ на путь даже въ томъ случаѣ, когда нѣкоторые изъ нихъ отсутствуютъ. Разъ подозрѣніе зародилось, дальнѣйшее распознаваніе опухоли, въ большинствѣ случаевъ не трудно установить изслѣдованіемъ мочи, ручнымъ изслѣдованіемъ *per gestum*, а въ крайнемъ случаѣ и пробнымъ проколомъ, хотя я, вопреки мнѣнію Симона, сомнѣваюсь, чтобы это удавалось всегда.

Приведенная выше литература содержитъ довольно богатую казуистику ошибокъ. Изъ 13 оперированныхъ женщинъ, страдавшихъ гидронефрозомъ, только у трехъ былъ поставленъ вѣрный діагнозъ, 2 раза Сп. Уэллсомъ и разъ Симономъ. *Moggis* упоминаетъ, что изъ 12 случаевъ непережежавшихся водяночныхъ опухолей почечъ у женщинъ, въ 7 предполагали опухоли яичниковъ.

Обратная ошибка случается очень рѣдко. Только *Boinet* (стр. 205) рассказываетъ, что онъ экстирпировалъ двѣ опухоли яичниковъ, которыя были приняты другими за опухоли почечъ, а третій, такой же, случай опухоли яичника онъ наблюдалъ на трупѣ. Кромѣ этого, мнѣ извѣстенъ еще упомянутый уже случай Шредера (*Röhrig, Arch. f. klin. Med.* XVII. 1876, стр. 357), въ которомъ сперва вѣрно диагностицировали опухоль яичника, а затѣмъ измѣнили діагнозъ на водянку почки.

§ 103. 18) Что касается до другихъ забрюшинныхъ опухолей (*Tumores retroperitoneales*), то и тутъ должно руководствоваться тѣми же моментами, которые были исчислены выше, за исключеніемъ бокового движенія, которое можетъ отсутствовать. Здѣсь мы разумѣемъ преимущественно злокачественныя опухоли и эхинококки. Не подлежитъ сомнѣнію, что главное и рѣшающее значеніе въ этихъ случаяхъ принадлежитъ изслѣдованію *per gestum*. Злокачественныя опухоли обыкновенно бываютъ осложнены брюшною водянкою, затрудняющею діагнозъ, если еще можно вообще прощупать въ жидкости части твердой опухоли.

Казуистика: *Smith* (*Brit. med. Journ.* Febr. I. 1868) чуть было не приступилъ къ экстирпаціи эхинококка, принятаго имъ за опухоль яичника, который, какъ оказалось, сидѣлъ за брюшиною;—нѣчто въ томъ же родѣ представляетъ и второй случай *Шпигельберга* (*Arch.* III. стр. 272). Единственный въ своемъ родѣ случай сообщенъ недавно *Вирховымъ* (*Arch. f. path. Anat.* Bd. 63, № 4): Сп. Уэллсъ экстирпировалъ забрюшинную опухоль, содержащую 12½ пинтъ гноя. Твердая въ началѣ опухоль оказалась кистидомъ, близко подходившимъ къ мягкимъ міомамъ или міосареомамъ матки. *Вирховъ* называетъ эту опухоль *Fibroma molluscum cysticum abdominale*.

§ 104. 19) Опухоли печени и селезенки рѣдко подаютъ поводъ къ ошибкамъ. Характеристическая форма огромныхъ опухолей селезенки съ ихъ выемками, косвенное ихъ положеніе въ животѣ, причемъ правая сторона, и въ особенности *regio mesogastrica* остаются свободными; наконецъ, общее состояніе здоровья, нерѣдко ярко выраженная левкемія,—все эти признаки, при нѣко-

торомъ вниманіи, могутъ обыкновенно предостеречь отъ ошибки даже въ томъ случаѣ, когда опухоль селезенки опустилась въ малый тазъ. Уже и безъ того рѣдкія серозныя кисты селезенки никогда не достигаютъ такой значительной величины, чтобы ихъ можно было принять за опухоли яичниковъ. Такое смѣшеніе можетъ скорѣе имѣть мѣсто при эхинококкахъ, что подтверждается многими примѣрами.

Tavignot прокололъ опухоль селезенки, длиною въ 35 цтм., принявъ ее за кистому яичника, причемъ не вытекло ни капли жидкости. Вскрытіе показало, что опухоль сидѣла въ селезенкѣ.

Réan съ успѣхомъ экстирпировалъ огромную селезенку, принятую имъ за многополостную кистому яичника. Тотъ же авторъ нашелъ въ литературѣ еще 20 случаевъ подобныхъ же ошибокъ. Hillairet, напротивъ, цитируетъ случай, въ которомъ Resamier, Bouillaud и Gobert приняли опухоль яичника за эхинококкъ селезенки.

Опухоли печени также весьма рѣдко достигаютъ такой значительной величины, при которыхъ ихъ можно было бы принять за кистому яичника. Чаше всего ихъ смѣшиваютъ съ эхинококками, рѣже съ карциномою; но и въ такихъ случаяхъ не трудно доказать тѣсную связь ихъ съ печенью или, по крайней мѣрѣ, съ Regio hypochondriaca dextra, между тѣмъ, какъ не существуетъ никакой связи съ половыми органами. Если опухоль печени на столько опустится, что дойдетъ до малаго таза, причемъ ее даже можно ощущать чрезъ влагалище, какъ это случилось мнѣ наблюдать въ одномъ случаѣ эхинококка, — то и въ такомъ случаѣ опухоль не покрываетъ весь входъ въ тазъ въ такой степени, какъ это обыкновенно бываетъ при большихъ опухоляхъ яичниковъ; вромѣ того, Regio hypochondriaca sinistra остается сравнительно свободною. Peaslee (стр. 161) рассказываетъ, что White (изъ Буфало) экстирпировалъ эхинококкъ печени, принявъ его за опухоль яичника; съ Вгуап'омъ (Guy's hosp. rep. t XIV. 1869. стр. 216) случилось тоже самое, и больная его выздоровѣла. Въ сочиненіи Андралля «о болѣзняхъ брюшныхъ органовъ» (Т. II, стр. 201) приведенъ противоположный случай, т. е. опухоль яичника была принята за увеличенную лѣвую долю печени.

§ 105. 20) Въ заключеніе остается упомянуть объ опухоляхъ брюшины. Сюда относятся: злокачественныя опухоли сальника и брыжейки, мѣшечкатыя опухоли, особенно кисты перваго, и такъ называемая Hydrops saccatus peritonei, т. е. инкапсулированные продукты экссудатовъ брюшины, встрѣчающіеся вездѣ, въ особенности на брюшинѣ малаго таза и даже на маткѣ. Наконецъ, рѣдко встрѣчаются свободныя эхинококки въ полости живота, которые могутъ быть даже многокамерныя.

Изъ всѣхъ этихъ болѣзненныхъ процессовъ, чаще всего встрѣчаются карциномы брюшины, и въ литературѣ можно насчитать не малое число ошибокъ въ этомъ отношеніи. Причиною ошибокъ въ этихъ случаяхъ бываетъ брюшная водянка, которая сопровождаетъ эти патологическія состоянія, и черезъ которую приходится ощущать карциноматозныя узлы, причемъ получается впечатлѣніе многокамерной кисты яичника. Водянка, будучи воспалитель-

наго происхожденія, сопряжена съ многочисленными сращеніями кишекъ какъ между собою, такъ и со стѣною живота; кромѣ того, при этомъ бываетъ сморщиваніе брыжейки, препятствующее свободному движенію кишекъ. То и другое затемняетъ результатъ перкуссіи, такъ что на нижележащихъ мѣстахъ, перкуссія даетъ кишечный тонъ, а на вышележащихъ—пустой. Для избѣжанія ошибокъ въ подобныхъ случаяхъ трудно указать на какія либо опредѣленные правила. Прежде всего надо обратить вниманіе на слѣдующее: если животъ не очень растянутъ, то, при опухоляхъ яичниковъ, границы ихъ должны быть легко ощущаемы; между тѣмъ какъ въ случаяхъ карциномы брюшины прощупываются только отдѣльные отвердѣвшіе узлы. При внимательномъ наблюденіи легко можно замѣтить поверхностное и ясное волнообразное движеніе; но важнѣе всего результатъ перкуссіи, дающей при опухоли яичника совершенно пустой тонъ выше *symphysis o. p.*, и далѣе вверху и взади до извѣстной, неизмѣняющейся границы; за этой границей получается несомнѣнно кишечный тонъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ, по непонятнымъ причинамъ, получаются кишечный и пустой тоны, неправильно перемежающіеся, и гдѣ при измѣненіяхъ положенія наблюдаются, хотя и мѣстныя, значительныя измѣненія,—тамъ, съ большею вѣроятностью, должно предположить *ascites* съ приросшими петлями кишекъ.

Далѣе, необходимо обращать вниманіе на явственную подвижность плавающихъ въ жидкости карциноматозныхъ узловъ, на часто очень острое теченіе всѣхъ болѣзненныхъ явленій, на упадокъ силъ и на, большею частью, немолодой уже возрастъ больныхъ.

Какъ велико иногда бываетъ затрудненіе, доказываетъ случай, въ которомъ *Lücke*, не смотря на сдѣланный имъ предварительный проколъ, всегачи діагностицировалъ опухоль яичника. У 43 лѣтней пациентки тупой звукъ, при перкуссіи, занималъ средину живота и простирался до средины между *Psoas. xiphoid.* и пупкомъ; по сторонамъ звукъ былъ тимпаническій; цупокъ былъ совершенно сглаженъ. Послѣ истеченія чрезъ трубку троакара 23 шоппъ мутной, желтоватой жидкости, можно было явственно прощупать въ лѣвой сторонѣ подвижную опухоль, которую приняли за мѣшокъ висты яичника. Спустя 4 недѣли была сдѣлана лапоротомія, причемъ, по опорожненіи свободной жидкости, найдена злокачественная опухоль, и рану закрыли. Послѣ наступившей скорѣ смерти, оказалось: *Carcinoma retroperitoneale*, исходившая изъ поджелудочной желѣзы. Ощущавшаяся опухоль оказалась переполненною большимъ количествомъ жидкости *Bursa omentalis*. Моменты, которые въ этомъ случаѣ должны были возбудить подозрѣніе и навести на правильный діагнозъ были слѣдующіе: быстрое происхожденіе опухоли, произвольныя боли, значительная чувствительность при давленіи, быстрое исхуданіе и твердые узлы, ощущавшіеся, *per vaginam*, позади матки и оказавшіеся при вскрытіи раковыми массами.

Много подобныхъ случаевъ приводятъ *Сп. Уэллсъ* (*Перев. Грензера стр. 102*) *Mc. Dawell* и *Henry Smith*. *Шпигельбергъ*, въ подобномъ же случаѣ, избѣгъ ошибки, только благодаря пробному проволу; выпущенная жидкость имѣла лимфатическій характеръ, и операція не была окончена.

Сюда отчасти относятся случаи, т. назыв. *Hydrops saccatus*, которая впрочемъ,

большую часть, не сопряжена съ злокачественными новообразованиями. Разнообразіе этихъ случаевъ чрезвычайно велико, такъ какъ то водянистыя, то гнойныя скопленія находимы бываютъ вездѣ: въ маломъ тазу, въ брыжейкѣ, въ сальникѣ, въ передней стѣнкѣ живота, въ подвздошныхъ впадинахъ.

Примѣромъ вышесказаннаго можетъ служить слѣдующій случай Atlee:

Женщина, 32 лѣтъ отъ роду, послѣ приступа сильной боли, замѣтила въ нижней, средней части живота опухоль. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ былъ сдѣланъ проколъ причемъ выпущено $4\frac{1}{2}$ галлонъ клейкой, свѣтлозеленой жидкости, послѣ чего, въ правой сторонѣ можно было ощупать твердую, очень болѣзненную опухоль. Вслѣдъ за проколомъ развилось сильное воспаленіе. Черезъ мѣсяць сдѣланъ второй проколъ и выпущено $2\frac{1}{2}$ галлонъ жидкости. Послѣ этого въ обѣихъ наховыхъ областяхъ можно было прощупать по опухли: правая была совершенно твердая и мало подвижна, а лѣвая мягче и совершенно неподвижна. Вскорѣ послѣ этого Atlee нашелъ болную очень истощенною; животъ былъ симметрично увеличенъ, гораздо больше чѣмъ въ концѣ беременности; вездѣ ощущалась ясная флуктуація и вообще существовали характеристическія явленія несвободнаго скопленія жидкости; въ тазу твердыя массы; матка неподвижна. Впослѣдствіи былъ сдѣланъ еще проколъ и выпущено около 30 пинтъ соломенно-желтой, мутной жидкости. Нигдѣ нельзя получить при перкуссіи ясный кишечный тонъ, тѣмъ не менѣе можно было ощупать, что правосторонняя опухоль погружалась въ жидкость. Прежде чѣмъ удалить троакаръ, былъ сдѣланъ еще проколъ лѣвой опухоли и выпущено 2 пинты такой же жидкости, кака я содержалась въ полости живота. Матка сдѣлалась болѣе подвижною, но тазъ былъ еще выполненъ. Уд. вѣсъ жидкости равнялся приблизительно 1013 и 1015; жидкость изъ кисты содержала очень много фибринозднаго вещества. На этомъ основаніи рѣшено, что киста, по всему вѣроятію, перитонеальная; правая же опухоль вѣроятно была многокамерная киста яичника. По прошествіи трехъ недѣль, Atlee сдѣлалъ лапоротомию. Выпустивъ около 2 галлонъ перитонеальной жидкости, онъ нашелъ, что обѣ опухоли и матка окружены одной общей перепонкою, которая переходила на брюшныя покровы такимъ образомъ, что надъ Symphysis o. p. образовался ограниченный карманъ, простиравшійся отъ одной подвздошной кости до другой. Введенный въ матку зондъ легко можно было прощупать сквозь эту перепонку. Убѣдившись, что и правосторонняя опухоль мѣшечатая, рѣшено было проколоть обѣ опухоли. Стѣнка правосторонней кисты представляла тамъ и сямъ папиллярныя разрощенія. Упомянутая выше перепонка до того представлялась повсюду сросшеюся, что принуждены были отказаться отъ экстирпаціи.

Исслѣдованіе показало, что папиллярныя разрощенія состояли изъ расположенныхъ рядами изумручатыхъ образований, которыхъ разсматривали какъ продуктъ воспалительнаго раздраженія брюшины. Пациентка умерла спустя три дня. При вскрытіи найдено, что Peritoneum parietale значительно утолщена и шероховата, покрыта разсыянными папиллярными нарощеніями. Тазовые органы вообще найдены здоровыми, но сросшимися въ одну массу; правый яичникъ въ состояніи хроническаго воспаленія, а лѣвый нѣсколько атрофированнымъ. Сирава у матки найдено много подбрюшныхъ кистъ, изъ которыхъ нѣкоторыя перешли въ нагноеніе. Кисты найдены отчасти гладкими, отчасти покрытыми папиллярными разрощеніями. Дно главной полости составляетъ Cavum Douglasii, всѣ измѣненія были результатомъ хроническаго воспаленія брюшины. Повсемѣстное отсутствіе кишечнаго тона при жизни зависѣло отъ того, что всѣ петли кишекъ были спутаны въ клубки и отодвинуты къ позвоночному хребту.

West упоминаетъ еще объ одномъ случаѣ, гдѣ сальникъ содержалъ въ себѣ отъ 4—5 квартъ темной жидкости. При жизни была діагностицирована опухоль яичника.

Въ случаѣ, сообщенномъ Вискнгеромъ, также предположили опухоль яичника, и поэтому сдѣланъ былъ разрѣзъ стѣнокъ живота, длиною въ 9"; опухоль лежала между листами брыжейки, окруженная петлями тонкихъ кишекъ; ее вырѣзали, причемъ, между прочимъ, перевязана была Art. mesenterica super. Большая выздоровѣла, несмотря на то, что Mesenterium былъ отдѣленъ отъ кишечника на значительномъ протяженіи.

§ 106. Еще труднѣе распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, когда эхинококки сидятъ въ сальникѣ или въ брыжейкѣ или просто въ полости живота. Въ послѣднемъ случаѣ они часто бываютъ очень многочисленны, такъ какъ произошли вслѣдствіе разрыва главнаго, пузыря-матери; полость живота въ такомъ случаѣ можетъ быть растянута до огромныхъ размѣровъ. Если не удастся открыть характеристическій шумъ гидатидовъ, или нельзя прослѣдить начало происхожденія опухоли (напр. изъ эхинококка печени) или наконецъ, нельзя отереть присутствія ихъ одновременно въ другихъ органахъ,—въ такомъ случаѣ поставить діагнозъ безъ пробнаго прокола невозможно. При помощи послѣдняго почти навѣрное удастся распознаваніе, такъ какъ при этомъ получимъ свѣтлую, прозрачную, несодержащую бѣлокъ, жидкость, имѣющую малый удѣльный вѣсъ и содержащую Scolioeces или пузыри—дочери.

Чрезвычайно поучительный случай сообщилъ Сп. Уэллсъ; опухоль была многополостная съ эхинококками въ брюшной полости. Подчревная область имѣетъ совершенно такой видъ, какой обыкновенно наблюдаютъ при многокамерной опухоли яичника и явственно флуэтуировала; въ стѣнѣ живота можно было прощупать множество разсѣянныхъ, твердыхъ узловъ, напоминавшихъ раковые узлы. Если бы болѣзнь не существовала уже 12 лѣтъ, то легко можно было предположить ракъ кишечника. Узлы эти оказались при проколѣ эхинококками. Впослѣдствіи Сп. Уэллсъ оперировалъ эту больную и выпустилъ отъ 3—4 фунтовъ эхинококковъ, величиною отъ горошины до яблока, сидѣвшихъ, большею частью, на сальникѣ и на брыжейкѣ.

Случаи Шеренберга и Ньюмана также подавали поводъ къ смѣшенію съ опухолями яичниковъ.

ГЛАВА XVII.

Проколъ и разрѣзъ съ діагностическою цѣлью.

§ 107. Мнѣнія относительно достоинства пробнаго прокола до сихъ поръ еще весьма различны. Уже въ 1852 г. проколъ съ діагностическою цѣлью былъ восхваляемъ Ed. Martin'омъ, затѣмъ часто прибѣгалъ къ нему W. Atlee; а въ новѣйшее время въ особенности рекомендовалъ его Шпигельбергъ. Сп. Уэллсъ, напротивъ, не признаетъ за проколомъ никакого особеннаго достоинства, а другіе даже прямо отвергаютъ его.

Какъ уже было сказано, пробный проколъ содѣйствуетъ діагнозу двоякимъ образомъ: во первыхъ, давая возможность изслѣдовать жидкость, а по опорожненіи этой послѣдней облегчаетъ пальпацію. Для достиженія послѣдняго необходимо выпустить значительное количество жидкости, между тѣмъ какъ для изслѣдованія свойства жидкости достаточно незначительнаго количества ея. Смотря по данному случаю, употребляютъ для прокола троакаръ съ небольшою

трубочкою, или же берутъ троакарь съ толстою трубочкою, чрезъ которую можетъ истекать даже коллоидная жидкость. Для достиженія перваго рѣдко достаточно бываетъ небольшая трубочка, напр. величиною въ Правацовскій шприць. Гораздо лучше употреблять болѣе толстую трубочку съ приспособленною къ ней шприцовой, или же лучше всего употреблять аспираторъ по образцу Dieulafoy. Если подозрѣваютъ, судя по отсутствію ясной флуктуаціи, что жидкость имѣетъ коллоидное свойство, то лучше выбирать болѣе толстый троакарь. Если подозрѣваютъ, что за слоемъ жидкости, не вдалекѣ отъ брюшныхъ стѣнокъ, находится плотная опухоль, то можно, какъ совѣтуетъ Шредеръ, воткнуть на бѣлой линіи ланцетъ, и какъ только онъ прошелъ сквозь стѣнки живота, тотчасъ ввести, рядомъ съ ланцетомъ, трубочку троакара.

Опасность отъ пробнаго прокола будетъ вообще тѣмъ меньше, чѣмъ тоньше будетъ употребляемая трубочка. Однакоже не всегда возможно довольствоваться такими трубочками; съ другой стороны, не должно думать, что вся опасность зависитъ отъ большей или меньшей толщины трубочки и что поэтому безнаказанно можно прокалывать всякую опухоль живота, лишь бы трубочка была тонкая. Предосторожность эта остается въ силѣ, не смотря на то, что намъ извѣстны многочисленные случаи, гдѣ безнаказанно прокалывали вздутыя газами кишки и мочевой пузырь, благодаря тому, что нельзя было произвести катетеризацію.

Опасности отъ прокола заключаются отчасти въ возможности изліянія жидкости въ полость живота, а отчасти—во входеніи воздуха въ самую опухоль, слѣдствіемъ чего можетъ быть нагноеніе и гнилостное разложеніе. Далѣе, можно поранить твердую опухоль, отчего кровь или элементы тканей могутъ попасть въ полость живота и вызвать тамъ воспаленіе. Пораненіе твердой опухоли тѣмъ болѣе возможно при пробномъ проколѣ, что въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ приходится проводить троакарь чрезъ слой водяночной жидкости прежде чѣмъ онъ достигнетъ до опухоли. Далѣе можно поранить большой сосудъ брюшныхъ стѣнокъ или стѣнки кисты, слѣдствіемъ чего можетъ быть изліяніе крови и даже смерть отъ потери крови. Наконецъ, можно поранить петлю кишки, помѣтившуюся впереди опухоли. Чтобы оцѣнить по достоинству значеніе пробнаго прокола, необходимо имѣть въ виду всѣ изложенныя выше опасности.

Болѣе подробное описаніе опасностей будетъ изложено въ главѣ о проколѣ (§ 117); тамъ же будутъ рассмотрѣны и средства, какъ ихъ предотвращать.

Обсудивъ хорошо всѣ тѣ руководящія данныя, какія доставляетъ намъ изслѣдованіе добытой жидкости, можно придти къ слѣдующему заключенію: жидкость пролиферующей кистомы яичника обыкновенно бываетъ густая, коллоидная, уд. вѣсъ ея=1015—1030, при кипяченіи, безъ прибавленія кислоты, она не всегда даетъ осадокъ, постоянно содержитъ паральбуминъ (муцинъ) (§ 47). Микроскопъ показываетъ присутствіе цилиндрическаго эпителия, какъ существенную составную часть.

Исключенія: совершенно жидкое, почти серозное содержимое; иногда находятъ мочевины или Alantoin; произвольное створаживаніе на воздухѣ; подъ микроскопомъ находятъ амѣбондныя клѣточки.

Мы не можем до сихъ поръ отличать жидкости гидропическихъ Граафовыхъ фолликуловъ и пароваріальныхъ кистъ; она отличается чрезвычайною прозрачностью, слегка опаловымъ оттѣнкомъ, б. ч. она безцвѣтна, незначительнаго удѣльнаго вѣса (1002—1008), богата поваренною солью, бѣдна содержаніемъ бѣлковинныхъ веществъ, иногда содержитъ муцинь. Подъ микроскопомъ часто находятъ, при нерѣдко полномъ отсутствіи осадка, только одни зерна и зернышки, кромѣ того незначительное количество цилиндрическаго эпителия; а въ жидкости пароваріальныхъ кистъ находятъ также мерцательный эпителий.

Исключенія: жидкость гуще, отъ примѣси крови красная или бурая, уд. вѣсъ ея доходить до 1015 или 1025.

Въ отличіе отъ пролиферирующихъ и простыхъ кистомъ, жидкость при брюшной водянкѣ отличается незначительнымъ уд. вѣсомъ, (1008—1015) водянистостью, свѣтло-желтымъ, а иногда зеленоватымъ окрашиваніемъ; при выпяченіи въ ней всегда обнаруживается свертывающійся бѣлокъ; паралбумина (муцина) нѣтъ. Весьма важное значеніе имѣетъ то, что въ оставленной на воздухѣ жидкости образуется легкой фибриновый свертокъ. Микроскопъ всегда показываетъ, какъ характеристическую составную часть, блуждающія кліточки, отсутствіе цилиндрическаго эпителия. Исключенія: жидкость овершена въ болѣе темный цвѣтъ отъ примѣси крови; она содержитъ паралбуминъ (муцинь); створаживанія не происходитъ.

Въ кисто-фибромахъ количество жидкости, большею частью, весьма незначительно, она лимонно-желтаго цвѣта, рѣже кровянистаго; уд. вѣсъ около 1020. Характеристическое свойство жидкости состоитъ въ томъ, что она быстро свертывается въ прозрачное желе; но явленіе это замѣчается только въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ. Микроскопическія составныя части не представляютъ ничего характеристичнаго; холестеаринъ встрѣчается часто; цилиндрическаго же эпителия никогда не бываетъ.

Жидкость эхинококковъ имѣетъ незначительный уд. вѣсъ, около 1008—1010; бѣлка мало или только слѣды; напротивъ того, много лейцина, винограднаго сахара и инозита. Подъ микроскопомъ находятъ: крючки или Scolices, иногда куски перепонокъ, содержащей хитиновый тѣльца.

При Hydroperitosis жидкость очень водянистая, незначительнаго уд. вѣса (1005—1018), различнаго цвѣта; содержитъ мочевины, лейцинъ, тирозинъ или креатининъ. Исключенія: жидкость имѣетъ слизистое свойство, содержитъ муцинь; мочевины, креатинина и пр. нѣтъ; жидкость имѣетъ свойство створаживаться.

Послѣ всего вышезложеннаго, должно признать, что жидкость изъ кистомъ яичниковъ представляетъ достаточно данныхъ для отличія отъ жидкости брюшной водянки и эхинококковъ. Особеннаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что проколъ способствуетъ разъясненію діагноза даже въ тѣхъ случаяхъ свободнаго скопленія жидкости въ брюшной полости, которыя произошли вслѣдствіе лопнувшей кистомы яичника или зависятъ отъ папиллярныхъ разрошеній, прорвавшихъ стѣнку кистомы и продолжающихся разрозтаться на поверхности брюшины. Доказавъ оваріальный характеръ жидкости, уже не трудно объяснить себѣ происхожденіе ея. Если изслѣдованіе дало положительныя характеристическіе результаты, то, какъ справедливо утверждаетъ

Шпигельбергъ, они имѣютъ вполне доказательную силу, не смотря на сомнительные результаты, полученные физическимъ изслѣдованіемъ. Всякій врачъ, который ни за что не рѣшится прибѣгнуть къ пробному проколу, поневолѣ принужденъ чаще другихъ прибѣгать къ пробному разрѣзу или, приступивъ къ операциі, принужденъ бываетъ оставить ее недоконченною. Такимъ образомъ, всякій разъ, когда самое тщательное физическое изслѣдованіе не приводитъ ни къ чему положительному, когда данный случай очень сложный и остается въ томъ или другомъ отношеніи неразъясненнымъ, когда результаты изслѣдованія противорѣчатъ другъ другу, когда одновременно съ брюшною водяною существуетъ опухоль, свойство которой нельзя съ точностью опредѣлить,—во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ проколу, чтобы затѣмъ, помощью палпаціи и изслѣдованіемъ полученной жидкости, окончательно разъяснить положеніе вещей. Вотъ тѣ границы, до которыхъ должно и слѣдуетъ идти; но нельзя согласиться съ высказаннымъ Шпигельбергомъ правиломъ, что проколъ непременно долженъ предшествовать всякой радикальной операциі. Я полагаю, что и самъ Шпигельбергъ не очень строго придерживается высказаннаго имъ въ 1869 году правила. Въ большей части опухолей яичниковъ вѣрный діагнозъ можетъ быть поставленъ и безъ пробнаго прокола; дѣлать проколъ въ этихъ случаяхъ значило бы игнорировать опасности этого хирургическаго приема; тѣмъ болѣе, что и проколъ не даетъ абсолютной увѣренности, какъ это доказали одинъ случай Шредера (Arch. f. Klin. Med. XVII стр. 357), одинъ самого Шпигельберга (Arch. f. Gyn. III стр. 272) и многіе другіе Atlee и Сп. Уэллса. Мало опытный врачъ чаще долженъ прибѣгать къ пробному проколу, чѣмъ тотъ, кто много видѣлъ и опытомъ наученъ правильно оцѣнивать всѣ явленія и обстоятельства въ діагностическомъ отношеніи.

Итакъ, каждому предоставлено пользоваться пробнымъ проколомъ по мѣрѣ надобности и по собственному усмотрѣнію.

Понятно, если данный случай совершенно ясенъ, не подлежитъ сомнѣнію, то не слѣдуетъ дѣлать прокола. Едва ли кому нибудь удастся всегда избѣгнуть всѣ такъ называемые пробные разрѣзы и никогда не быть въ крайней необходимости прервать начатую лапоротомию, убѣдившись въ ошибочности діагностики.

§ 108. Подъ названіемъ пробаторнаго разрѣза часто обозначали таіе случаи, гдѣ, послѣ сдѣланнаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ, убѣдились въ ошибочномъ діагнозѣ, и рану тотчасъ зашивали. Трудно предположить, чтобы большая часть подобныхъ разрѣзовъ была предпринята съ полнымъ сознаніемъ отсутствія всякаго показанія къ операциі въ данномъ случаѣ. Если бы представился вопросъ, можно ли при сомнительномъ діагнозѣ дѣлать разрѣзъ съ діагностическою цѣлью, въ томъ предположеніи, что можно будетъ продолжать операцию, или другими словами, можно ли установить пробный разрѣзъ въ собственномъ смыслѣ этого выраженія какъ правило,—то я, во всякомъ случаѣ, не рѣшился бы дать отрицательнаго отвѣта. Въ большинствѣ, однакоже, случаевъ сомнительнаго діагноза самое вѣрное—это выждать. Я считаю пробный разрѣзъ умѣстнымъ только въ томъ случаѣ, когда или болѣзнь при-

няла угрожающій характеръ и въ данномъ случаѣ, операція представляетъ единственную надежду на спасеніе жизни, или же когда изслѣдованіе показало, что опухоль, происхожденіе которой трудно опредѣлить, можетъ быть удалена. Последнее въ особенности можетъ имѣть мѣсто при твердыхъ опухоляхъ, при которыхъ бываетъ трудно рѣшить однимъ изслѣдованіемъ, имѣемъ ли мы дѣло съ опухолями яичниковъ или же съ опухолями матки, сидящими на кожахъ.

Мы должны вообще стремиться, по возможности, ограничить число случаевъ пробнаго разрѣза. Должно сознаться, что большая часть тахъ называемыхъ пробныхъ разрѣзовъ справедливѣе причислять къ діагностическимъ промахамъ. Рѣшившись сознательно на пробный разрѣзъ въ настоящемъ значеніи его, необходимо принять всѣ мѣры предосторожности, тахъ чтобы въ случаѣ, если придется ограничиться этимъ разрѣзомъ, и дальнѣйшее продолженіе операціи не понадобится, можно было бы надѣяться на счастливый исходъ. Къ такимъ предосторожностямъ должно, прежде всего, причислить самое строгое соблюденіе правилъ антисептическаго способа леченія, въ особенности же брюшину должно всерывать подъ вліяніемъ карболоваго или салициловаго дожда (spray). Само собою разумѣется, что все необходимое для удаленія опухоли, должно быть заранѣе приготовлено.

Лечение кистомъ.

ГЛАВА XVIII.

Нехирургическое лечение.

§ 109. О профилактикѣ опухолей яичниковъ нивогда не было рѣчи, за то въ прежнее время много старались задержать ростъ опухолей, даже способствовать ихъ всасыванію помощью внутреннихъ средствъ, изъ которыхъ главную роль играли мочегонныя, потогонныя и разрѣшающія средства. Чаше другихъ употребляли препараты ртути и іода; бромъ того, были въ ходу: *Liq. kali. caustici* и *calcaria muriatica*. Последнее средство особенно часто давалъ Гамильтонъ, между тѣмъ, какъ Кларъ, Янгъ, ф. Зибольдъ и др. видѣли большую пользу отъ меркурія. Сеймуръ, Томпсонъ и Блуффъ увѣряютъ, что они достигали уменьшенія и даже излеченія опухолей отъ энергическаго употребленія іода. Даже въ новѣйшее время многіе не отвергаютъ пользу внутренняго леченія. Сюда принадлежатъ: Вельпо, Эллиотсонъ, Герднеръ и др. Карлъ Мейеръ сообщилъ одинъ случай удачнаго леченія іодомъ; Voinet, Курти (*Monpellier medical Dec. 1866*) также приводятъ случаи излеченія; послѣдніе говорятъ о чрезвычайно сложномъ способѣ леченія іодистыми втираніями, тоническими средствами, а главное окисью золота. Милларъ (*Edinb. med. J. Nov. 1868*) съ успѣхомъ употреблялъ бромистый кали, И. Д. Миллеръ (изъ Чикаго) сообщаетъ три случая излеченія отъ попеременнаго употребленія іодистаго и бромистаго кали. Даже Оппольцеръ (*Wien. med. Wochschft. 1858. Nr. 41*) увѣряетъ, что отъ употребленія іода съ глицериномъ ему удалось уменьшить опухоль на $\frac{2}{3}$ ея объема. Кого интересуетъ казуистика леченія внутренними средствами, тотъ найдетъ цѣлый рядъ наблюденій этого рода у Voinet (*mal. des ov. стр. 119*), у Пизли (*стр. 189*) и у Галлеца (*стр. 264*).

Почти всѣмъ наблюденіямъ этого рода излеченій можно противопоставить неправильный діагнозъ, въ особенности это можно сказать о случаяхъ изъ отдаленныхъ временъ и о небольшихъ опухоляхъ. Какъ бы то ни было, но излеченіе пролиферирующей кистомы внутренними средствами, на сколько намъ извѣстны клиническія и анатомическія свойства этого рода новообразованій, не мыслимо; по крайней мѣрѣ до сихъ поръ достовѣрно не доказано вліяніе

внутренняго леченія на простыя кисты, за чрезвычайно рѣдкимъ, быть можетъ, исключеніемъ.

На сколько сказанное справедливо въ отношеніи фармацевтическихъ средствъ, на столько же оно справедливо и въ отношеніи употребляемаго и въ наше время многими врачами, леченія минеральными водами и ваннами. Подлежитъ сомнѣнію, чтобы изъ всѣхъ, посылаемыхъ по настоящее время въ Крейцнахъ, Рейхенгалль, Галль (въ Австріи), Карлсбадъ и т. п. мѣста, этого рода больныхъ, хоть бы одна получила тамъ облегченіе или еще менѣе полное излеченіе. Напротивъ, слѣдуетъ предостерегать такихъ больныхъ, чтобы онѣ не подвергали себя такого рода мытарствамъ, способствующимъ скорѣйшему разрушенію здоровья.

Вышесказанное заключаетъ въ себѣ въ тоже время указаніе на главныя основы діететическаго леченія этихъ заболѣваній: не должно ничего предпринимать, что можетъ разстроить организмъ, должно избѣгать всего того, что способно вызвать раздраженіе яичниковъ, — таковы руководящія правила для содержанія подобныхъ больныхъ. Такимъ образомъ, пища должна быть укрѣпляющая, но удобоваримая; для поддержанія аппетита и обмена вещества совѣтуютъ движеніе на свободномъ и чистомъ воздухѣ; во избѣжаніе вредныхъ вліяній, совѣтуютъ тѣлесное спокойствіе во время менструацій, въ особенности, если онѣ очень обильны или болѣзненны; половыя возбужденія вредны, въ особенности должно избѣгать беременности. Сказанное справедливо обратилъ вниманіе на вредное вліяніе леченія минеральными ваннами, вслѣдствіе дѣйствія тепла на нижнюю область живота, не говоря о другихъ неудобствахъ, сопряженныхъ съ посѣщеніемъ минеральныхъ источниковъ.

Правда, въ случаѣ осложненій или функциональнаго расстройства того или другаго органа, можетъ понадобится прибѣгнуть къ терапевтическому леченію; очень часто, приходится содѣйствовать устраненію упорныхъ запоровъ; въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни необходимо бываетъ давать средства, возбуждающія аппетитъ. Но чаще всего приходится бороться съ осложняющимъ болѣзнь перитонитомъ; для этого предписываютъ совершенный покой въ постели, холодъ или даже ледъ мѣстно, а при разлитомъ воспаленіи давать *narcotica* — внутрь или подкожно.

При всѣхъ большихъ опухоляхъ хорошо носить плотно наложенный брюшной поясъ, значительно облегчающій больной тяжесть, а можетъ быть предупредяетъ, до извѣстной степени, развитіе паріетальныхъ срощеній.

§ 110. Переходъ къ хирургическому леченію составляетъ методическое прижатіе опухолей и леченіе электролизомъ. Первый способъ употребляется либо одинъ, либо въ соединеніи съ внутренними средствами, или одновременно съ проколомъ. Въ случаяхъ второй категоріи, само собою разумѣется, проколь играетъ главную роль, о чемъ будетъ говорено ниже. Гамильтонъ и Сеймуръ, Mogley, Жандренъ и др. восхваляли прижатіе, а Сеймуръ даже утверждалъ, что помощью растираній, массажа и ежедневнаго постукиванія (для чего Гамильтонъ даже придумалъ особенный инстру-

ментъ) ему удавалось достигнуть уменьшенія опухолей. Врачи, которымъ нечего болѣе дѣлать, могутъ найти въ этомъ средствѣ возможность приучить себя въ терпѣннѣю; мы предоставимъ имъ же удалять опухоли выколачиваніемъ или выжиганіемъ.

Лечение при помощи электропунктуры не ново. Уже въ 1856 году Жюберъ (Bull. de l'academie XXII стр. 51 и 146) приводитъ много такихъ случаевъ; между прочимъ онъ увѣряетъ, что въ одномъ случаѣ ему удалось въ 5 — 6 сеансовъ излечить электропунктурою многополостную опухоль; воспаления не послѣдовало; опухоль начала исчезать, осталось только незначительное затвердѣніе въ лѣвой сторонѣ таза. Во второмъ случаѣ, лечение опухоли, величиною въ 2 кулака, электропунктурою продолжалось болѣе года: каждый разъ въ опухоль втыкали три иглы, при чемъ боль была очень сильна; подъ конецъ опухоль была величиною въ небольшое яйцо. Джемсъ Симпсонъ также неоднократно употреблялъ электропунктуру; онъ никогда не видѣлъ пользы отъ нея, а одинъ разъ исходъ былъ смертельный.

Въ новѣйшее время электропунктура снова предлагаема была и при-мѣнялась Земеледеромъ (въ Мексикѣ) (Wien med. Presse 1875 Nr. 52) и Fr. Fieber'омъ (med. chir. Centralblatt 1876 Nr. 25 и 26 и Wien. med. Presse 1871 Nr. 15) (въ Вѣнѣ). Послѣдній вводитъ въ опухоль только одинъ полюсъ, а другой прикладываетъ снаружи. Fieber не говоритъ ничего о числѣ излеченныхъ имъ случаевъ, увѣряя только, что онъ излечилъ одну опухоль величиною въ кулакъ взрослому челоуѣку и другую еще большую, не сообщая однако, никакихъ подробностей; между тѣмъ Земеледеръ прямо утверждаетъ, что излечивалъ какъ однополостныя, такъ и многополостныя опухоли. Кромѣ того, въ новѣйшее время говорить о нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ послѣдовало только улучшеніе, но случаи эти не были обнаружены.

Что помощью электропунктуры иногда удастся уменьшить объемъ даже многополостной опухоли, не подлежитъ сомнѣнію. Возможно также, что иногда уменьшеніе остается навсегда и можетъ быть признано за излеченіе. Такое излеченіе, въ строгомъ смыслѣ этого слова, скорѣе возможно при однокамерной опухоли; но, въ виду извѣстныхъ изъ казуистики ошибокъ, эти случаи еще нельзя считать вполне доказанными. Во всякомъ случаѣ, такого рода излеченія были и всегда будутъ чрезвычайно рѣдкою. Электропунктура для леченія кистомъ яичниковъ едва будетъ имѣть будущность; она не можетъ замѣнить аvariотомію, когда, по той или другой причинѣ, приходится отказаться отъ нея. Что же касается до вопроса о дѣйствіи электропунктуры, собственно въ научномъ отношеніи, то и тутъ остается еще доказать, принадлежитъ ли цѣлебное дѣйствіе электрическому току, или же, можетъ быть, оно лучше объясняется повторными проколами опухоли, при которыхъ жидкое содержимое мало-по-малу изливается въ полость живота.

Этотъ образъ дѣйствія намъ представляется самымъ вѣроятнымъ, по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ, обнаруженныхъ случаевъ, и между прочимъ для сообщеннаго недавно случая К. Hesse (Amer. J. of obstetr. Jan. 1877). У одной 40-лѣтней женщины Hesse и Неггератъ уже два года назадъ констатировали опухоль яичника. Въ теченіи 2 лѣтъ периферія ея возросла съ 29 до 35 дюй-

мовъ. Послѣ перваго сеанса, при которомъ положительный полюсъ приложенъ въ *port. vag.*, а игла отрицательнаго полюса была воткнута въ самую опухоль, периферія послѣдней уменьшилась на 3". Послѣ трехъ сеансовъ периферія опухоли уменьшилась до 27". Никакихъ вредныхъ послѣдствій замѣчено не было, кромѣ обильнаго выдѣленія мочи. Послѣднее обстоятельство, по всему вѣроятію, обусловливалось поступленіемъ большого количества жидкости въ полость брюшины.

Хирургическое леченіе кистомъ.

§ 111. Есть разные способы хирургическаго леченія. Мы рассмотримъ по очереди:

- 1) Проколь,
- 2) Проколь съ послѣдовательнымъ постояннымъ дренажированіемъ и разрѣзь,
- 3) Впрыскиваніе раздражающихъ жидкостей,
- 4) Подкожный разрѣзь и вырѣзываніе.
- 5) Перевязку ноженъ,
- 6) Вылущеніе.

Общая литература къ хирургическому леченію. Th. Saff. Lee: Von den Geschwülsten der Gebm.—Baker Brown: On some diseases of womem admiting surgical treatment. London 1853.—James Y. Simpson: Clinical lectures on diseases of women. Edinb. 1872, стр. 443 seqq.—Jeaffreson: On the pathology and treatment of ovarian diseases. Lond. med. gaz. 1844; сообщ. въ *Analekten f. Frauenkr.* V. 1845, стр. 497.—Fock: Das Verfahren zur Radicalheilung der Eierstockwassersucht. *Monatsschr. f. Gebk.* VII. 1856, стр. 339.—Wheelhouse: *Brit. med. J.* March. 1874, стр. 373.—*Bull. de l'acad. impériale de méd.* Bd. XXII. 1856—57.—Negar u. Kaltenbach: Die operative Gynäkologie. Erlangen 1874.—

Глава XIX.

Проколь.

Литература.—Къ проколу черезъ брюшные покровы. Schaufuss: Etwas über den Nabelstich in der Bauchwassersucht. *Med. chir. Ztg. Salzburg* 1794. I. стр. 385.—Brünninghausen: Ueber die Paracentese durch den Nabel. *Med. chir. Ztg.* 1816.—Southam: *London med. gaz.* Nov. 24. 1843 und *Lancet.* 30. Oct. 1869.—Ch. Thompson: *Med. times and gaz.* March 27. 1858.—Jottrand: *Journ. des sc. méd. et naturelles. Bruxelles* 1863. II. 129.—Cox: *Prov. med. and surg. J.* 1851. N. *Ztschr. f. Gebk.* 1852 стр. 131.—Hofmokl: Ein neues Verfahren zur Vornahme der Punction etc. *Wien. med. Presse* 1868. No. 39.—Böcker: *Ztschr. f. Gebk. u. Frauenkr.* I. 1875, стр. 355.

Къ проколу черезъ рукавъ съ дренажированіемъ и безъ него. Winckel: *Med.-chir. Anmerkungen.* 7te Series. Berlin 1760. 4 p. 26.—C. Schwabe: Hufeland's *J. f. prakt. Hlk.* 1841. Dec.—James Ogden: *Lond. med. gaz.* 1840. Vol. XXVI. p. 348.—Kiwisch: *Klinische Vorträge* II. стр. 98. nnd *Prager Jhrsschr.* X. 1846, стр. 87.—v. Scanzoni: *Frauenkrkh* (5. Aufl. стр. 612.—Ollenroth: Die Heilbarkeit der Eierstockwassersucht. Berlin 1843.—Bühning: Die Heilung der Eierstocksgeschwülste. Berlin 1848.—Schnetter: *Lerh. d. Würzb. phys. med. Ges.* V. 1854, H. 1.—E. Martin: *Eierstockwassersuchten* стр. 43.—Tavignot: *De l'hydropsie enkystée de l'ovaire. l'Expérience* 1840, No. 160.—H. Bourdon: *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée*

par le vagin.—Menninger: New-York J. of med. Vol. XIII. 1854 und Amer. J. of obstetr. Vol. II. No. 1.—Récamier. Dict. de méd. tome V. und Revue méd. Jan. 1830 und 1840.—Dubois: Revue méd. 1838 —v. Franque: Wien. med. Halle 1864, No. 10—12. (10 наблюд. Скандонн.)—Corliss: New-York med. Record, Vol. III. No. 69.—Nonat: l'Expérience 1840.—Arnot: Arch. génér. de méd. Vol. 65, стр. 487.—L. Fürst: Wien. med. Presse 1869.—Lawson Tait: Diseases of the ovaries стр. 33.—Noeggerath: Ovariocentesis vaginalis. Amer J. of obst. Vol. II. No. 1. May 1869.—3 наблюд. Credé, и 2 наблюд. Langenbeck'a см. у Fock. Montsschr. f. Gebk. VII. 1856. стр. 347.

§ 112. Проколъ примѣняется, оставляя въ сторонѣ уже рассмотрѣнные нами діагностическія цѣли, или какъ палліативное, или какъ радикальное средство.

Обыкновенно имѣють въ виду только палліативную цѣль, по крайней мѣрѣ достигаютъ почти всегда только ея одной. Надо замѣтить однако, что до самаго послѣдняго времени палліативный проколъ имѣлъ примѣненіе уже чрезчуръ обширное. А между тѣмъ тамъ, гдѣ дѣло идетъ единственно лишь о палліативной помощи, прямая опасность для жизни, сопряженная съ проколомъ, хотя она и не очень велика, во всякомъ случаѣ, должна стоять на самомъ видномъ мѣстѣ; кромѣ того не надо забывать, что обыкновенно вслѣдъ за опорожненіемъ кисты происходитъ новое наполненіе ея. Это послѣднее связано съ значительной потерей бѣлка, — обстоятельство неиндифферентное для организма; за первымъ проколомъ въ скоромъ времени приходится дѣлать второй, а за этимъ—въ большинствѣ случаевъ, черезъ все болѣе и болѣе короткіе промежутки—и дальнѣйшіе. Такимъ образомъ, первый проколъ нерѣдко является въ дѣйствительности ничѣмъ инымъ, какъ началомъ конца. Чѣмъ больше была киста, а равно и масса опорожненной жидкости, тѣмъ рѣзче ближайшій эффектъ операціи, но тѣмъ быстрѣе образуется за то и вторичное скопленіе, отчасти потому, что при обширной полости мы имѣемъ также и большую отдѣляющую поверхность, отчасти же потому, что паденіе давленія въ такой полости, слѣдующее за значительнымъ опорожненіемъ жидкости, бываетъ сильнѣе и продолжительнѣе, нежели въ кистахъ меньшаго объема. Если полость велика, то количество жидкости, вновь накопившейся послѣ прокола, можетъ черезъ нѣсколько дней достигнуть до 10 килограм., что влечетъ за собою громадную потерю бѣлка. Къ этому нерѣдко присоединяется еще и прямая потеря крови, такъ часто наступающая послѣ прокола, въ особенности при папиллярныхъ кистомахъ, просто вслѣдствіе уменьшенія давленія, причемъ широкіе, тонкостѣнные сосуды сосочковъ переполняются кровью и разрываются. Въ самомъ дѣлѣ, нерѣдко приходится видѣть, что больныя, у которыхъ проколъ прошелъ безъ всякой лихорадочной или воспалительной реакціи и безъ наружнаго кровотеченія, быстро худѣють въ первые дни и потомъ медленно поправляются отъ острой потери бѣлка.

Такимъ образомъ, въ виду этихъ фактовъ, слѣдуетъ ограничивать по возможности показанія къ палліативному проколу. Всего чаще его можетъ потребовать прижатіе брюшныхъ или грудныхъ органовъ. Высокая степень одышки, обусловленная отѣсненіемъ діафрагмы вверху и сдавленіемъ легкихъ, служитъ самымъ настоятельнымъ показаніемъ. Въ этомъ случаѣ можетъ представиться даже *Indicatio vitalis*, и проколъ можетъ моментально спасти жизнь больной. Изъ брюшныхъ органовъ, показаніе къ парацентезу даетъ

иногда прижатіе почекъ, вызывая угрожающія явленія ограниченія выдѣленія мочи, а при благоприятныхъ условіяхъ и полную анурію. Чаще, но не такъ настоятельно, побуждаютъ къ проколу разстройства желудочно-кишечнаго канала. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ явленія ущемленія, полная *Obstructio* и начинающійся *Peus* могутъ настоятельно потребовать прокола, но, конечно, безъ вѣрной надежды на успѣхъ. Это можетъ случиться какъ при большихъ опухоляхъ, такъ и при малыхъ, ущемленныхъ въ тазу. Наконецъ, нужно упомянуть, что осложняющая беременность особенно часто дѣлаетъ нужнымъ палліативный проколъ. При ней отчасти съ особенной легкостью наступаютъ тягостныя явленія прижатія и одышки, отчасти же, какъ показываетъ опытъ, при этомъ осложненіи близко угрожаетъ опасность разрыва кисты. Хотя эта опасность никогда не можетъ быть предсказана, тѣмъ не менѣе уместно нѣсколько расширить показанія къ палліативному проколу у беременныхъ. Вопросъ о томъ, что въ первое время беременности можно предпочесть проколу овариотомію, былъ уже разобранъ. Разсмотрѣвъ также и тотъ фактъ, что беременныя обыкновенно хорошо переносятъ не только однократный, но даже и повторные проколы (§ 67).

§ 113. Къ сожалѣнію, весьма трудно опредѣлять показанія къ проколу съ цѣлью радикальнаго излеченія. Слѣдуетъ всегда помнить то обстоятельство, что излеченіе проколомъ возможно вообще только для водянки фолликуловъ и для пароваріальныхъ кистъ, и что таковыя составляютъ лишь небольшой процентъ всѣхъ кистомъ и никогда не могутъ быть діагностированы съ точностью. Однако, на основаніи существующихъ примѣровъ несомнѣннаго успѣха, попытка достигнуть радикальнаго излеченія помощью прокола оправдывается въ тѣхъ случаяхъ, когда равномерная, простая округлость опухоли и повсюду одинаково ясная флукуація, затѣмъ медленный ростъ кисты и неразстроенное общее состояніе пациентки указываютъ на возможность, что мы имѣемъ дѣло не съ пролиферирующей кистой, а съ водянкой фолликула или съ пароваріальной кистою.

Я рѣшительно не могу согласиться съ Сканцони, когда онъ къ сказанному выше прибавляетъ, что при кистахъ, величиною больше головы взрослого, нужно отказаться отъ прокола, имѣющаго цѣлью радикальное излеченіе. Если случай вообще представляетъ благоприятныя условія, то опухоли еще гораздо большихъ размѣровъ могутъ быть радикально излечены проколомъ, какъ это уже показали нѣсколько примѣровъ; я лично имѣлъ два такихъ случая.

Такъ какъ проколъ при пароваріальныхъ кистахъ, равно какъ при *Hydrops folliculorum*, имѣетъ рѣшительное терапевтическое значеніе и долженъ получить еще большее значеніе, если удастся установить на болѣе прочныхъ основаніяхъ дифференціальную діагностику обоихъ названныхъ состояній отъ пролиферирующихъ кистомъ, то, безъ сомнѣнія, стоитъ труда разсмотрѣть поближе занесенные въ литературу случаи излеченія посредствомъ прокола, — отчасти для того, чтобы имѣть возможность вѣрнѣе судить о частотѣ такихъ случаевъ, частію же для того, чтобы усмотрѣть, при какихъ условіяхъ всего легче

происходить излеченіе. Въдъ въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ о соперничествѣ двухъ крайне различныхъ пріемовъ—парацентеза и оваріотоміи.

Приведу сначала тѣ случаи, въ которыхъ было доказано, что это были пароваріальныя кисты. Они почти все собраны Шатцомъ. Сюда принадлежатъ слѣдующіе случаи:

Atlee (Ovar. tumours стр. 108): 40-ка-лѣтняя женщина. Проколъ, давшій 35 пинтъ свѣтлой, прозрачной жидкости. Выздоровѣла и была здорова 11 лѣтъ. Потомъ новая опухоль, изъ которой была выпущена густая, темная жидкость съ уд. вѣсомъ 1032. Экстирпація. Киста оказалась кистою широкой связки. Atlee однако принимаетъ, что жидкость произошла изъ яичника и излилась въ пустой мѣшокъ.

Atlee (стр. 109): 25-ти-лѣтняя пациентка. Проколъ черезъ 2 года отъ начала болѣзни. Рецидивъ черезъ 7 лѣтъ. Второй проколъ, 18 пинтъ водянистой, опалесцирующей жидкости, уд. вѣса 1004. Затѣмъ выздоровленіе, констатированное въ продолженіи 17 лѣтъ.

Atlee (стр. 115): 29-ти-лѣтняя женщина. Опухоль существуетъ 9 лѣтъ. Проколомъ выпущено 35 пинтъ такой же водянистой жидкости, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Выздоровленіе.

Atlee (стр. 116): 30-ти-лѣтняя женщина. Опухоль существуетъ 11 лѣтъ. Проколъ. Выпущено 51 пинта прозрачной, опалесцирующей, не содержащей бѣлка жидкости. Выздоровленіе.

Brunker (Dubl. quart. J. 1873. I, VI): 40-ка-лѣтняя пациентка. Проколъ. Мутная, маслянистая жидкость. Рецидивъ чрезъ 11 мѣсяцевъ. Второй проколъ. Свѣтлая, маслянистая жидкость. Выздоровленіе.

Случай, въ которыхъ существовало сомнѣніе относительно оваріальнаго или пароваріальнаго происхожденія суть слѣдующіе.

Э. Мартень (стр. 3): проколъ у 23-хъ-лѣтней женщины опухоль, которая была больше матки въ концѣ беременности. Киста была опорожнена не вполне. Послѣдовалъ энтероперитонитъ и затѣмъ полное выздоровленіе, констатированное спустя 3 года.

Томанъ (Wien. med. Presse 1868. № 29) наблюдалъ выздоровленіе послѣ однократнаго прокола при опухоли, величиною больше головы взрослого.

Сп. Уэллсъ (перев. Грейзера, стр. 203) приводитъ слѣдующіе случаи изъ своей практики: 30-ти-лѣтняя дѣвушка. Киста выпячиваетъ наружу мечевидный отростокъ. Проколъ. Выздоровленіе 3 года.—20-ти-лѣтняя дѣвушка. Опухоль замѣчена 18 мѣсяцевъ тому назадъ, занимаетъ весь животъ. Проколъ. 14 пинтъ прозрачной, свѣтло-зеленоватой жидкости. Черезъ полгода припадокъ перитонита. Выздоровленіе, констатированное 7 лѣтъ.—29-ти-лѣтняя дѣвушка. Проколъ, 32 пинты жидкости, прозрачной, какъ дистиллированная вода. Вторичное наполненіе черезъ годъ. Затѣмъ паденіе на животъ. Обильная діаррея съ быстрымъ уменьшеніемъ объема живота. Выздоровленіе констатировано въ продолженіи 5-ти лѣтъ.—42-хъ-лѣтняя вдова. Большая киста. Проколомъ выпущена темно-коричневая, немного клейкая жидкость. Выздоровленіе констатировано 4 года.

Пита (Fürst, Wien. med. Presse 1869) выпустилъ изъ кисты громаднаго объема, давшей рецидивъ послѣ перваго прокола, шоколадобразную жидкость. Спустя 10 лѣтъ рецидива еще не было.

Жоберъ два раза наблюдалъ выздоровленіе, но лишь послѣ повторныхъ проколовъ. Southam сообщаетъ слѣдующіе случаи: 1) 33-хъ-лѣтняя женщина. Проколомъ выпущено 20 квартъ прозрачной жидкости, незначительнаго удѣльнаго вѣса. Черезъ 12 мѣсяцевъ рецидивъ. Вторымъ проколомъ, черезъ два года послѣ перваго, выпущено 22 кварты. Затѣмъ послѣдовало весьма медленно новое наполненіе до 60 года жизни пациентки, безъ новаго прокола и больная долго чувствовала себя гораздо лучше, чѣмъ передъ первымъ проколомъ. 2) у 25-ти-лѣтней пациентки выпущено 5—6 квартъ полупрозрачной жидкости. Спустя 5 лѣтъ рецидива еще не было. Въ третьемъ случаѣ выздоровленіе было констатировано въ продолженіи 2-хъ лѣтъ.

Случай Ронпса (Lond. med. gaz. Sept. и Oct. 1838) былъ наблюдаемъ, повидному, недолго: у 25-ти-лѣтней женщины былъ сдѣланъ проколъ во время беременности, въ

февралѣ 1837 г., 36 линтъ сиропобразной жидкости. Роды 11 июня 1837. Черезъ 10 дней послѣ нихъ вторичный парадегтезъ. Рецидива больше не послѣдовало.

Wheellouse (Brit. med. Journ. March 21, 1874) приводитъ три случая радикальнаго излеченія проколомъ пѣз своей практики. Въ одномъ пѣз нихъ черезъ два года еще не замѣчалось рецидива.

Наконецъ P a n a s (Archives de Tocologie 1875. стр. 206) обнаруговалъ 5 случаевъ: 1) 34-хъ-лѣтняя, бездѣтная вдова. Быстрый ростъ опухоли. Выпущено 9 литровъ жидкости. Спустя два года P a n a s сообщаетъ, что она совершенно излечилась. 2) 35-ти-лѣтняя женщина. Два года тому назадъ уже былъ сдѣланъ одинъ проколъ. P a n a s принимаетъ, что въ то время существовала другая киста. Въ этотъ разъ выпущено 7 литровъ. Снова появились мѣсячныя. Черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ прокола пациентка опять пришла въ госпиталь на 6 мѣсяцѣ беременности. 3) Пациентка 34 тѣтъ. Опухоль замѣчена 18 мѣсяцевъ тому назадъ. Проколъ. 4 литра коричневой жидкости. Черезъ два года пациентка пишетъ, что она здорова. 4) 37-ми-лѣтняя больная. Большая опухоль, замѣчена 6 мѣсяцевъ назадъ. Проколъ: 12 литровъ жидкости. Подъ конецъ операціи канюля выскользаетъ, такъ что въ кистѣ осталось около 500 грм. Черезъ 14 дней этотъ остатокъ всосался. Черезъ два мѣсяца нельзя было открыть ни слѣда опухоли. Жидкость пѣбла уд. вѣсъ 1006. Алкоголь давалъ сильный осадокъ. Высокая температура и уксусная кислота осадка не давали. 9,15% плотныхъ составныхъ частей, пѣз нихъ 5,90% солей, большею частью хлористаго натрія.— Въ 5 случаяхъ излеченіе было констатировано только 7 недѣль.

Я причисляю сюда же случаи, въ которыхъ проколъ былъ сдѣланъ съ радикальнымъ успѣхомъ черезъ рукавъ:

Особенный интересъ представляетъ случай излеченія двусторонней опухоли, сообщенный Х р о б а к о м ъ (Wien. med. Presse 1872. 20 Oct.). У 34-лѣтней больной проколота черезъ рукавъ опухоль, величиною въ кулакъ, которая прощупывалась въ маломъ тазу, позади матки. Существовавшая до тѣхъ поръ упорная рвота немедленно прекратилась. Но надъ проколотою опухолью можно было прощупать вторую кисту, и кромѣ того еще опухоль съ лѣвой стороны. Спустя $\frac{3}{4}$ года возобновилось прежнее состояніе: неудержимая рвота и сильныя боли при испраженіи. Опухоль содежалась какъ въ первый разъ. Проколъ сперва нижней, потомъ сквозь нее второй кисты правой стороны. Вытекло $4\frac{1}{2}$ унцъ жидкой, прозрачной сыворотки. Послѣ этого и лѣвая киста, которую можно было перемѣщать вверхъ до лѣвой реберной дуги, была придвинута къ своду рукава. При проколѣ она дала такую же жидкость, какъ и другая кисты. Выздоровленіе было констатировано черезъ 3 года.

Сп. Уэллсъ (стр. 207) проколъ черезъ рукавъ кисту, доходившую до пупка, и выпустилъ 10 унцъ густой, кровянистой жидкости. Послѣ очень разнообразныхъ припадковъ наступило выздоровленіе; оно было констатировано еще черезъ 10 лѣтъ.

Ш т и л л и н г ъ (Deutsche Klinik 1872. № 41): женщина 35 лѣтъ; опухоль въ тазу, величиною въ кулакъ. Проколомъ черезъ рукавъ выпущено 180 грм. маслообразной жидкости. Послѣдовалъ сильный коллапсъ и перитонитъ. Послѣ выздоровленія найдено, что опухоль имѣеть еще величину яблока, черезъ $\frac{1}{2}$ года всякій слѣдъ ея исчезъ, и тоже самое констатировано черезъ годъ послѣ прокола. Маслообразный характеръ жидкости зависѣлъ отъ обильнаго содержанія холестерина.

Рекамье (Revue médic. Janv. 1830) сдѣлалъ проколъ черезъ рукавъ фаринготомомъ. Успѣхъ былъ полный.

Ogden (Lond. med. Gaz. Vol. 46. 1840. p. 349) сдѣлалъ проколъ вслѣдствіе задержанія мочи при невозможности ввести катетеръ. Наступило полное излеченіе:

Hugnier (Bull. de l' acad. de méd. Tome XXII. стр. 107) также наблюдалъ радикальное излеченіе при проколѣ черезъ рукавъ. Спустя 3 года еще не было рецидива. Прощупывалось еще только плотная масса, величиною въ куриное яйцо.

По свидѣтельству Фюрста, N a b i t опорожнилъ проколомъ чрезъ рукавъ нѣсколько фунтовъ серозной жидкости. Когда черезъ 9 лѣтъ большая умерла отъ легочной чахотки, правый яичникъ, почти совершенно разрушенный, былъ найденъ въ толстостѣнной, сильно сморщившейся кистѣ, величиною больше грецкаго орѣха, наполненной довольно густымъ гноемъ, а въ лѣвомъ яичникѣ, кромѣ тонкостѣнной кисты съ серознымъ содержимымъ, величиною въ лѣсной орѣхъ, были еще найдены Corpora nigra.

Слѣдующіе случаи также можно считать излеченными проколомъ:

Маршанъ (Union méd. Oct. 1826): разрывъ кисты въ брюшной полости черезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ. Буане выпустилъ тогда проколomъ 6 литровъ красноватой жидкости. Черезъ 4 года новаго наполненія еще не послѣдовало.

Штейнталь (Monatsschr. f. Gebkde. XIV. стр. 373): самопроизвольный разрывъ большой кисты. Выздоровленіе отъ приступа перитонита подъ вліяніемъ противувоспалительнаго леченія. Затѣмъ проколъ черезъ брюшную стѣнку. Выпущено 102 фунта прозрачной воды. Черезъ 14 лѣтъ пациентка была еще здорова.

Можно привести еще больше такихъ случаевъ. Такъ Фейтъ говоритъ о случаяхъ Томпсона и Лаллеска и о своихъ собственныхъ; Gallez (mal. des ovaïres стр. 310) еще о нѣсколькихъ другихъ. West, Скандони и другіе также наблюдали подобные случаи, не описывая ихъ подробно. Ch. Klau говоритъ даже, что онъ вымочилъ 40 случаевъ однократнымъ проколomъ и только въ 6 другихъ видѣлъ новое накопленіе жидкости. Такъ какъ подробности этихъ случаевъ неизвѣстны, то, въ виду отсутствія показаній о продолжительности неблюденія, слѣдуетъ сомнѣваться въ радикальномъ излеченіи.*)

§ 114. Я наблюдалъ слѣдующіе случаи.

Г-жа В., 45 лѣтъ, потеряла регулы годъ тому назадъ, худая, кажется очень истощенною; съ нѣкоторыхъ поръ замѣтила, безъ особенно тягостныхъ явленій, что объемъ живота увеличивается. Животъ былъ растянутъ болѣе чѣмъ въ концѣ беременности. Наибольшая окружность 110 цтм. Равнобѣрная флуктуация, чрезвычайно ясная. Періуссія не оставляетъ никакихъ сомнѣній въ томъ, что асцитъ нѣтъ. Было рѣшено сдѣлать пробный проколъ per vaginam, такъ какъ опухоль плотно прилегла къ заднему своду рукава и флуктуация въ этомъ мѣстѣ была совершенно ясна. Черезъ тонкій троакаръ вытекла совершенно водянистая жидкость; она была выпущена вся и канюля оставлена еще на дѣльный день въ кистѣ. Вытекшее количество наполнило большое ведро. Жидкость была слегка клейкая, совершенно прозрачная, немного опалесцировала, но была безцвѣтна. Никакихъ веществъ, осаждаемыхъ кипяченіемъ или азотной кислотой, въ ней не было. При микроскопическомъ излѣдованіи, изъ форменныхъ элементовъ, найдены только зернышки и никакихъ клѣтокъ; Scolices, которыхъ не было, также не было.

Опухоль исчезла безслѣдно. Черезъ 3 мѣсяца еще нельзя было открыть никакихъ ея признаковъ. Черезъ 6 мѣсяцевъ опухоль опять дошла до пупка. Въ маѣ 1867, черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ перваго прокола, опухоль еще далеко не достигла прежней величины, однако доходила уже до Scrobiculum cordis. Наибольшая окружность 104 цтм. Второй проколъ тѣмъ же, очень тонкимъ троакаромъ и опять черезъ задній сводъ рукава. Опухоль лежала теперь цтм. на 2 выше свода, но соприкасалась съ нимъ, когда приподнимали отвисшій животъ. Жидкость, которая была выпущена вся безъ остатка, представляла тѣже свойства какъ 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Она содержала только слѣды бѣлка и муцина, но зато очень много солей, въ особенности хлористыхъ щелочей, и кромѣ того слѣды мочевоы кислоты.

Въ декабрѣ 1871 я имѣлъ случай снова изслѣдовать больную и не нашелъ никакого слѣда опухоли. Такимъ образомъ, послѣ втораго прокола выздоровленіе держалось уже 4½ года.

Въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло, по всей вѣроятности, съ пароваріальной кистой, и во всякомъ случаѣ съ однополостной опухолью. Жидкость имѣла тѣ характерныя свойства, кото-

*) Случай Прейсса (Deutsche Klinik 1858, № 48), на который часто ссылаются, очевидно сюда не относится. Пр. опорожнилъ у 18-лѣтней, еще не менструировавшей дѣвушки, 10 фунтовъ шоколадобразной жидкости и спустя 1 годъ еще 7 фунтовъ. Черезъ 4 мѣсяца послѣ этого наступили менструаціи. Она осталась здоровою и сдѣлалась матерью 4 дѣтей. Здѣсь, очевидно, существовала Haematometra и притомъ, судя по подробностямъ азсказа, односторонняя.

ры всего скорѣе позволяютъ надѣяться на радикальное излеченіе. Хотя каноля троакара пролежала въ ранѣ цѣлый день, тѣмъ не менѣе нагноенія кисты не произошло. Менѣе обыкновеннымъ представляется слѣдующій случай:

Г-жа М., 35 лѣтъ, 2 года назадъ родила своего шестаго и послѣдняго ребенка и въ началѣ 1867 года замѣтила увеличеніе въ объемѣ живота, которое особенно усилилось въ августѣ и сентябрѣ. Когда я увидѣлъ ее въ первый разъ, 21 сентября 1867, у нея присоединился къ этому, за 8 дней, значительный отекъ обѣихъ ногъ. Животъ былъ растянутъ сильнѣе чѣмъ въ концѣ беременности. Общая и весьма ясная флюктуація. Перкуссія поставила внѣ всякаго сомнѣнія, что имѣемъ дѣло съ мѣшчатой опухолью, а не съ асцитомъ. На опухоли нигдѣ нельзя было замѣтить выступовъ или болѣе плотныхъ частей. Наибольшая окружность живота, на 14 цтм. ниже пупка, = 117 цтм. Разстояніе отъ лоннаго соединенія до пупка 31 цтм. Въ тазу опухоль не прощупывается. Проколъ, сдѣланный 28 сент. 1867, далъ 9250 куб. цтм. очень мутной, интенсивно зеленой жидкости съ уд. вѣсомъ 1027. Содержаніе бѣлка такъ обильно, что при кипяченіи въ пробирномъ стаканчикѣ вся масса свертывается. Жидкость содержала: бѣлковинныхъ веществъ 43, 75%, хлористаго натрія 3, 76%, слѣды фосфорнокислой извести и углекислаго натра, холестеарина не было, слѣды жира.

При проколѣ, сдѣланномъ черезъ брюшныя покровы, была выпущена не вся жидкость. Осталась опухоль, лежавшая по средней линіи и возвышавшаяся надъ лоннымъ соединеніемъ почти на ширину ладони, подобно маткѣ на четвертомъ мѣсяцѣ беременности. Черезъ нѣсколько дней въ окрестности прокола развилось легкое воспаленіе. При умѣренныхъ лихорадочныхъ явленіяхъ образовался экссудатъ, который прощупывался вокругъ мѣста прокола на пространствѣ, величиною въ ладонь.

Этотъ экссудатъ и чувствительность въ первое время мѣшали ощупывать опухоль. Когда черезъ нѣсколько недѣль экссудатъ всосался, отъ опухоли не оставалось никакихъ слѣдовъ. Ихъ нельзя открыть и до настоящаго времени (май 1877). Проколъ сдѣланъ 9½ лѣтъ тому назадъ.

Это случай дѣйствительно необыкновенный, потому что, судя по свойству жидкости, эту опухоль врядъ ли можно было принять за что-либо иное, кромѣ пролиферирующей кисты. Но мы видѣли, что иногда, въ рѣдкихъ, правда, случаяхъ, и простыя овариальныя и паровариальныя кисты, вслѣдствіе кровозліянія, перекручиванія и т. д., бывають наполнены жидкостью высокаго удѣльнаго вѣса, содержащею много бѣлка, такъ что въ концѣ концовъ наиболѣе вѣроятнымъ оказывается предположеніе, что мы имѣли дѣло съ однимъ изъ такихъ исключительныхъ случаевъ. Невыпущенный при проколѣ остатокъ содержимаго кисты, быть можетъ, излілся черезъ сдѣланное въ кистѣ отверстіе въ брюшную полость и такимъ образомъ всосался.

Уже изъ приведенной выше казуистики видно, что и однополостныя опухоли довольно часто рецидивируютъ послѣ прокола; это доказывается и тѣми случаями, которые въ концѣ концовъ приводили къ экстирпаціи. Такъ Ноттъ сдѣлалъ проколъ два раза въ теченіи 20 мѣсяцевъ, а черезъ 4 года все-таки принужденъ былъ приступить къ экстирпаціи; точно также Гуссеровъ (Arch. f. Gyn. X, 1, стр. 184) черезъ полтора года послѣ прокола, Ллойдъ Робертсъ, Шпигельбергъ, Kerth, Пизли, Сп. Уэльсъ.

Приведенная выше казуистика показываетъ, что случаи, которые окончились излеченіемъ, относились часто къ молодымъ особамъ и нерѣдко отличались медленнымъ ростомъ опухоли. Одинъ проколъ не всегда оказывался достаточнымъ, въ большинствѣ случаевъ ихъ требовалось нѣсколько. Новое наполненіе кисты обыкновенно происходило медленно. Наступившее, повидимому, излеченіе, если даже оно наблюдается въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, не гарантируетъ противъ рецидива; въ одномъ случаѣ Этли черезъ 7 лѣтъ все-таки произошелъ возвратъ. Можно поэтому сомнѣваться въ пригодности боль-

шинства приведенныхъ случаевъ, какъ доказательствъ радикальнаго излеченія. На практикѣ, впрочемъ, излеченіе, которое держится впродолженіи многихъ лѣтъ, почти равносильно радикальному излеченію. Казуистика показываетъ, что и большія опухоли способны давать благопріятныя шансы. На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи стоитъ, повидимому, благопріятное свойство жидкости. Чѣмъ она свѣтлѣе, водянистѣе, бѣднѣе бѣлкомъ и прозрачнѣе, тѣмъ больше шансовъ на радикальное излеченіе, или по крайней мѣрѣ на то, что новое наполненіе кисты будетъ происходить медленно. Исключеніе изъ этого правила составляютъ только приведенные сейчасъ случаи Меринга и Вилкег'а, изъ которыхъ въ первомъ жидкость названа мутною и маслянистою.

По всей вѣроятности, въ случаѣ Вилкег'а дѣло шло объ обильномъ содержаніи холестеарина, какъ въ случаѣ Штиллинга. Столь обильное накопленіе холестеарина, безъ сомнѣнія, свидѣтельствуетъ о распространенномъ регрессивномъ метаморфозѣ кистоваго эпителія, и его слѣдуетъ поэтому считать скорѣе благопріятнымъ, чѣмъ неблагопріятнымъ признакомъ.

Послѣ всего сказаннаго, нужно согласиться, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ соединяются всѣ условія, позволяющія признать однополостную въ анатомическомъ смыслѣ кисту, попытка достигнуть радикальнаго излеченія проколомъ оправдывается, и если при опорожненіи окажется, что жидкость обладаетъ не разъ уже упомянутыми свойствами, то показуется произвести эту попытку, т. е. выпустить всю жидкость и выждать послѣдствій.

Мы разсмотрѣли показанія. Обратимся теперь къ

§ 115. Техникѣ прокола. Нужно положить пациентку въ кровати на спину, или на бокъ, такъ чтобы животъ выдавался за край кровати. Сидячее положеніе, которое до сихъ поръ еще употребляется во многихъ случаяхъ, абсолютно слѣдуетъ отвергнуть, во-первыхъ потому, что оно способствуетъ обморокамъ, во-вторыхъ потому, что при немъ невозможно дать больной безусловный покой тотчасъ по окончаніи прокола. Мочевой пузырь, во всякомъ случаѣ, долженъ быть опорожненъ искусственно, такъ какъ произвольное опорожненіе весьма часто бываетъ неполнымъ. Выборъ мѣста для прокола не безразличенъ. Безусловно нужно выбрать такое мѣсто, гдѣ зыбленіе ощущается ясно и постукиваніе показываетъ, что опухоль непосредственно прилегаетъ къ брюшнымъ стѣнкамъ. Хорошо также сперва выслушать соответственное мѣсто. Если на немъ слышенъ шумъ въ сосудахъ, то весьма возможно, что здѣсь проходитъ крупный сосудъ въ кистой или брюшной стѣнкѣ, и мы хорошо сдѣлаемъ, если выберемъ другое мѣсто. Но и въ томъ, правда, рѣдкомъ случаѣ, когда передъ опухолью лежитъ кишечная петля, не содержащая воздуха, присутствіе которой не можетъ быть открыто перкуссіей, — слышанный въ ней при аускультации кишечный шумъ можетъ послужить важнымъ предостереженіемъ. Если даны указанныя выше условія, то больше всякаго другаго мѣста заслуживаетъ предпочтенія при проколѣ Linea alba, потому что выбирая ее, мы избѣгаемъ навѣрное раненія большихъ сосудовъ брюшной стѣнки и, какъ показалъ опытъ, колотая рана въ этомъ мѣстѣ заживаетъ обыкновенно безъ нагноенія. И такъ, слѣдуетъ всегда выбирать эту линію,

если только при многополостной опухоли исследование не показывает съ вероятностью, что въ этомъ мѣстѣ мы не попадемъ въ главную кисту. При равномерной флукуаци многополостной кисты всегда существуетъ вероятность, что на соответственномъ (этому зыбленію) мѣстѣ прилегаетъ самая большая киста. Точку для вкалыванія инструмента выбираютъ ближе къ пупку, чѣмъ къ лонной дугѣ, всего лучше тотчасъ надъ серединой разстоянія между ними, если нѣтъ какихъ-нибудь противопоказаній. Если главная киста лежитъ явственно сбоку, или, если проломъ по бѣлой линіи нельзя удовлетворительнымъ образомъ опорожнить кисту, то можно выбрать всякое другое мѣсто на животѣ, къ которому опухоль прилегаетъ непосредственно и гдѣ можно навѣрное избѣгнуть поврежденія *Arteriae epigastricae infer.* По Монро эта послѣдняя цѣль достигается навѣрное, если избираютъ для прокола точку, лежащую по срединѣ разстоянія между пупкомъ и *Spina o. ilei ant. sup.* Но и этотъ выборъ не всегда возможенъ; во всякомъ случаѣ слѣдуетъ стараться избѣгнуть наружнаго края *Recti abdominis*. При большихъ опухоляхъ можетъ потребоваться проколъ въ одномъ изъ подреберій. Пупокъ выбираютъ для этой цѣли рѣдко и то лишь въ томъ случаѣ, если пупочное кольцо расширено, кожа сильно выпячена впередъ, и подъ нею лежитъ часть главной кисты. Думрейхеръ (*Wochenbl. d. Wiener Aerzte 1866 стр. 306*) рассказываетъ объ одной женщинѣ, которая 70 разъ подвергалась проколу черезъ пупокъ съ цѣлью исследования. Если пупокъ измененъ вышеописаннымъ образомъ, то за нимъ чаще находится скопленіе асцитической жидкости, чѣмъ самая опухоль яичника. При осложняющей беременности проколъ вообще слѣдуетъ дѣлать высово, тѣмъ болѣе, что дна матки обыкновенно нельзя бываетъ ощупать и приходится воображать его положеніе. При повторномъ проколѣ выбираютъ то же мѣсто, на которомъ былъ сдѣланъ прежній, если опорожненіе при немъ было удовлетворительно. Въ особенности въ томъ случаѣ, если проколъ дѣлается не по бѣлой линіи, слѣдуетъ, по возможности, выбирать старое мѣсто, потому что оно всего лучше гарантируетъ отъ раненія сосуда. Серръ при пятомъ проколѣ, Дельпешъ — при 14-мъ потеряли больныхъ отъ кровотечения, причемъ въ обонхъ случаяхъ была выбрана новая точка прокола.

Проколъ дѣлается или обыкновеннымъ троакаромъ, или такимъ, который, какъ инструменты Робертса и Томпсона, снабженъ особымъ приспособленіемъ, недопускающимъ вхожденія воздуха въ кисту. Калибръ канюли долженъ быть достаточно великъ, т. е. равняться приблизительно 6 мм., чтобы черезъ нее могли проходить даже густыя коллоидныя массы. Нужно также обратить вниманіе на достаточную длину троакара; если брюшныя покровы очень толсты то можетъ потребоваться инструментъ длиною въ 8 цтм. Троакаръ Томпсона устроенъ такимъ образомъ, что стилетъ, плотно вложенный въ канюлю и закрывающій ее герметически, вынимается черезъ удлиненную ручку инструмента. Чтобы удовлетворять своему назначенію, инструментъ долженъ быть сдѣланъ весьма тщательно; стилетъ должно сперва вынуть и смазать жиромъ. Но и эта предосторожность, кажется, не вполне обезпечиваетъ успѣхъ, потому что металлъ, скользящій по металлу, врядъ ли можетъ служить герметической пробкой. Не мѣшаетъ поэтому обтянуть стилетъ кожей, какъ поршень

ширинцовки. Для стока жидкости канюля имѣеть у наружнаго конца отходящую отъ нея подъ прямымъ или острымъ угломъ побочную трубочку, на которую надѣвается каучуковая трубка. Выдвинувъ стилеть назадъ, эту послѣднюю наполняютъ предварительно водою, затѣмъ выдвигаютъ стилеть впередъ, и такимъ образомъ присутствіе воздуха въ канюль совершенно исключается. Спенсеръ Уэллсъ видоизмѣнилъ этотъ троакаръ слѣдующимъ образомъ: онъ сдѣлалъ стилеть полымъ, срѣзалъ наискось его передній конецъ и превратилъ его въ лезвіе. Но края такой полой внутренней канюли должны быть заострены только до половины, именно въ выдающейся своей части, потому что въ противномъ случаѣ рискуемъ вырѣзать кольцеобразнымъ лезвіемъ круглый кусокъ изъ прокалываемыхъ частей. Подобный троакаръ прободаетъ однако стѣнки несравненно труднѣе, чѣмъ инструментъ обыкновеннаго устройства, потому Спенсеръ Уэллсъ совѣтуетъ предварительно разсѣчь кожу посредствомъ бистури. Дѣлать это и при обыкновенномъ троакарѣ, какъ совѣтуютъ Пизли и Шредеръ, нѣтъ надобности, за исключеніемъ какихъ-нибудь особенныхъ случаевъ. Я предпочитаю при простомъ проколѣ Томпсоновскій троакаръ инструменту Сп. Уэллса.

Троакаръ приставляется перпендикулярно къ выбранному для прокола мѣсту и вкалывается правильно рассчитаннымъ усиліемъ. Вращательнаго движенія при этомъ безусловно слѣдуетъ избѣгать, такъ какъ оно повело бы только въ разрыву брюшныхъ стѣнокъ, еслибъ трехгранная часть инструмента сдѣлала вращательное движеніе въ моментъ прохожденія черезъ стѣнки. Троакаръ находится въ полости, какъ скоро замѣчаютъ, что сопротивленіе прекратилось. При дряблыхъ и небольшихъ кистахъ ассистентъ долженъ во время прокола фиксировать опухоль обѣими руками съ боковъ, прижимать ее къ брюшнымъ покровамъ и въ то же время напрягать брюшную стѣнку, если она дрябла. Если брюшные покровы сильно отечны, то полезно сдѣлать сперва ямочку на выбранномъ для прокола мѣстѣ, прижавъ его на нѣкоторое время пальцемъ.

Когда троакаръ проникъ въ кисту, тогда выдвигаютъ назадъ стилеть и даютъ жидкости вытекать (при Томпсоновскомъ инструментѣ) черезъ каучуковую трубку, нижній конецъ которой опущенъ въ воду. Смотря по цѣли прокола, выпускаютъ большее или меньшее количество, или всю жидкость. У кого нѣтъ Томпсоновскаго инструмента, тотъ долженъ тщательно заботиться о томъ, чтобы не допустить вступленія воздуха въ кисту. До тѣхъ поръ, пока жидкость вытекаетъ непрерывной струей, опасности въ этомъ отношеніи нѣтъ. Но когда струя ослабѣваетъ, когда дыхательныя движенія замѣтнымъ образомъ вліяютъ на скорость истеченія, тогда уменьшеніе внутренняго давленія при кашлѣ, чиханіи и т. д., можетъ даже вызвать присасываніе воздуха. Чаще это послѣднее происходитъ при разминаніи и растираніи живота, которое прежде употреблялось всѣми съ цѣлью вытѣснить остатки жидкости.

Эти манипуляціи безусловно вредны при употребленіи обыкновеннаго троакара, безъ приспособленій, предохраняющихъ отъ вхожденія воздуха. Въ этомъ случаѣ можно примѣнить для сказанной цѣли постоянное давленіе, постепенно усиливая его и ни въ какомъ случаѣ не прекращая внезапно. Такое давле-

ніе гораздо лучше производится двумя руками надежнаго, свѣдущаго помощника, чѣмъ бинтами или полотенцами, наложенными вокругъ живота и натянутыми на-крестъ черезъ спину. Ловкій ассистентъ гораздо лучше можетъ способствовать возможно полному опорожненію кисты, чѣмъ это достигается давленіемъ бинтовъ. Во всякомъ случаѣ, операторъ долженъ тщательно слѣдить за ослабленіемъ истеченія и держать палецъ наготовѣ у выводнаго отверстия, чтобы немедленно закрыть его, чуть только внутрибрюшное давленіе понизится. Съ троакаромъ Томпсона всѣ эти мѣры предосторожности излишни. Если выводящая трубка закупоривается желеобразными массами или маленькими дочерними кистами, то при троакаръ Томпсона для устраненія этого препятствія достаточно выдвинуть впередъ стилетъ. Далѣе, этотъ инструментъ представляетъ еще ту выгоду, что и при положеніи пациентки на спинѣ жидкость, благодаря гидростатическому давленію, вытекаетъ совершенно даже безъ прижатія опухоли.

Если послѣ выведенія части содержимаго къ вытекающей жидкости примѣшивается кровь, то нужно прекратить истеченіе. Можно принять съ вѣроятностью, что примѣсь крови происходитъ отъ разрыва сосудовъ на внутренней поверхности кисты, и лучше оставить въ ней нѣсколько литровъ жидкости, чѣмъ помогать этому кровотеченію дальнѣйшимъ уменьшеніемъ давленія внутри кисты.

Инструментъ вынимаютъ, дѣлая вращательное движеніе, причемъ захватываютъ пальцами другой руки брюшные покровы надъ канюлей и, когда она выскользнетъ, зажимаютъ ими рану. Если изъ нея не вытекаетъ крови, то на нее накладываютъ липкій пластырь въ формѣ Мальтійскаго креста.

Для избѣжанія септической инфекціи настоятельно показуется класть инструментъ передъ употребленіемъ въ дезинфицирующую жидкость. Если операція производится не Томпсоновскимъ инструментомъ, то осторожность требуется даже, чтобы проволъ былъ сдѣланъ подъ спремъ.

§ 116. Изъ непріятныхъ случайностей при проколѣ одна изъ самыхъ непріятныхъ—когда послѣ прокола не получается жидкости. Это можетъ случиться и тогда, когда флукуація не подлежала никакому сомнѣнію и была поверхностная. Въ этомъ случаѣ инструментъ могъ пройти черезъ слой жидкости и вколотся въ лежащую за нимъ плотную опухоль. Поэтому, если не выходитъ ни капли жидкости, не слѣдуетъ торопиться вынимать совсѣмъ канюлю, а нужно дѣлать это медленно и постепенно. Тогда она скоро попадетъ въ слой жидкости, истеченіе которой можетъ пригодиться намъ, если не въ терапевтическомъ, то въ діагностическомъ отношеніи. Если вмѣсто ожидаемой жидкости вытекаетъ въ обильномъ количествѣ свѣжая кровь, то весьма вѣроятно, что проколота болѣе или менѣе плотная опухоль, въ которой троакаръ, разумѣется, долженъ оставаться какъ можно болѣе короткое время. Если подозрѣваютъ присутствіе плотной опухоли въ не очень большомъ разстояніи за брюшными покровами, то умѣстно разрѣзать сперва кожу ножомъ, чтобы не вкалывать слишкомъ глубоко троакара. Если имѣютъ въ виду только выпустить тонкій слой асцитической жидкости, обрѣзающей опухоль яичника, то лучше сдѣлать проволъ просто ланцетомъ.

Если проколоть крупный сосудъ брюшной или кистой стѣнки, то кровь изъ него изливается обыкновенно лишь послѣ совершеннаго удаленія инструмента. При кровотеченіи изъ кистой стѣнки кровь изливается обыкновенно въ кисту или въ брюшную полость, а изъ брюшной стѣнки — отчасти или вся наружу. Въ послѣднемъ случаѣ нужно проколоть Карлсбадскую иглу черезъ всю толщю брюшной стѣнки подъ колотой раной и обвить ея концы 8-образнымъ ходами нити. Если игла введена недостаточно глубоко, то все-таки можетъ произойти кровотеченіе изъ глубоко лежащаго сосуда, какъ это видѣлъ Спенсеръ Уэллсъ въ правивѣ одного изъ своихъ друзей.

О внутреннемъ кровотеченіи можно заключить только по явленіямъ острой анеміи. Если такое кровотеченіе не подлежитъ сомнѣнію, то нужно обнаружить источникъ его, разрѣзавъ брюшные покровы, и дѣйствовать, смотря по обстоятельствамъ.

Обмороки у пациентокъ наступаютъ не легко, если проколъ дѣлается при горизонтальномъ положеніи больной. Если же они все-таки наступаютъ, то причину слѣдуетъ искать въ анеміи мозга, вызванной слишкомъ быстрымъ истеченіемъ жидкости. Слѣдуетъ остановить это истеченіе и давать *Analeptica*.

Обычный приемъ перетягиванія живота тугимъ бинтомъ послѣ прокола для противодѣйствія уменьшенію внутрибрюшнаго давленія и быстрому новому накопленію жидкости, кажется мнѣ, по меньшей мѣрѣ, несоотвѣтствующимъ цѣли. Предполагаемое постоянное давленіе оказывается обыкновенно чистою влѣзюей, то вслѣдствіе того, что бинтъ скоро смѣщается, то оттого, что при совершенно опорожненномъ животѣ бинтъ натягивается только между обѣими *Spina ant. sup.* Во всякомъ случаѣ, преслѣдуемая цѣль достигается вѣрнѣе при помощи положеннаго на животъ мѣшеа съ пескомъ достаточной ширины и вѣса. Но этимъ мѣрамъ вообще нельзя придавать большаго значенія.

§ 117. Опасности прокола разнообразны и требуютъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія. До послѣдняго времени самымъ частымъ изъ вредныхъ послѣдствій прокола явилось нагноеніе или гнилостное разложеніе проколотою кисты. Хотя вначалѣ этотъ процессъ не обнаруживается значительными симптомами, однако съ наступленіемъ его скоро появляется быстрый упадокъ силъ, который, болшею частью, въ нѣсколько мѣсяцевъ приводитъ къ печальному исходу и во всякомъ случаѣ ускоряетъ его, если опухоль не будетъ заранѣе эстирпирована. Черезъ нѣсколько дней послѣ прокола пациентка начинаетъ лихорадить. Иногда лихорадка начинается знобомъ, въ большинствѣ случаевъ безъ него. Очень скоро, черезъ 2—3 недѣли, лихорадка принимаетъ характеръ гектичкой. При нормальной, или почти нормальной, утренней температурѣ наступаютъ вечернія повышенія на 1—2°, сопровождаемыя нерѣдко познабливаніемъ. Лихорадка не прекращается, пока больная жива, и, вмѣстѣ съ уменьшеніемъ аппетита, производитъ все болшій и болшій упадокъ силъ. Боли при нагноеніи кисты совершенно отсутствуютъ, если только нѣтъ одновременнаго перитонита, и именно это отсутствіе болей и всякой чувствительности къ давленію при появившейся векорѣ послѣ про-

бола лихорадкѣ заставляеть заключить, почти съ полной увѣренностью, что происходитъ нагноеніе кисты. Распознаваніе этого состоянія въ высшей степени важно, потому что оно даетъ показаніе къ неотложному производству овариотоміи.

Нагноеніе кисты вызывается употребленіемъ нечистаго инструмента или—самая обыкновенная причина его—вхожденіемъ воздуха въ кисту. Если можно навѣрное избѣгать перваго, то можно описаннымъ выше способомъ предупредить и входеніе воздуха. Геренъ первый распозналъ важныя послѣдствія этой случайности и предостерегалъ отъ нея при парижскихъ дебатахъ 1855 г. (Bull. de l' acad. XXII. стр. 247). Онъ тогда же приступилъ уже къ подкожному высасыванію посредствомъ аппарата съ плотно пригнаннымъ насосомъ.

Такимъ образомъ, съ тѣхъ поръ какъ распознана причина, мы можемъ почти навѣрное предупредить нагноеніе кисты, какъ слѣдствіе прокола. Къ сожалѣнію, нельзя сказать того же относительно второй опасности, выходенія жидкости въ брюшную полость. Это явленіе встрѣчается, безъ сомнѣнія, необыкновенно часто, подобно просачиванію асцитической жидкости, часто въ большихъ количествахъ, черезъ гораздо болѣе длинный каналъ послѣ прокола въ брюшныхъ покровахъ. Большею частью это явленіе проходитъ безъ всякихъ симптомовъ. Въ другихъ случаяхъ за нимъ слѣдуетъ перитонитъ. Это зависитъ прежде всего отъ качества кистой жидкости, но мы до сихъ поръ еще не можемъ сказать, что чистая коллоидная жидкость, безъ примѣси крови или гноя, оказывается безвредною во всѣхъ случаяхъ. Еще менѣе можно сказать, что она во всѣхъ случаяхъ вредна. Не говори уже о гноѣ и о хорѣ, особенно опасно для брюшины содержимое дермоидныхъ кистъ, тогда какъ обильное содержаніе холестерина въ коллоидныхъ жидкостяхъ не причиняеть, повидимому, никакого вреда.

Само собою разумѣется, что при прочихъ равныхъ условіяхъ выходеніе жидкости въ брюшную полость происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ больше калибръ употребленнаго при операціи троакара. Если предпринимають только пробный проколъ, или вначалѣ операціи признають нецѣлесообразнымъ выпустить всю жидкость, то слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ, для уменьшенія вѣроятности истеченія изъ кисты, выпустить не слишкомъ малое количество, такъ чтобы киста по меньшей мѣрѣ стала дряблѣю. Вѣрныхъ средствъ противъ этой случайности мы не имѣемъ. Диагнозъ выходенія жидкости можетъ быть поставленъ съ точностью, если будетъ доказано присутствіе свободной жидкости, которой раньше не было; онъ вѣроятенъ при каждомъ перитонитѣ, наступившемъ быстро вслѣдъ за проколомъ.

Рѣже случается, что вслѣдствіе толчка при проколѣ опухоль прорывается въ какомъ нибудь мѣстѣ и такимъ образомъ вызывается перитонитъ, какъ это случилось у Вальденштрема (Jahresber. für 1873 Virхова и Гирша, II. стр. 618).

Рѣже опасностей отъ нагноенія кисты и перитонита встрѣчается, но еще труднѣе ихъ устранить, опасность кровоизліянія въ кисту, гезр. смерти больной отъ кровотеченія изъ проколотаго крупнаго сосуда брюшной или кистой стѣнки.

Если приходится выбрать мѣсто для прокола всторонѣ отъ *Linea alba*, то при существующей *Herpia lineae albae*, конечно, трудно съ безусловной увѣренностью избѣжать раненія *Arteriae epigastricae*, за исключеніемъ того случая, когда оперируютъ совсѣмъ вблизи бѣлой линіи, или же, напротивъ, близко отъ подвздошной кости. А. Г. Рихтеръ (*Chirurg. Bibl. III. St. 4 стр. 605*) поранилъ *Art. epigastricam* троакаромъ. Брюннингаузенъ 2 раза видѣлъ при проколѣ, произведенномъ по правиламъ Моиро, раненіе *Art. epigastr. inf.* со смертельнымъ исходомъ въ тотъ же день. Эрлихъ видѣлъ таковой же случай. Большая умерла черезъ 15 часовъ. Съ Гентеромъ и Клайномъ случилось такое же несчастіе. Сп. Уэллсъ видѣлъ въ чужой практикѣ смертельное кровотеченіе изъ вены, которая лежала непосредственно внѣ брюшины и проходила отъ пупка къ печени.

Въ вистой стѣнѣ попадаются то артеріи, то большія вены, раненіе которыхъ можетъ вызвать смерть отъ кровотеченія. Дельпешъ потерялъ такимъ образомъ одну больную, по свидѣтельству Жобера (*Bull. de l'acad. XXII. стр. 146*); Шомель (*Gaz. des hôp. 1845, № 44 и 51*) также видѣлъ 2 раза смерть отъ кровотеченія; Сканцони также 2 раза, разъ изъ сосуда кистой стѣнки, а второй изъ сосуда сальника. Фордъ (*med. communicat. Vol. II. London 1790*) былъ свидѣтелемъ раненія, при которомъ была проколота селезенка. Э. Мартинъ (*Eierstockwassersuchten стр. 43*) также потерялъ одну больную отъ кровотеченія, а Пизли (*стр. 198*) прокололъ толстую вену сальника, лежавшаго передъ опухолью. Больная изшла кровью черезъ 18 часовъ.

Предлежаніе кишки передъ опухолью узнается обыкновенно при предварительной перкуссии. Но Сп. Уэллсъ, Routh и Hewitt (*med. times and. gaz. Jan. 2. 1858*) уже видѣли одинъ случай, въ которомъ при оваріотоміи предлежащая кишка не могла быть опредѣлена перкуссіей. Я самъ имѣлъ одинъ такой же случай. На передней поверхности большой опухоли повсюду слышался пустой перкуторный звукъ; тѣмъ не менѣе при оваріотоміи оказалось, что передъ опухолью наискось проходила сросшенная съ нею петля тонкой кишки, значительной длины. Она находилась въ состояніи спаденія и легко могла бы быть задѣта при проколѣ.

Рѣже чѣмъ кишка можетъ подвергнуться опасности притянутый вверхъ мочевою пузырь. Ритуре (*Arch. gén. de méd. 1865, I. стр. 108*) упоминаетъ объ одномъ такомъ случаѣ. Аранъ рассказываетъ о случаѣ Гиньяра, въ которомъ передъ опухолью помѣщалась матка такимъ образомъ, что легко могла бы быть поранена при проколѣ. Такое поврежденіе дѣйствительно произошло у Вуазена (*Recueil périodique t. VII. стр. 362*).

§ 118. Ни одной изъ перечисленныхъ сейчасъ опасностей нельзя отрицать. Но также вѣрно и то, что если не упущена ни одна изъ мѣръ предосторожности, то опасность прокола на практикѣ весьма незначительна. Впрочемъ, мнѣнія авторовъ на этотъ счетъ весьма различны и нельзя не признать, что нѣкоторымъ операторамъ довелось испытать весьма неприятныя вещи. Но эти случаи относятся, большею частью, къ прежнему времени. Въ не разъ уже упомянутыхъ парижскихъ дебатахъ 1855 года можно найти богатый матеріалъ

по этому предмету. Такъ Крювелье 3 раза видѣлъ проколъ, сопровождавшійся смертью въ теченіи первыхъ 4 дней. Вельпо также въ 4 случаяхъ изъ 310 проколовъ; Клоке наблюдалъ однажды смертельный перитонитъ. Жюберъ наблюдалъ смертельный исходъ черезъ 4—5 часовъ. Джемсъ Симпсонъ видѣлъ нѣсколько случаевъ со смертельнымъ исходомъ и выставялъ на видъ въ особенности опасности перваго парацентеза, а Фокъ собралъ статистическія данныя Кивиша, Southam'a и Т. С. Ли, изъ которыхъ явствуетъ, что изъ 132 подвергшихся проколу умерло въ первые часы или дни послѣ операціи 25=19%. Пизли пришелъ къ необыкновенно невыгодному выводу относительно успѣшности прокола, по крайней мѣрѣ при множественныхъ кистовыхъ опухоляхъ и въ особенности при первомъ проколѣ. Онъ самъ при 63 первыхъ проколахъ потерялъ 4 больныхъ. По его расчету, число смертельныхъ случаевъ послѣ перваго прокола множественной опухоли доходитъ приблизительно до 50%. Meigs, на основаніи своего опыта, пришелъ къ тому же заключенію. Пизли находить, что въ Германіи на 196 первыхъ проколовъ приходится 34 смертельныхъ случая, т. е. 1: 5¹³/₁₇; а въ Англии даже 14 случаевъ изъ 29, т. е. 1: 2¹/₁₄.

Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что столь неблагоприятныя статистическія цифры получаются только въ силу того обстоятельства, что въ прежнее время не были достаточно извѣстны причины опасности и предосторожности противъ нея. Въ настоящее время, если всѣ мѣры предосторожности будутъ соблюдены, то смертельный случай, обусловленный прямо проколомъ, долженъ принадлежать къ рѣдкостямъ. Въ числѣ около 60 проколовъ я не имѣлъ ни одного случая смерти отъ кровотечения или перитонита. Данныя о продолжительности жизни пациентовъ послѣ перваго и повторныхъ проколовъ имѣютъ мало значенія для сужденія о занимающемъ насъ вопросѣ. Онѣ показываютъ, что нѣкоторыя пациентки могутъ переносить впродолженіи многихъ лѣтъ большое количество проколовъ съ выпусченіемъ громадныхъ количествъ жидкости. Но въ тоже время онѣ показываютъ, что въ общей сложности это лишь рѣдкія исключенія, и что большинство всѣхъ больныхъ умирали въ теченіи одного или нѣсколькихъ лѣтъ послѣ перваго прокола, что, слѣдовательно, спасти ихъ проколами не удавалось. Что же касается вопроса, ускоряютъ ли проколы теченіе болѣзни или задерживаютъ его, то въ виду различія случаевъ и степеней развитія процесса, при которыхъ эти случаи поступаютъ на излеченіе, вопросъ этотъ не можетъ быть разъясненъ даже на основаніи самой обширной статистики этого рода. Но въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ клиническое наблюденіе самымъ неоспоримымъ образомъ доказываетъ тоже, что говорить намъ уже простое размышленіе, а именно, что громадныя потери бѣлка при повторныхъ проколахъ должны ускорять смертельный исходъ. Поэтому, помимо діагностическихъ цѣлей и тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, когда имѣется явное показаніе къ попыткѣ достигнуть радикальнаго излеченія проколомъ, помимо наконецъ прокола какъ приготовительной мѣры для экстирпаціи,—въ троакару слѣдуетъ прибѣгать лишь въ томъ случаѣ, если припадки настоятельно требуютъ этой помощи.

Какъ примѣры рѣдкой выносливости тѣла при многочисленныхъ проколахъ можно привести здѣсь слѣдующіе случаи: Моро (Парижскіе дебаты) свидѣтельствуетъ, что одна больная въ теченіи 28 лѣтъ 28 разъ подвергалась проколу, а другая въ общей сложности 110 разъ. Пагенштехеръ (Siebold's J. VII 1828, стр. 91) сообщаетъ объ одной больной, у которой проколъ былъ сдѣланъ 35 разъ въ продолженіи одного года и которая при этомъ потеряла 1132 фунта жидкости. Bergtand (Monatsschr. f. Gebk. XVIII стр. 388) также сдѣлалъ одной больной 35 проколовъ въ продолженіи 9 лѣтъ. Фордъ дѣлалъ проколъ у той-же пациентки 41 разъ; Чизельденъ у другой 57 разъ, а Джонъ Гентеръ (Philos. transact. 1784, P. II, стр. 471) рассказываетъ, что у одной больной было выпущено 80-ю парацентезами въ теченіи 26 лѣтъ болѣе 13 бочекъ воды. John Lattgam (Philos. transact. 1779, P. I, стр. 54) сообщаетъ, что одна опухоль при 155 проколахъ дала $7\frac{1}{2}$ бочекъ жидкости; Бамбергеръ (Deutsche Klinik 1850, стр. 132) сдѣлалъ проколъ у одной больной 253 раза въ 8 лѣтъ. Кивиншъ увѣряетъ, что бывали случаи, гдѣ въ теченіи года было сдѣлано 100 парацентезовъ и выпущено болѣе 1000 фунтовъ жидкости. Гриффинъ (Amer. J. of med. Sc. Jan. 1849, стр. 49) рассказываетъ, что отъ одной больной съ ноября 1830 до марта 1840 при 186 парацентезахъ получено 751 галлонъ соломенножелтой жидкости. Heidrich получилъ отъ одной пациентки въ 8 лѣтъ при 299 проколахъ 9867 фунтовъ жидкости и Берендъ (по словамъ Пизли) рассказываетъ, что въ 13 лѣтъ было сдѣлано 665 проколовъ, т. е. приблизительно проколъ повторялся черезъ каждые 6 дней.

Хотя можно еще значительно увеличить перечень этихъ случаевъ, тѣмъ не менѣе они составляютъ рѣдкость въ сравненіи съ громаднымъ количествомъ такихъ случаевъ, въ которыхъ проколъ доставляетъ лишь мимолетное облегченіе и требуетъ повторенія все въ болѣе и болѣе короткіе промежутки времени.

Проколъ упрекали еще за то, что онъ ведетъ къ образованію срощеній и тѣмъ ухудшаетъ шансы для позднѣйшей овариотоміи. Дѣйствительно, срощенія на мѣстѣ прокола происходятъ довольно часто; но въ большинствѣ случаевъ они ограничиваются ближайшей его окружностью. Не рѣдко случается, что, не смотря на бывшіе проколы, срощеній совсѣмъ нѣтъ. Послѣ того, какъ Сп. Уэллсъ сообщилъ намъ свои наблюденія по этому предмету, ни въ какомъ случаѣ нельзя утверждать, что присутствіе срощеній въ сколько-нибудь значительной мѣрѣ усиливаетъ затрудненія при экстирпаціи опухоли или увеличиваетъ ея опасность. Изъ 500 подвергшихся овариотоміи умерло 25,4%. Проколъ до операціи былъ сдѣланъ у 265 съ 27,17% смертности. Прокола не было въ 235 случаяхъ съ 23,4% смертности. Смертность увеличивалась при частыхъ проколахъ; однако у 32 больныхъ, перенесшихъ по 3 прокола, процентъ смертности былъ только 21,8%.

Полученная такимъ образомъ нѣсколько болѣе высокая цифра смертности у подвергавшихся ранѣе проколу зависитъ, конечно, отчасти отъ того, что у нихъ въ среднемъ выводѣ болѣзненный процессъ успѣлъ развиваться въ болѣе высокой степени, и отъ болѣе продолжительнаго существованія болѣзни, всего-же менѣе отъ образовавшихся срощеній.

Вотъ все, что можно сказать о невыгодахъ и опасностяхъ прокола. Хотя насъ не можетъ удивлять тотъ фактъ, что еще нѣсколько десятилѣтій тому назадъ всѣ врачи прокалывали почти безъ исключенія каждую кистому яичника, если только въ ней была замѣтна ясная флуэтуація, что Казо, Саутгэмъ, Шопаръ, Дезо и другіе настоятельно рекомендовали повторный и ранній проколъ, съ цѣлью достигнуть, если возможно, радикальнаго излеченія опухоли, въ противномъ-же случаѣ хоть продленія жизни, — тѣмъ не менѣе

нужно сказать, что уже давно существовали и рѣшительные противники прокола. Самюэль Шарпъ высказался противъ него еще въ 1739 г. Въ 1788 Каллизенъ заявилъ, что это совершенно бесполезная мѣра. Сабатье (1796) и Авг. Готтл. Рихтеръ (1798) хотѣли ограничить примѣненіе его крайними предѣлами. Позднѣе бесполезность его доказывали Кивипшъ и Фокъ, а также Мк. Доуэлль и за нимъ всѣ оваріотомисты. Рѣзче всѣхъ высказался противъ прокола Штиллингъ, который назвалъ его преступленіемъ. На самомъ дѣлѣ, проколъ, сдѣланный безъ надобности и безъ діагностической цѣли, даже не въ качествѣ приготовительной мѣры для оваріотоміи при пролиферирующей кистомѣ, долженъ считаться въ настоящее время погрѣшностью противъ искусства. Если-же примемъ въ соображеніе, что очень многія пролиферирующія кистомы не отличаются по виду отъ однополостныхъ опухолей, то оказывается, что и при опухоляхъ, повидимому, однополостныхъ на проколъ съ терапевтической цѣлью слѣдуетъ рѣшаться лишь съ величайшей осторожностью и сдержанностью.

Проколъ черезъ рукавъ.

§ 119. Къ нему стали прибѣгать отчасти въ видахъ болѣе совершеннаго опорожненія кисты, отчасти по необходимости въ тѣхъ случаяхъ, когда кисты менѣе крупныхъ размѣровъ оказывались мало доступными со стороны брюшныхъ покрововъ. Для прокола по этому способу необходимо, чтобы опухоль плотно прилегала къ своду рукава и чтобы въ немъ прощупывалась флуэтуация. Условіе это встрѣчается на самомъ дѣлѣ лишь при очень немногихъ изъ крупныхъ опухолей, такъ какъ онѣ поднимаются изъ малаго таза, лежатъ тогда высоко надъ влагалищемъ, и до нихъ трудно добраться. Хотя въ большинствѣ случаевъ нѣтъ никакого органа между кистою и сводомъ рукава, тѣмъ не менѣе мы никогда не можемъ быть увѣрены въ томъ, что избѣгнемъ поврежденія важныхъ органовъ. Но и въ тѣхъ случаяхъ, когда можно навѣрное попасть въ опухоль со стороны рукава, этотъ способъ прокола вообще не рекомендуется. Проколъ главную кисту снизу гораздо труднѣе, чѣмъ сверху; кромѣ того, опасность вхожденія воздуха въ первомъ случаѣ больше. Поэтому проколу снизу подлежатъ собственно и исключительно тѣ кистомы, которыя по своей незначительной величинѣ недоступны сверху для троакара. Но такія маленькія опухоли требуютъ прокола почти только въ случаѣ ущемленія ихъ, или когда онѣ служатъ препятствіемъ для прохожденія головки во время родовъ и не могутъ быть вправлены черезъ тазовой входъ.

Проколъ дѣлается троакаромъ надлежащей длины. Изогнутый инструментъ можетъ потребоваться развѣ только при очень узкихъ дѣтородныхъ частяхъ. Ассистентъ фиксируетъ опухоль снаружи, насколько это возможно. Для возможно болѣе точнаго опредѣленія положенія и границъ опухоли безусловно необходимо произвести предварительно ручное изслѣдованіе per Rectum, а также зондировать матку, если ея положеніе и форменныя отношенія безъ этого не совсѣмъ ясны. Затѣмъ дѣлается проколъ въ такомъ мѣстѣ, гдѣ ясно

ощущается зыбленіе, если можно, то по срединѣ задняго свода рукава или по крайней мѣрѣ близости, потому что здѣсь всего вѣрнѣе можно избѣгнуть поврежденій сосѣднихъ органовъ, напр. мочеточниковъ. Для избѣжанія вхожденія воздуха надо настоятельно совѣтовать употреблять при операциі Томсоновскій троакаръ, или высасывающій аппаратъ. У кого нѣтъ ни того, ни другого, тотъ долженъ дѣлать проколъ подъ спреемъ.

Примѣры раненія сосѣднихъ органовъ при проколѣ черезъ рукавъ встрѣчались конечно чаще, чѣмъ объ этомъ говорится. Вермандуа (Journ. génér. de méd. T. Juin 1813) поранилъ мочевой пузырь, который не былъ предварительно опорожненъ катетеромъ. О такомъ же случаѣ рассказываютъ Voivín и Dugès. Тэтъ видѣлъ 3 случая изъ практики другихъ врачей, гдѣ послѣ прокола черезъ рукавъ наступила смерть. Самъ онъ имѣлъ 2 случая выздоровленія при простыхъ вистяхъ, которыя онъ прокололъ и опорожнилъ посредствомъ аспиратора.

Если проколъ дѣлають троакаромъ, то цѣлесообразно пользоваться при этомъ только осязаніемъ, не употребляя зеркала. При употребленіи этого послѣдняго зыбленіе распознается плохо по причинѣ напряженія стѣнокъ рукава. Вскрытіе кисты разрывомъ можно рекомендовать только въ томъ случаѣ, если имѣють въ виду не просто опорожнить кисту черезъ рукавъ, а стремятся къ радикальному излеченію посредствомъ постоянного дренажированія. На самомъ дѣлѣ простой проколъ черезъ рукавъ дѣлается рѣдко и едвали кто примѣняетъ его систематически. Въ главѣ о постоянномъ дренажированіи (§§ 121—124) приведены ближайшія данныя относительно и техники этого приема.

Хотя выше было сказано, что проколъ per vaginam можно считать цѣлесообразнымъ только при маленькихъ опухоляхъ, и вообще только при ущемленіи ихъ, я счелъ однако своимъ долгомъ сдѣлать исключеніе изъ этого правила въ случаѣ г-жи разсказанномъ выше въ § 114. Тоже было и еще въ другомъ случаѣ, правда, совершенно исключительномъ и потому оправдывавшемъ исключительный образъ дѣйствій, правильность котораго была доказана успѣхомъ. Привожу описаніе этого необыкновеннаго и въ высокой степени интереснаго случая:

Г-жа Л. 32-лѣтняя женщина, здоровая на видъ, родила 6 лѣтъ тому назадъ своего единственнаго ребенка. Въ первую половину беременности она замѣтила „выпаденіе“, которое во вторую половину прошло само собою, но послѣ родильнаго періода появилось снова и ужъ больше не исчезало. По окончаніи родильнаго періода менструація возобновилась правильно и безъ всякихъ припадковъ. Кровотеченія всегда были слабы. Послѣднія регулы были 14 дней тому назадъ. За послѣднія недѣли вываденіе беспокоитъ ее сильнѣе и причиняетъ боли. Около 3 недѣль тому назадъ она замѣтила также увеличеніе въ объемѣ живота.

Животъ представляетъ ясно ограниченную опухоль, величина которой соотвѣтствуетъ маткѣ на 8 мѣсяцѣ беременности. Опухоль повсюду равномерно шарообразна, безъ всякихъ выступовъ, равномерно напряжена, эластична и флукуируетъ. Зыбленіе, правда, не особенно ясно, но повсюду одинаково. Наибольшая окружность живота на уровнѣ пупка — 92 цм.

Отъ верхней части опухоли съ правой стороны идетъ косвенно внизъ, переходя черезъ бѣлую линію на лѣвую сторону, шнурокъ толщинною въ мизинецъ, слегка болѣзненный, длиною въ 20 цм. по передней сторонѣ опухоли. Его принимаютъ за Фаллопиеву трубу.

Передъ Vulva находится Prolapsus vaginae post., величиною съ добрый кулакъ. Онъ легко вправляется и даетъ самую отчетливую флукуацію. При быстромъ вправленіи объемъ живота видимо увеличивается. Рядъ быстро слѣдующихъ одно за другимъ кратковременныхъ сжиманій отражается на животѣ, въ видѣ короткихъ сотрясеній опухоли. Влажная часть стоитъ высоко и совсѣмъ впереди, тотчасъ за Symph. о. р. Матка пропускаетъ зондъ на 6 цтм. въ длину.

Послѣ вправленія Prolapsus, которое при колѣбно-локтевомъ положеніи совершается большею частью само собою, черезъ задній сводъ рукава, при умѣренномъ надавливаніи его кверху, прощупывается перепонка съ круглымъ отверстіемъ, имѣющимъ 3—4 цтм. въ поперечникѣ и лежащимъ въ срединной плоскости тѣла. Края заключающей его перепонки тонки и чрезвычайно сильно напряжены. Они примыкаютъ спереди къ боковымъ краямъ шейки матки, сзади же соединяются, постепенно поднимаясь вверхъ и правильно закру- гляясь.

Эту напряженную перепонку, которая послѣдствіи, послѣ опороженія кисты, прощупывалась еще яснѣе, можно принять только за Fascia pelvis. Расхожденіе ея волоконъ повело къ опущенію опухоли, къ постепенному образованію довольно большаго постояннаго отверстія и къ Ovariocele vaginalis posterior.

На выпавшей части можно было ясно прощупать два лежащихъ одинъ надъ другимъ слоя, которые легко было передвигать другъ надъ другомъ; поверхностный состоялъ изъ стѣнки рукава, глубокой изъ стѣнки кисты. Затѣмъ, опухоль была фиксирована передъ vulva руками, проколота троакаромъ и все содержимое—отъ 3 до 4 килограмм.—выпущено. По произведенному тутъ же профессоромъ Нассе анализу, жидкость имѣла удѣльный вѣсъ 1022 и щелочную реакцію. Она была густовата, весьма разительно отсвѣчивала, имѣла слабо желтоватую окраску и содержала сѣрые хлопчатые массы, дѣлавшія ее мутною и непрозрачною. Эти массы состояли изъ холестеарина. На 100 куб. цтм. жидкости приходилось 0,105 грм. холестеарина. Плотныхъ веществъ въ этой жидкости было 7,24%, зола составляла 0, 89%. Органическая часть плотныхъ веществъ состояла почти изъ одного только бѣлка.

Такое свойство жидкости хотя и не исключаетъ возможности, что передъ нами была опухоль, развившаяся въ окружности яичника (пароваріальная), но и не придаетъ вѣроятности этому предположенію.

Проколъ былъ сдѣланъ въ октябрѣ 1872 г. Въ первые годы нельзя было доказать новаго накопленія жидкости. Впослѣдствіи оно наступило, но и до сихъ поръ, спустя 4½ года, количество жидкости такъ незначительно, что киста достигла, можетъ быть, приблизительно одной трети своего прежняго объема, а пациентка совсѣмъ не замѣчаетъ рецидива.

Напряженная перепонка съ круглымъ отверстіемъ существуетъ по прежнему. Пациентка носитъ пессарій, предохраняющій отъ выпаденія задней стѣнки рукава. При удаленіи его рукавъ, правда, опускается, но сначала въ немъ нельзя замѣтить жидкаго содержимаго. При напряженіи брюшнаго пресса однако часть кисты немедленно появляется въ выпавшей части рукава, передъ vulva.

Уже при первомъ изслѣдованіи пациентки, мнѣ приходило въ голову сдѣлать здѣсь овариотомію со стороны рукава, или вѣрнѣе передъ рукавомъ. Но еслибъ жидкости опять накопилось столько, что потребовалось бы вновь оперативное вмѣшательство, то и теперь я считалъ бы простой проколъ черезъ выпавшую часть болѣе рачіональной мѣрой, чѣмъ всякую другую.

Проколъ черезъ прямую кишку еще гораздо менѣ заслуживаетъ вниманія, чѣмъ проколъ черезъ рукавъ. Его не слѣдуетъ совѣтовать даже въ тѣхъ случаяхъ, когда зыбленіе опухоли всего яснѣе со стороны кишки. Слѣдствіемъ этой операціи легко можетъ явиться вхожденіе кишечныхъ газовъ и фекальныхъ массъ, а это навѣрно вызоветъ гнилостное разложеніе кисты. Этотъ способъ рекомендовалъ, кажется, одинъ только Тавиньо. Сп. Уэллсъ

упоминаетъ объ одномъ видѣнномъ имъ случаѣ, въ которомъ больная погибла черезъ нѣсколько дней послѣ прокола отъ воспаления кисты.

§ 120. Мы уже упомянули выше, что послѣ прокола всегда старались помѣшать накопленію вновь жидкости прижатіемъ живота. Объ этомъ думалъ и приводилъ эту мысль въ исполненіе уже Белль. Исаакъ Бэкеръ Браунъ считалъ даже возможнымъ достигнуть методическимъ прижатіемъ большихъ результатовъ, а именно радикальнаго излеченія. Онъ накладывалъ на животъ компрессы, которые удерживались длинными полосами липкаго пластыря, охватывавшими животъ съ обѣихъ сторонъ отъ крестца. Поверхъ нихъ накладывались широкіе бинты, и повязка укрѣплялась надлежащимъ образомъ ходами, наложенными вокругъ бедеръ. Браунъ обнародовалъ этотъ способъ въ первый разъ въ 1844 г. въ «Ланцетѣ»; въ то время онъ соединялъ съ прижатіемъ употребленіе мочегонныхъ, а также весьма энергическое, какъ внутреннее, такъ и наружное употребленіе ртутныхъ препаратовъ. Онъ могъ насчитать въ своей «Ovarian dropsy» (водянка яичниковъ) 6 случаевъ излеченія. Въ 3 случаяхъ исцѣленіе произошло въ теченіи 1—3 лѣтъ, въ 3 остальныхъ оно потребовало 8—11 лѣтъ. Мэй (Lancet Dec. 8. 1860) также обнародовалъ одинъ случай, излеченный по этому методу, а также Тэннеръ (Lancet. Vol. II. 1852 стр. 261) приводитъ 3 случая излеченія.

Добиться успѣха подобнымъ леченіемъ можно во всякомъ случаѣ только при однополостныхъ кистахъ. Хотя прижатіе, безъ сомнѣнія, нужно назвать раціональнымъ пріемомъ, всетаки остается вопросомъ — достигается ли имъ нѣчто большее, чѣмъ простымъ проколомъ, такъ какъ употреблять прижатіе можно только въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль, самое большее нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а рецидивы и послѣ простаго прокола могутъ начаться спустя нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ.

ГЛАВА XX.

Разрѣзъ и проколъ съ дренажированіемъ.

Литература. Houston: Philos. transact. Vol. XXXIII. 1724, No. 381. — Le Dran: Mém. de l'acad. de chir. Vol. III. стр. 431. Тогоже: Plusieurs observations et mémoires sur l'hydropisie enkystée et le squirre de l'ovaire.—A. G. Richter: Anfangsgründe der Wundarzneykunst. Göttingen 1801, Bd. V. стр. 165 seqq.—Récamier: Revue méd. Jan. 1839. N. Ztschr. f. Gebk. XI. стр. 146.—Ollenroth: Die Heilbarkeit der Eierstockswassersucht. Berlin 1843. — Cazeaux: Annal. de chir. française et étrangère. Oct. 1844. — Delaporte: Mém. de l'académie de chir. II. стр. 452.—Pagenstecher: Rhein. Monatsschr. Febr. 1849.—Maisonnette: Des opérat. applicables aux mal. de l'ovaire. Paris 1850. по немѣц. въ annal. f. Frauenkr. VII стр. 459. Leipzig 1850. — Carson: Prov. med.

Journ. III. 8. 1846. (N. Ztschr. f. Gebk. 27. стр. 290).—Leroy d'Etiolles: Moniteur des hôp. 1856, No. 136.—Simon Thomas: Arch. f. Holl. Beiträge z. Nat.-u. Hlthge Bd. II. II. 2, 1859.—Baker Brown: Diseases of women стр. 219.—Bribosia: Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1870, IV. 1161 и 1871, V. стр. 67.—Boinet: Des inconvénients du traitement des kystes de l'ovaire, soit par l'incision, soit par l'application des caustiques et la suppuration. Union méd. 1870, No. 20—29.—Jouon: Kyste de l'ovaire guéri par incision et suppuration. Union méd. 1870, No. 67. — Desprès: Gaz. des hôp. 1864. стр. 14 и 1873, No. 95.—E. Martin: Berl. klin. Wochenschr. 1874, No. 24 Ztschr. f. Gebh. u. Frauenkrkh. I. 1875. стр. 369.—Delore: Bull. de la soc. de chir. March 29. 1876.

Къ каутеризаціи. E. J. Tilt: The Lancet. Aug. и Sept. 1848. — Wilson: Prov. med. and surg. J. Uan. 1851.—Truckmüller: Gräfe u. Walther's Journ. f. Chir. XXI. H. 4, стр. 572.—Selwyn: Lancet. 1837, Oct.—Howitz: Hospital's Tidende. 10 Aargang, 51 U. 52. 1867.—Demarquay: Gaz. des hôp. 1870, No. 2.—Bryant: Guys Hosp. rep. XIV. 216.

Къ двойному проколу. Barth: Bull. de l'acad. de méd. 1856. — Récamier: Revue méd. Paris 1839. Janv. (Froier's neue Notizen. XII. стр. 336. 1839).

§ 121. Быстрое накопленіе вновь жидкости послѣ сдѣланнаго прокола давно уже наводило на мысль—устроить постоянное сообщеніе между полостью кисты личника и наружной поверхностью тѣла и выводить наружу вновь образующійся секретъ, чтобы вызвать такимъ образомъ сморщиваніе полости до совершеннаго ея запустѣнія. Такой исходъ старались вызвать частію тѣмъ, что дѣлали разрѣзъ стѣнки кисты снаружи или со стороны рукава и пришивали края рѣзаной раны кисты къ краямъ раны брюшныхъ покрововъ, если раньше не было вызвано срощеніе кисты съ раной брюшной стѣнки. Частію же преслѣдовали ту же цѣль, прокалывая кисту снаружи или черезъ рукавъ и оставляя на мѣстѣ канюлю троакара, или замѣняя ее другой постоянной трубкой (canule à demeure),

Что касается разрѣза, то онъ не совсѣмъ оставленъ еще и въ настоящее время; въ послѣднее время онъ оказывался даже почти необходимой мѣрой въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а именно, при попыткахъ сдѣлать овариотомію; если она оказывается невозможною вслѣдствіе срощеній, разрѣзъ можетъ послужить средствомъ, позволяющимъ извлечь всетаки пользу изъ начатой операціи. Правда, что и здѣсь разрѣзъ есть не болѣе какъ pis-aller, котораго слѣдуетъ по возможности избѣгать.

Неминуемымъ слѣдствіемъ продолжительнаго сообщенія кисты съ поверхностью тѣла является нагноеніе или гнилостное разложеніе кисты. Опасность такого состоянія обнаруживается не сразу во всей своей силѣ, но раньше или позже оно приводитъ къ смерти отъ истощенія, герп. отъ ихорреміи или септикеміи, если не успѣетъ образоваться запустѣніе мѣшка. Большинство больныхъ не доживаютъ до этого послѣдняго; только благодаря нѣсколькимъ счастливымъ случаямъ, наряду со многими неудачными, возникла въ тѣ времена, когда овариотомія не могла еще похвалиться большимъ числомъ успѣховъ, надежда, что сохраненіе жизни будетъ чаще удаваться при разсматриваемомъ способѣ леченія. Кромѣ тѣхъ опасностей, которыя влечетъ за собою нагноеніе, разрѣзу угрожали еще гораздо болѣе непосредственною опасностью изліянія жидкости въ брюшную полость и разлитаго перитонита. Ее старались преду-

предить самыми разнообразными способами: то предварительно дѣйствовали на брюшные покровы ѣдкими веществами, съ цѣлью вызвать слипчивое воспаление (Рекамье, Тавиньо, Перейра; въ сводѣ рукава: Хегарь), то вкалывали иглы до самыхъ вистъ включительно (Труссо), то старались прижать висту къ брюшной стѣнкѣ и фиксировать ее при помощи троакаровъ особаго устройства, выпускавшихъ послѣ прокола упругія вѣтви на внутреннемъ концѣ (Рамбо, Uytterhöven). Но всѣ эти приемы оказались ненадежными и безсильными предотвратить навѣрное опасностъ выхожденія жидкости въ брюшную полость. При разрѣзѣ или проколѣ черезъ рукавъ опасностъ эта во всякомъ случаѣ незначительна.

Въ первомъ исторически извѣстномъ случаѣ разрѣза, въ 20-хъ годахъ прошлаго столѣтія, операторъ Роб. Гаустаунъ хотѣлъ просто проколотъ опухоль ланцетомъ. Такъ какъ изъ раны ничего не вытекало, то онъ постепенно расширилъ разрѣзъ до 4 дюймовъ въ длину, выпустилъ клееобразную массу при помощи лучинки, завернутой въ коршію, и потомъ снова зашилъ часть разрѣза. Больная выздоровѣла. Ле-Дранъ, сдѣлавъ первую операцію этого рода въ 1737, возвелъ разрѣзъ въ методъ. У паціентки его, до самой ея смерти, наступившей спустя 4 года «отъ скirrosныхъ опухолей брыжеечныхъ желѣзъ», оставалась фистула послѣ раны. Тоже было и съ большинствомъ другихъ больныхъ Ле-Драна. Только у одной изъ нихъ, которая послѣ операціи была нѣсколько недѣль больна при смерти, рана совершенно закрылась черезъ 2 года.

Способъ Ле-Драна нашелъ однако подражателей и защитниковъ въ лицѣ Порталья, де Наён'а, Денмана, Делапорта, Дзонди, Фидлера и др. Напротивъ Каллизенъ, А. Г. Рихтеръ, Сабатье, Бушъ, Буане отвергли его совершенно. Но въ послѣдствіи оваріотоміи опять стали подавать поводъ къ операціи по способу Ле-Драна, тѣмъ болѣе, что при существованіи плотныхъ паріетальныхъ сращеній весьма часто отказывались доводить операцію до конца. По Казо, разрѣзъ дѣлали съ успѣхомъ Вельпо, Порталь, Боннманъ, Рэ. У Мюссе также есть случай благоприятнаго исхода. Бюрингъ, который въ видахъ облегченія истеченія жидкости выбиралъ обыкновенно боковую разрѣзъ, 3 раза не могъ окончить оваріотомію. У двухъ изъ этихъ больныхъ онъ сдѣлалъ частичное вырѣзываніе опухоли. Обѣ умерли. Третья, послѣ повторявшихся нѣсколько дней попытокъ извлечь приросшую опухоль и послѣ вскрытія гнойной полости въ кишечный каналъ, осталась въ живыхъ. Вугантъ сдѣлалъ разрѣзъ при нагноеніи въ вистѣ. У паціентки въ продолженіи 2 лѣтъ оставалась фистула, и она ежедневно сама прополаскивала себя мѣшочкѣ. Изъ 2 больныхъ, оперированныхъ Бэнбриджемъ по тому-же способу, одна осталась въ живыхъ. Изъ 3 больныхъ Бэкеръ-Брауна 2 умерли въ первыя недѣли отъ изпурительнаго нагноенія, а третья только черезъ 4 мѣсяца. О столь-же несчастливо окончившемся случаѣ В. Лангенбека сообщаетъ Фокъ (стр. 360). Въ новѣйшее время встрѣчается множество случаевъ, въ которыхъ при оваріотоміи, оказавшейся невыполнимою, пришивали, то съ успѣхомъ, то безуспѣшно, края раны висты къ брюшнымъ покровамъ. Счастливые случаи этого рода описаны между про-

чимъ А. Жуономъ и Э. Мартиномъ. При оваріотоміи мы познакомясь ближе съ статистическими результатами этихъ разрывовъ, предпринятыхъ лишь какъ крайняя мѣра.

Къ вскрытію кисты при помощи ѣдкихъ средствъ прибѣгали гораздо меньше, чѣмъ къ разрыву. Уже въ новѣйшее время сообщаетъ объ одномъ подобномъ случаѣ Демаркэ (1870). Онъ вскрылъ посредствомъ цинковаго вѣнскаго тѣста кисту съ разложившимся содержимымъ. Подъ вліяніемъ постоянныхъ прополаскиваній наступило постепенно сморщиваніе мѣшка и выздоровленіе. Говитцъ каутеризировалъ при однополостной кистѣ вѣнскимъ тѣстомъ въ 10 сеансовъ. Вытекло большое количество кровянистой жидкости, но черезъ 8 дней больная умерла съ признаками воспаления стѣнки кисты. Больная Тильта уцѣлѣла съ величайшимъ трудомъ, послѣ того какъ гнилостно разлагавшаяся киста вскрылась въ кишечный каналъ. У нея оставалась фистула въ продолженіи 5 лѣтъ. Не лучше шло дѣло у больной Уильсона, у которой фистула оставалась до конца наблюденія. Въ послѣднее время Бриборія сообщалъ одинъ случай, благополучно перешедшій въ выздоровленіе при помощи прополаскиваній.

§ 122. Несравненно болѣе распространенъ способъ леченія съ постоянной канюлей. А. Г. Рихтеръ, кажется, первый настоятельно рекомендовалъ этотъ пріемъ. Онъ хотѣлъ владывать эластической катетеръ въ отверстіе, сдѣланное при проколѣ кисты. Удачный случай Олленрота возбудилъ общее вниманіе и повидимому общалъ существенно двинуть впередъ распространеніе этого метода. Послѣ 7-ми кратнаго прокола, причемъ въ послѣдній разъ вытекалъ гной, Олленротъ вложилъ серебряную канюлю. Наступило гнилостное разложеніе мѣшка. Черезъ 27 дней истеченіе совершенно прекратилось и канюлю можно было удалить. Больная выздоравливала медленно. Такой-же успѣхъ имѣлъ Пагенштехеръ у больной, имѣвшей, повидимому, многополостную опухоль; по крайней мѣрѣ, П. находилъ, что прощупываются 4 стѣнки. Спустя 14 дней, ихорозное отдѣленіе довело больную до края гроба, но потомъ она медленно оправилась. Фистула существовала 5 мѣсяцевъ. Впослѣдствіи пациентка совершенно выздоровѣла и даже родила ребенка. Депре могъ въ одномъ случаѣ констатировать въ продолженіи 11 лѣтъ излеченіе при помощи прокола и постоянной канюли. Другая больная, которой Буане 7 разъ дѣлалъ проколъ и впрыскивалъ іодъ, получила послѣ употребленія постоянной канюли брюшную фистулу, съ которой прожила еще 16 лѣтъ. Тардини-же, по отчету Леруа д'Этіолля, вылечилъ одну больную, оставивъ канюлю въ ранѣ только на 15 дней.

Въ самыхъ обширныхъ размѣрахъ примѣнялъ этотъ способъ, кажется, Жоберъ. Послѣ каждаго прокола онъ на нѣсколько часовъ оставлялъ канюлю на мѣстѣ, чтобы дать вытечь всей жидкости и помѣшать вхожденію ея въ брюшину.

Приведенные здѣсь случаи счастливаго исхода всетаки составляютъ рѣдкость. Большинство больныхъ недолго переносятъ продолжающійся гнилостный процессъ и погибаютъ отъ истощенія. По свидѣтельству Казо (Парижскія

пренія 1856) 6 больныхъ съ многополостными кистоматами, у которыхъ былъ примѣненъ sonde á demeure, погибли всѣ на глазахъ Мезоннёва въ теченіи 6 мѣсяцевъ.

§ 123. Скорѣе можно оправдать, для рѣдкихъ, правда, случаевъ, употребленіе постоянной канюли, послѣ прокола, со стороны рукава. Каллизенъ уже въ 1775 (*Systema chirurg. hodiern*) сдѣлалъ проколъ кисты яичника черезъ рукавъ. Позднѣе его примѣру послѣдовали А. Дюбуа, Дельпешъ (*Journal. gén. de méd.* 1713), Рекамье, Арнотъ. Что же касается приема оставленія на мѣстѣ канюли, то его употребилъ впервые Жоаш, потомъ Фр. Генкель и спустя почти 100 лѣтъ Швабе (1836). Этотъ послѣдній оставлялъ катетеръ на 14 дней. Швабе могъ констатировать наступившее излеченіе спустя 6 лѣтъ. Черезъ нѣсколько лѣтъ (1846) Кивишъ обнародовалъ свой первый случай и сдѣлался самымъ ревностнымъ защитникомъ этого способа. Онъ желалъ примѣненія его только при однокамерныхъ опухоляхъ и потому всегда старался убѣдиться въ существованіи этого предварительнаго условія при помощи пробнаго прокола. Кивишъ прокалывалъ кисту троакаромъ и расширялъ проколъ бистуреемъ настолько, чтобы можно было ввести палецъ. Затѣмъ онъ вводилъ оловянный маточный наконечникъ, который оставался на мѣстѣ нѣсколько недѣль и черезъ который ежедневно по нѣсколько разъ впрыскивалась теплая вода до тѣхъ поръ, пока продолжался гнилостный процессъ.

Какъ велико было число случаевъ Кивиша, неизвѣстно. Онъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ исцѣленія, которое можно было контролировать впродоженіи 5 лѣтъ, и рассказываетъ также объ одномъ смертельномъ случаѣ.

Шнеттеръ вылечилъ тѣмъ же способомъ больную съ многокамерной опухолью, но жизнь ея подвергалась однако опасности, вслѣдствіе задержанія ихора. Дѣло шло о многополостной опухоли, которую пришлось проколоть всего 4 раза. Онъ желалъ примѣненія этого способа чуть ли не ко всѣмъ мѣшечатымъ опухолямъ и оперировалъ еще въ 3 случаяхъ съ такимъ же счастливымъ исходомъ.

На самый широкій кругъ опыта и вмѣстѣ съ тѣмъ на самые лучшіе результаты можетъ сослаться Сканцони. Подобно Кивишу, онъ прокалываетъ только однокамерныя кисты, довольно широкимъ троакаромъ, длиною въ 10 дюймовъ. Если жидкость такъ густа, что не можетъ вытекать черезъ канюлю, то Сканцони вдвигаетъ черезъ нее особо устроенный для этой цѣли ножикъ и расширяетъ имъ разрѣзъ до $1 - 1\frac{1}{2}''$, или способствуетъ самому истеченію впрыскиваніемъ воды. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ никакихъ явленій реакціи не обнаруживается, и канюлю можно бываетъ удалить дней черезъ 8. Въ другихъ же наступаютъ болѣе или менѣе рѣзкія общія явленія, обусловливаемыя воспаленіемъ стѣнокъ кисты. Сканцони наблюдалъ это въ 6 случаяхъ изъ 23. Всѣ 6 окончились радикальнымъ излеченіемъ. Остраго перитонита Сканцони не видалъ ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ.

Рис. 11.



Троакарь съ ножомъ
Сканцони.

Изъ 23 подвергнутыхъ этому леченію больныхъ у 5 вскорѣ вновь наступило наполненіе; состояніе 4-хъ нельзя было продолжать контролировать. У 14 положительно наступило радикальное исцѣленіе, которое у нѣкоторыхъ изъ нихъ можно было констатировать спустя 20 лѣтъ и болѣе. Это дѣйствительно превосходные и въ высшей степени достойные вниманія результаты.

Лудвигъ Фюрстъ упоминаетъ о двухъ случаяхъ съ счастливымъ исходомъ, въ которыхъ операція была сдѣлана Карломъ Брауномъ. Въ одномъ изъ нихъ, у 48-лѣтней больной, было выпущено 2³/₄ фунта жидкости шоколадно-коричневаго цвѣта *), потомъ черезъ 4 недѣли сдѣланъ вторичный проколъ и канюля пролежала 32 дня. Небольшая плотная опухоль, которая прощупывалась вначалѣ (экссудатъ), вскорѣ безслѣдно исчезла. 2-й случай, въ которомъ была выпущена ихорозная жидкость, протежь еще благоприятнѣе и быстрѣе.

Симонъ Томасъ также излечилъ 3 случая опухолей проколомъ черезъ рукавъ. Двѣ изъ нихъ были дермоидныя кистомы. Чтобы помѣшать зарощенію отверстія, которое было расширено разрѣзомъ, употреблялись преимущественно вприскиванія.

Набонецъ Неггератъ примѣнилъ этотъ способъ въ 6 случаяхъ въ Нью-Йоркѣ. Онъ разрѣзаетъ кисту въ косвенномъ направленіи на протяженіи около 1 дюйма и пришиваетъ края раны проволокой къ своду рукава. Затѣмъ ежедневно дѣлаются антисептическія прополаскиванія кисты. Изъ этихъ случаевъ 2 окончились смертельно, 4 выздоровленіемъ.

Хегаръ достигъ въ одномъ случаѣ срощенія стѣнки кисты со сводомъ рукава предварительной каутеризаціей этого послѣдняго, послѣ чего прорѣзалъ кисту.

Неггератъ представилъ въ формѣ таблицы результаты 53 случаевъ— число, къ которому можно присоединить позднѣйшіе случаи Скванцони (13), равно какъ 2 случая К. Брауна и 3 Симона Томаса. По Неггерату изъ 48 случаевъ съ 55 операціями, въ 34 леченіе увѣнчалось успѣхомъ. Въ 4 успѣхъ былъ нерѣшительный; въ 14, т. е. въ 29% получился смертельный исходъ.

Изъ этихъ случаевъ въ одномъ смерть произошла отъ кровотечения, въ 4 отъ первичнаго перитонита, въ 7 отъ септикеміи и вторичнаго перитонита.

Стоитъ упомянуть здѣсь еще о способѣ Рекамье (Revue méd. Janv. 1839), который однажды сдѣлалъ проколъ черезъ брюшныя покровы, отыскавъ трубочкой троакара дно кисты по направленію къ Excavatio recto-uterina и контролируя инструментъ со стороны рукава, прокололъ также и въ этотъ послѣдній. Этотъ способъ можетъ быть примѣненъ только при однокамерныхъ кистахъ, во всякомъ случаѣ только при нихъ онъ можетъ повести къ радикальному излеченію. Но вѣдь при такихъ опухоляхъ его можно замѣнить менѣе опаснымъ, простымъ проколомъ.

*) По этому поводу можно замѣтить, что нѣкоторые изъ старѣйшихъ случаевъ, въ особенности тѣ, въ которыхъ была выпущена шоколадно-коричневая жидкость и въ особенности у молодыхъ индивидуумовъ, нельзя считать несомнѣннымъ въ отношеніи діагноза. Между ними часто могли попадаться Haematocoele и Haematometra при порокахъ развитія. Это относится между прочимъ и къ случаю Тплля, о которомъ упомянуто въ Мейсеровыхъ Forschungen des 19 Jahrh. Bd. II стр. 330.

§ 124. При современномъ состояніи оперативнаго леченія кистомъ яичниковъ, а также судя по результатамъ сдѣланныхъ опытовъ, разрѣзъ или проколъ съ дренажированіемъ со стороны брюшныхъ покрововъ, какъ первичный способъ, долженъ быть безусловно отвергнутъ при однополостныхъ опухоляхъ потому, что въ этомъ случаѣ онъ не можетъ конвурировать по безопасности съ простымъ проколомъ, при которомъ также возможенъ радикальный успѣхъ; а при многополостныхъ опухоляхъ потому, что будучи сопряженъ съ значительной опасностью, онъ врядъ ли когда можетъ увѣнчаться прочнымъ успѣхомъ. Поэтому прибѣгая къ этому способу, какъ къ послѣдовательной мѣрѣ, позволительно, часто даже показуется, только въ тѣхъ случаяхъ, когда тщетно пытались сдѣлать овариотомію и должны были отказаться отъ нея по причинѣ техническихъ трудностей. Въ большинствѣ такихъ случаевъ самая опухоль уже повреждена настолько, что нельзя просто зашить надъ нею рану живота, а приходится поневолѣ поддерживать сообщеніе вскрытыхъ полостей съ поверхностью тѣла, соединивъ предварительно швомъ стѣнки опухоли съ брюшными покровами, для предупрежденія затековъгноя въ самой брюшной полости.

Нѣсколько менѣе ограничено показаніе къ этой операціи, когда она предпринимается со стороны рукава. Здѣсь встрѣчаются, хотя и не часто, случаи, требующіе разрѣза, или же такіе, которые, по крайней мѣрѣ, оправдываютъ попытку достигнуть этимъ способомъ радикальнаго излеченія.

Къ первымъ нужно причислить случаи небольшихъ, ущемленныхъ въ тазу опухолей, если онѣ не вправимы. Явленія ущемленія могутъ сдѣлаться столь интенсивными, что является настоятельная потребность устранить ихъ. Неудержимая рвота и начинающійся перитонитъ, упорный запоръ или Ischuria всего чаще обуславливаютъ необходимость операціи. Предлежаіе опухоли во время родовъ, если вправленіе ея невозможно, также можетъ сдѣлать необходимымъ по крайней мѣрѣ проколъ. Послѣ этого можно, смотря по роду случая, сдѣлать разрѣзъ или ввести канюлю, чтобы вѣрнѣе достигнуть радикальнаго излеченія.

Операція эта можетъ имѣть цѣлью радикальное излеченіе и тогда, когда ущемленій нѣтъ, стало-быть при отсутствіи въ данную минуту угрожающихъ явленій. Такъ какъ при многополостныхъ кистамахъ на него почти никогда нельзя рассчитывать, то, вопреки Шнеттеру и Неггерату, разрѣзъ слѣдуетъ рѣшительно отвергнуть въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ, по меньшей мѣрѣ, вѣроятія, что имѣемъ дѣло съ однополостной опухолью. При невозможности точно діагносцировать таковую безъ предварительнаго прокола, слѣдуетъ всегда начинать съ этого послѣдняго, какъ дѣлаетъ Скандони, и если проколъ говоритъ за однополостную опухоль, но остается безуспѣшнымъ, тогда только можно считать себя вправѣ приступить къ радикальной операціи путемъ разрѣза или прокола съ оставленіемъ въ ранѣ канюли. Я не сомнѣваюсь, что Скандони существенно обязанъ своими превосходными результатами тщательному выбору случаевъ и принимаемой имъ мѣрѣ предосторожности—пробному проколу.

Разрѣзъ предполагаетъ непосредственное прилежаніе опухоли къ своду

рукава. Зато нѣтъ надобности ставить необходимымъ условіемъ приращеніе опухоли надъ рукавомъ, какъ оно ни желательно въ видахъ уменьшенія опасности операціи. Добиваться сращенія тамъ, гдѣ его нѣтъ, предварительной каутиризацией, какъ дѣлалъ Хегаръ, есть приемъ, какъ кажется, незаслуживающій одобренія вообще. Предположенная цѣль достигается при немъ далеко не вѣрно, какъ показалъ опытъ съ каутиризацией черезъ брюшные покровы. Кромѣ того, безъ сомнѣнія трудно разсчитать, какія послѣдствія вызоветъ дѣйствіе того или другаго Causticum въ сводѣ рукава,—хотя въ искусныхъ рукахъ Хегара оно и сопровождалось успѣхомъ, и никакихъ вредныхъ послѣдствій не вызывало.

Кромѣ простыхъ серозныхъ кистъ яичника для операціи имѣютъ значеніе еще дермоидныя кисты, отчасти потому, что это также кисты однополостныя, отчасти же потому, что онѣ, въ большинствѣ случаевъ, помѣщаются въ маломъ тазу и чаще простыхъ кистъ подаютъ поводъ къ воспалительнымъ заболѣваніямъ. Именно при этихъ-то кистахъ сама природа такъ часто указываетъ какъ на возможность самопроизвольнаго исцѣленія путемъ нагноенія и вскрытія въ рубавъ или прямую кишку, что при дермоидной кистѣ легко приходитъ въ голову показаніе — вызвать тотъ же исходъ искусственнымъ приемомъ. Пизли весьма рѣшительно защищаетъ такое показаніе, и два удачныхъ случая Симона Томаса также говорятъ въ его пользу. Показаніе къ вскрытію мѣшка будетъ имѣть мѣсто въ особенности тогда, когда, на основаніи общихъ явленій и мѣстныхъ признаковъ воспалительнаго раздраженія, можно діагностицировать самопроизвольное нагноеніе мѣшка. Это послѣднее наблюдается всего чаще въ родильномъ періодѣ, послѣ разможженій мѣшка, происшедшихъ *inter partum*. Но чаще встрѣчается поводъ не къ вскрытію мѣшка, а къ расширенію самостоятельно возникшаго отверстия.

Разрѣзъ со стороны рукава слѣдуетъ производить по изложеннымъ выше, въ особенности по даннымъ Скандони, правиламъ. Если не имѣется Скандоневскаго троакара съ особымъ ножомъ для расширенія, то можно сдѣлать операцію и всякимъ другимъ пожемъ съ длинною ручкой. Всего важнѣе сдѣлать широкое отверстіе, не столько для моментальнаго истеченія жидкости, сколько въ видахъ истеченія гнилыхъ продуктовъ, которое при большихъ кистахъ продолжается цѣлыми недѣлями или мѣсяцами. Сдѣланное отверстіе всегда значительно уменьшается, что подаетъ поводъ къ опаснымъ задержаніямъ разложившагося гноя. Последовательное леченіе состоитъ въ тщательныхъ прополаскиваніяхъ полости дезинфицирующими растворами. Лучше дѣлать ихъ не шприцемъ, а помощью ирригатора или Хегаровской воронки.

ГЛКВА XXI.

Впрыскиваніе раздражающихъ жидкостей.

Литература. Holscher въ Holscher's Ann. II, стр 399 (N. Ztschr. f. Gebk. VIII. 1840, стр. 144).—Voinet: Bull. de théér. août 1852 und Bull. de l'acad. de méd. 1852, и

Gaz. hebdom. Nov. 21. 1856, стр. 828.—Тотъ-же: *Jodotherapie* 2me éd. 1865.—Thomas: *Revue médico chir.* 1851, стр. 79 und Schmidt's *Jb.*, 1851, Nov. 6, стр. 327.—James Simpson: *Edinb. monthl. J.* Mai 1854, стр. 467 и *Clinic. lectures on diseases of women* 1872, p. 467.—Pariser Discussion: *Bull. de l'acad.* XXII. 1856.—v. Scanzoni: *Verh. d. phys.-med. Ges. z. Würzburg* Bd. IX. 1859.—O. v. Franque: *Spitalszeitung* Juni 1863. — G. Simon: (*Stettiner Natf.-Vers.*) *Monatsschr. f. Gebk.* XXII. 1863, стр. 302.—Schuh: *Wien. med. Halle* 1864, No. 8. — Тотъ-же *Ztschr. d. Ges. d. Ae. z. Wien* 1859. No. 48.—Ludw. Fürst: *Wien. med. Presse* 1869, стр. 415.—Edm. Rose: *Virchow's Arch.* Bd. 35. 1866.

§ 125. Идея добиться сморщиванія вѣсть яичниковъ при помощи раздражающихъ жидкостей существовала уже въ началѣ нынѣшняго столѣтія или раньше, хотя авторъ ея неизвѣстенъ. Денманъ, Белль, Гамильтонъ и Scudamore вприскивали частью растворъ *Zinc. sulf.*, частью портвейнъ; Бреннеръ и Боссю также вприскивали горячее вино, а въ 20-хъ годахъ l'Homme, Гоберъ, Лафэ и Жоберъ вприскивали алкоголь.

Этотъ методъ леченія, какъ кажется, не имѣлъ успѣха, по крайней мѣрѣ, онъ не распространился Затѣмъ, въ 1845 году Вельпо, на основаніи результатовъ, полученныхъ при *Hydrocele*, сталъ рекомендовать вприскиваніе іодистыхъ жидкостей и при опухоляхъ яичниковъ, а въ 1846—Алисонъ, въ Индіанѣ, кажется, независимо отъ этого совѣта, впервые примѣнилъ въ одномъ случаѣ вприскиваніе іода. Этотъ случай былъ обнародованъ въ 1851 г. Томасомъ вмѣстѣ съ однимъ случаемъ Ривора и тремя—Роберта. Но рѣшительное вліяніе имѣла рекомендація Буане, въ 1852 г., доставившая этому способу многочисленныхъ приверженцевъ, особенно во Франціи. Буане, впервые распространившій этотъ способъ въ практикѣ и наиболѣе разработавшій его, вмѣстѣ съ тѣмъ надолго занялъ въ исторіи его первое мѣсто по богатству своей опытности. Huguier, Нелатонъ, Демаркей, Мезонневъ, въ особенности же Крювелъ и Жоберъ, и многіе другіе сдѣлались сторонниками этой операціи; вприскиваніе іода было введено во всѣхъ странахъ. Въ Англіи партизанами его были Бэкеръ Браунъ и Джемсъ Симпсонъ, а также Ч. Уэстъ. Въ Германіи оперировали по этому способу во множествѣ случаевъ Шу, Г. Браунъ, Сканцони, Лангенбееръ и мн. др., и еще въ 1856 г. Фобъ рекомендовалъ вприскиваніе іода, хотя главнымъ образомъ только для простыхъ вѣсть.

Нѣтъ ничего удивительнаго въ быстромъ распространеніи этого способа и благоприятномъ приѣмѣ, оказанномъ ему со всѣхъ сторонъ въ это время, когда оваріотомія еще только начинала ссылаться на успѣхи и возбуждала еще всеобщій ужасъ; всѣ были рады такому способу, который въ одномъ рядѣ случаевъ приводилъ несомнѣнно къ радикальному излеченію, а въ другихъ, по крайней мѣрѣ, замедлялъ теченіе.

Не было, впрочемъ, недостатка и въ противникахъ, которые или считали эту операцію слишкомъ опасною, или не удовлетворялись результатами. Къ нимъ принадлежали Кивишъ, Т. С. Ли, Тильтъ, Бюрингъ и Э. Мартинъ.

Съ начала 60-хъ годовъ, когда оваріотомія стала дѣлать большіе успѣхи, о вприскиваніи іода вдругъ замолчали. Иногда только попадались еще въ

печати совсѣмъ отдѣльные случаи, такъ, въ 1872 г. случай Э. Бернса (Obst. Soc. transact. London), въ 1873 г.—случай Тильо (Bull. de thérap. 30 Janvier 1873), Филиппса (Lond. obst. transact, 1873, стр. 340), Петерсена (Hospitals Tidende 1873, стр. 137). Одинъ только Буане еще и въ новѣйшее время (1867) продолжаетъ желать болѣе распространеннаго примѣненія впрыскиванія.

Относительно успѣховъ этой операціи имѣются статистическія данныя Буане и Вельпо въ довольно большемъ объемѣ. Изъ 130 случаевъ, изъ собственной и чужой практики, въ которыхъ было примѣнено впрыскиваніе іода, 64 окончились излеченіемъ, 35—временнымъ улучшеніемъ и 36 больныхъ умерло. Но изъ этихъ 30-ти смертельныхъ случаевъ въ 20-ти впрыскиваніе было соединено съ постояннымъ дренажированіемъ.

Вотъ что сообщаетъ Буане относительно своихъ 100 случаевъ, въ которыхъ еще не было сдѣлано надлежащаго выбора:

	Случаевъ.	Выздор.	Безъ успѣха.
1 проколъ и 1 впрыскиваніе	45	37	8
2 прокола и 2 впрыскиванія	18	10	8
3 „ „ 3 „	8	5	3
4 „ „ 4 „	10	3	7
5 „ „ 5 „	3	0	3
6 „ „ 6 „	7	4	3
9 „ „ 9 „	3	1	2
15 „ „ 15 „	1	0	1
17 „ „ 17 „	2	1	1
20 „ „ 20 „	1	0	1
26 „ „ 19 „	1	0	1

У этихъ 100 *) больныхъ, слѣдовательно, было сдѣлано 334 прокола и 327 впрыскиваній. Успѣшныхъ случаевъ было 62. Изъ остальныхъ 38 умерло 16. Но смерть ниразу не была непосредственнымъ слѣдствіемъ оперативнаго вмѣшательства. 4, впрочемъ, умерли черезъ нѣсколько дней.

При самомъ впрыскиваніи или въ теченіи первой недѣли никогда не наступало никакихъ дурныхъ явленій. Въ 42 случаяхъ изъ 100 опухоли были многополостныя. Излечивались даже опухоли, въ которыхъ было болѣе 20 литровъ содержимаго.

Но въ послѣдствіи Буане достигъ гораздо лучшихъ результатовъ, когда сталъ ограничиваться при впрыскиваніи однополостными кистами съ серознымъ или гнойнымъ содержимымъ. Онъ имѣлъ тогда почти 90% излеченій; изъ послѣднихъ 29 случаевъ, успѣхомъ увѣнчались даже 27.

Менѣе благоприятны результаты многихъ наблюденій, разбросанныхъ въ литературу: Джемсъ Симпсонъ говоритъ, что изъ числа 40—50 случаевъ онъ видѣлъ однажды смертельный исходъ отъ коллапса, и ни о какихъ успѣхахъ не сообщаетъ. Скэнцони впрыскивалъ іодъ 29 разъ. Восемь больныхъ

*) Сумма случаевъ у Буане только 99.

онъ потерялъ изъ виду. Радикальнаго излеченія наблюдать не довелось. Но скопленіе вновь жидкости наступало отчасти медленно, у 14 больныхъ, правда, уже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, въ 6 случаяхъ только спустя 2 года, въ 1 лишь черезъ 4 года. На основаніи этихъ данныхъ Скандони пришелъ въ убѣжденію, что впрыскиваніемъ іода при простыхъ кистахъ можно замедлить накопленіе жидкости, и не отвергаетъ этого способа вполне еще и въ настоящее время (1875). Фейтъ оперировалъ у 16 больныхъ и наблюдалъ 3 случая излеченія, въ томъ числѣ одинъ при простой кистѣ колоссальныхъ размѣровъ. Двѣ больныя однако умерли вслѣдствіе операціи, одна отъ перитонита, другая, можетъ быть, отъ отравленія іодомъ. Тайлоръ Смитъ изъ 12 случаевъ въ 2 видѣлъ выздоровленіе, но однажды также наблюдалъ смертельный исходъ черезъ 48 часовъ. Пизли въ 6 случаяхъ насчитываетъ два выздоровленія и одинъ смертельный. Бэкеръ Браунъ въ числѣ около 12 случаевъ не видѣлъ ни одного со смертельнымъ исходомъ; Шу изъ 10 случаевъ видѣлъ выздоровленіе въ 5-ти. У 2 изъ этихъ больныхъ Фюрстъ могъ еще констатировать излеченіе черезъ 8 лѣтъ. Въ 3 случаяхъ потребовалось только 1 впрыскиваніе, въ 2 было сдѣлано ихъ по 2 въ каждомъ. Изъ 8 случаевъ, оперированныхъ Г. Брауномъ, о которыхъ сообщаетъ Фюрстъ, выздоровленіе наступило въ 6-ти. Излеченіе контролировалось въ 1 случаѣ 5 лѣтъ, въ 2-хъ 2 года, въ 1-мъ 1 годъ, въ 1-мъ 10 мѣсяцевъ. Эти результаты тѣмъ болѣе достойны вниманія, что опухоли частію были очень большія. Изъ излеченныхъ случаевъ, въ одномъ опухоль дала 13 фунтовъ жидкости; другія содержали даже 17½, 24 и 28 фунтовъ.

Напротивъ, Ч. Уэстъ имѣлъ только 1 случай выздоровленія изъ 8-ми, а Г. Симонъ на такое же число случаевъ одно улучшеніе, длившееся 4 года. Одна больная умерла отъ послѣдствій впрыскиванія. У 6 вскорѣ наступили возвраты.

Смертельные случаи, кромѣ уже приведенныхъ, имѣли еще очень многіе операторы, какъ то: Легранъ, Кивишъ, Левенгардтъ, Вильмсъ, Р. Барнсъ, Скандони, Лангенбекъ (2 случая). У этого послѣдняго умерли всѣ 4 первыя изъ оперированныхъ имъ больныхъ.

На основаніи результатовъ извѣстныхъ намъ опытовъ не подлежитъ сомнѣнію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ впрыскиваніемъ іода достигали радикальнаго излеченія. Но въ большинствѣ случаевъ окончательное выздоровленіе представляется сомнительнымъ, потому что не было прослѣжено въ теченіи достаточно долгаго времени. Такъ Буане (Gaz. méd. 1870, № 26) наблюдалъ быстрое наполненіе вновь кисты спустя 7 лѣтъ послѣ того, какъ наступило, повидимому, излеченіе послѣ впрыскиванія іода. Г. Симонъ въ особенности настаивалъ на рецидивированіи опухолей въ случаяхъ, находившихся подъ контролемъ достаточно долго, а также на возможности отличить пролиферирующія кисты отъ простыхъ кистъ. Но онъ признаетъ, что при сморщиваніи кистъ, въ которыя была впрыснута жидкость, могутъ сморщиваться и сами пролиферирующія кисты, и что процессъ роста ихъ задерживается. Поэтому онъ не отвергаетъ впрыскиванія вполне, а также не считаетъ его очень опаснымъ.

Что только однокамерныя кисты допускаютъ излеченіе впрыскиваніемъ іода, это понятно само собою уже на основаніи анатомическихъ отношеній пролиферирующихъ кистомъ, и подтверждается опытомъ. Но и изъ однокамерныхъ кистъ опять таки излечимы преимущественно тѣ, которыя содержатъ прозрачную жидкость, т. е. совершенно тѣже случаи, которые и при простомъ проколѣ представляютъ уже значительные шансы для радикальнаго излеченія.

Опасности отъ впрыскиванія іода во всякомъ случаѣ гораздо значительнѣе, чѣмъ при простомъ проколѣ. Помимо возможной случайности, что послѣ частичнаго опорожненія кисты канюля выскользнетъ изъ нея и тогда выпрыснутая жидкость можетъ попасть въ брюшную полость, возможно также и послѣдовательное просачиваніе этой жидкости въ брюшную полость изъ кисты черезъ отверстіе, сдѣланное при проколѣ. Встрѣчается также разрываніе стѣнокъ кисты іодистыми жидкостями, или послѣдовательный разрывъ. Такимъ образомъ, часть оперированныхъ погибаетъ отъ остраго перитонита. Дальнѣйшая опасность заключается въ наступленіи остраго іодизма, ведущаго къ смерти при явленіяхъ коллапса; наконецъ, не малую опасность представляетъ наступленіе нагноенія кисты, ускоряющаго летальный исходъ отъ истощенія, благодаря продолжительной лихорадкѣ.

Можно отчасти предупредить эти опасности тщательнымъ выборомъ случаевъ и цѣлесообразнымъ методомъ операціи; имъ то, безъ сомнѣнія, обязаны Буане, Г. Браунъ, Шу и др. своими хорошими успѣхами.

§ 126. Относительно техники операціи можно дать слѣдующія правила, руководствуясь главнымъ образомъ богатой опытностью Буане: прокалывать кисту слѣдуетъ довольно толстымъ троакаромъ, канюля котораго пропускаетъ эластическій катетеръ (приблизительно № 7 или 8). Затѣмъ выпускаютъ большую часть содержимаго кисты, не примѣняя давленія, по правиламъ, существующимъ для прокола. Прежде чѣмъ опорожнится большая часть кисты, въ нее вдвигаютъ подалеже эластическій катетеръ, выполняющій по возможности точно просвѣтъ канюли, и съ уменьшеніемъ истеченія его тотчасъ замыкаютъ пальцемъ. Затѣмъ сообщаютъ катетеръ посредствомъ короткихъ каучуковыхъ трубокъ съ сосудомъ, содержащимъ растворъ іода и заменутымъ внизу посредствомъ зажима (Симпсонъ). Когда сообщеніе установлено, этотъ послѣдній открываютъ и, подъ слабымъ давленіемъ, вливаютъ растворъ въ кисту. Количество іоднаго раствора соображаютъ съ величиною опорожненной кисты, или съ количествомъ вытекшаго содержимаго. При большихъ кистахъ доходятъ до 400 грм., при маленькихъ достаточно половины и меньше. Жидкость оставляютъ въ кистѣ минутъ на 10, и, устранивъ посредствомъ зажима доступъ воздуха, осторожно разминаютъ кисту, чтобы привести жидкость во всестороннее соприкосновеніе съ ея стѣнками, или достигаютъ того же результата осторожнымъ перекалдываніемъ (больной) на одинъ, потомъ на другой бокъ.

По прошествіи 10 минутъ, если какія нибудь явленія не заставятъ сдѣлать этого раньше, опускаютъ сосудъ и даютъ жидкости вытечь самопроизвольно, и помогаютъ ея истеченію непрерывнымъ сжиманіемъ онухолы, по-

степенно усиливая его. Хотя никогда нельзя вывести назад всю жидкость, всетаки часто удастся выпустить $\frac{2}{3}$ всего количества. После этого осторожно удаляют катетеръ и канюлю, и пациентка должна пролежать совершенно спокойно 48 часовъ.

Что касается состава іодистой жидкости, то ее употребляли въ очень разнообразномъ видѣ: Симпсонъ впрыскивалъ чистую іодную тинктуру (Эдинб. фармак. 1:16 алкоголя); Пизли неразведенную, вчетверо слабѣйшую оффициальную тинктуру У. С. А. Буане бралъ 100 частей Т-гае Jodi (Париж. фармак.), 100 чч. воды и 4 чч. іодистаго калія. Для повторныхъ впрыскиваній въ ту же кисту брали болѣе крѣпкіе растворы іода, до неразведенной тинктуры. Guibourg и послѣ него Уэстъ брали 5 чч. іода, 5 чч. іодистаго калія, 50 чч. спирта и 100 чч. воды. Въ большинствѣ случаевъ выбирали не чистые спиртные растворы іода, а разбавляли ихъ водою.

Описанный нами способъ производства операціи также видоизмѣняли различнымъ образомъ во многихъ отношеніяхъ: Буане, вмѣсто обычной бѣлой линіи, избралъ для прокола точку, лежащую близко надъ Пупартовой связкой, съ той стороны, на которой развилась киста. Вмѣсто катетера вводили въ трубочку троакара вторую канюлю, снабженную на наружномъ концѣ экраномъ; впрыснувъ жидкость, его можно было закрыть, пока не настало время выпустить жидкость. Впрыскивали, большею частью, посредствомъ шприцевъ; этотъ приемъ увеличиваетъ опасность вхожденія воздуха, но съ другой стороны позволяетъ совершенно удалить потомъ жидкость посредствомъ аспираціи. Если содержимое кисты было не очень жидко, то Буане разводилъ остатки его, впрыскивая воду, и такимъ образомъ выколакивалъ кисту. Предлагаемый Хегаромъ и Кальтенбахомъ способъ впрыскиванія посредствомъ Томсоновскаго троакара и аппарата съ воронкой представляетъ ту большую выгоду, что при немъ навѣрное избѣгаемъ вхожденія воздуха. Но зато онъ не даетъ возможности провести черезъ троакаръ катетеръ, причѣмъ возрастаетъ опасность соскальзыванія опороженной кисты съ инструмента.

Самыя существенныя различія въ способѣ производства операціи заключались въ томъ, что одни оставляли впрыснутую іодистую жидкость въ кистѣ, (Шу, Бекеръ Браунъ), а другіе, выпустивъ жидкость, оставляли на мѣстѣ катетеръ или канюлю (Жоберъ). Это дѣлалось съ цѣлью предупредить прониканіе жидкости въ брюшную полость черезъ проволочное отверстіе. Но этотъ способъ невыгоденъ въ томъ отношеніи, что въ кисту неизбѣжно попадаетъ воздухъ и наступаетъ гнилостное разложеніе, которое, правда, нѣсколько затрудняется, но не устраняется навѣрное присутствіемъ іодистой жидкости.

§ 127. Цѣль, которую преслѣдовали впрыскивая іодъ, не могла состоять въ томъ, чтобы добиться всесторонняго сращенія стѣнокъ кисты, часто достигающей громаднхъ размѣровъ. Оно, конечно, никогда бы не удалось при такихъ большихъ полостяхъ, съ каими здѣсь имѣютъ дѣло. Можно было только ограничить или остановить секреторную дѣятельность стѣнокъ кисты и такимъ образомъ помѣшать новому накопленію жидкости. Поэтому количество жидкости и разминаніе кисты должны имѣть рѣшающее значеніе, такъ какъ

вся внутренняя поверхность должна быть приведена въ соприкосновеніе съ жидкостью. Кромѣ случаевъ, въ которыхъ дѣйствительно наступило излеченіе, нѣкоторые хорошо проконтролированные случаи показываютъ, что отдѣленіе можетъ быть уменьшено до minimum'a.—Такъ Казо изслѣдовалъ одну больную, у которой Буане сдѣлалъ проколъ и выпрыскиваніе 8 лѣтъ назадъ; въ то время изъ кисты было выпущено 22 литра жидкости, а теперь она могла вмѣстить около 1 литра. Другая киста, инъецированная Буане въ 1851, въ 1856 была еще очень мала и вмѣщала, можетъ быть, около 2 литровъ.

Такое медленное и незначительное накопленіе стоитъ очень близко къ радикальному излеченію.

Иногда въ первое время послѣ выпрыскиванія отдѣленіе какъ будто немного увеличивается. Этотъ новый секретъ и остатокъ прежняго содержимаго кисты и выпрыснутой массы требуютъ нѣсколькихъ недѣль для того, чтобы всосаться. Поэтому, полный успѣхъ обнаруживается только черезъ 1—2 мѣсяца, и въ виду этого обстоятельства Вельпо предостерегаетъ отъ слишкомъ поспѣшнаго повторенія выпрыскиванія.

Выпрыскиваніе, если оно хорошо удалось, не причиняетъ никакой боли. Немедленно наступившія боли указываютъ на то, что выпрыснутая жидкость проникла въ брюшную полость. Кромѣ этой опасности, которой, при нѣкоторой осторожности, можно избѣгать, существуетъ еще большая — отравленія іодомъ. Іодъ такъ быстро всасывается изъ кисты, что черезъ нѣсколько минутъ появляется въ слюнѣ и вызываетъ у больныхъ металлическій вкусъ во рту. Если всасываніе совершается съ большою энергіей и въ обильномъ количествѣ, то дѣло можетъ дойти до рѣзкихъ явленій, которыя могутъ обнаружиться въ теченіи 1—2 часовъ. При потрясающемъ ознобѣ наступаютъ явленія коллапса, ледяное охлажденіе тѣла, обмороки, общая дрожь, тошнота и рвота, малый, твердый или неощутимый пульсъ, сильный позывъ на мочеиспусканіе при уменьшенномъ отдѣленіи мочи, чувство сильной слабости, и все это можетъ окончиться смертію въ теченіи нѣсколькихъ часовъ или дней. Фейтъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ онъ долженъ былъ приписать дѣйствію іода смерть, наступившую черезъ 8 дней; Розе также рассказываетъ о летальномъ исходѣ отъ іодизма, наступившемъ черезъ 10 дней послѣ выпрыскиванія. Правда, что жидкость оставалась въ кистѣ 24 минуты. По той же причинѣ у больныхъ Тилля обнаруживались весьма тяжелые симптомы, которые въ одномъ случаѣ привели къ смерти, а въ 2 другихъ наступило безсознательное состояніе, длившееся 14 часовъ. Розе объяснилъ явленія іодизма общею тоническою судорогой мускулатуры сосудовъ (сильное охлажденіе, неощутимый, частый пульсъ, прерванное отдѣленіе мочи) и специфическимъ страданіемъ пищеварительныхъ желѣзъ (рвота, надолго разстроенное питаніе). Главная опасность заключается въ возможности наступленія паралича сердца, такъ какъ оно не въ состояніи долго преодолевать увеличившіяся препятствія. Для предупрежденія слишкомъ энергическаго всасыванія іода Розе требуетъ послѣдовательнаго прополаскиванія мѣшка водою.

Кромѣ оставленія жидкости въ кистѣ, опасность іодизма, какъ кажется, существенно увеличивается еще при употребленіи чисто водныхъ растворовъ,

которые легче всасываются. Съ другой стороны, чисто спиртные растворы, при тѣхъ большихъ количествахъ, какія приходится употреблять, представляютъ въ свою очередь ту невыгоду, что къ явленіямъ іодизма присоединяются явленія остраго алкоголизма и опасность, повидямому, увеличивается. Эти наблюденія привели къ употребленію смѣшанныхъ, спиртно-водныхъ растворовъ.

§ 128. Въ первое время послѣ введенія впрыскиваній іода показанія къ этой операціи придавали необыкновенно широкое значеніе. Ее стремились примѣнять при многополостныхъ кистахъ и даже при осложненіи кистъ плотными опухолями. Впослѣдствіи даже Буане, усерднѣйшій защитникъ іодной терапіи, значительно сѣзвилъ ея границы и требовалъ впрыскиванія только для однокамерныхъ кистъ съ неколлоиднымъ содержимымъ и здоровыми, тонкими, не сращенными стѣнками. Онъ продолжаетъ еще держаться этой точки зрѣнія въ своихъ «болѣзняхъ яичниковъ» (1867).

Въ настоящее время и это ограниченное показаніе не можетъ имѣть значенія. Если кажущаяся простою киста дѣйствительно окажется таковою при проколѣ и содержимое ея совершенно жидко и прозрачно, то нельзя исключить возможности излеченія простымъ проколомъ, и на первыхъ порахъ умѣстенъ только послѣдній, гораздо менѣе опасный пріемъ. Если же послѣ одного или нѣсколькихъ проколовъ всетаки наступаютъ возвраты, то вылушеніе или частичное вырѣзываніе, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить, нисколько не опаснѣе впрыскиваній іода и дѣйствуютъ безусловно вѣрно, чего далеко нельзя сказать о впрыскиваніи іода.

Замѣчательно, что Скандони еще въ 1875 г. признаетъ впрыскиваніе іода цѣннымъ, хотя не болѣе какъ палліативнымъ средствомъ для неслишкомъ большихъ, вѣроятно простыхъ кистъ. Это фактъ тѣмъ болѣе поразительный, что самъ Скандони (Frauenkrankheiten 5 изд. стр. 617) сообщаетъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ онъ наблюдалъ смертельный исходъ послѣ впрыскиванія іода (на 5 и 21 день), и гдѣ, вопреки его твердому убѣжденію, при вскрытіи были найдены коллоидныя опухоли вмѣсто простыхъ кистъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда вытекаетъ совершенно жидкая, не слизистая и вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно прозрачная и безцвѣтная жидкость, мы можемъ быть увѣрены, что имѣемъ дѣло не съ пролиферирующей кистой, и здѣсь проколъ даетъ основательную надежду на медленное накопленіе или даже на радикальное излеченіе. При всякомъ другомъ характерѣ содержимаго кисты, присутствіе пролиферирующей кисты представляется наиболѣе вѣроятнымъ даже и въ томъ случаѣ, если при самомъ внимательномъ изслѣдованіи не удается открыть никакихъ признаковъ второй кисты. Такимъ образомъ, впрыскиваніе іода только подвергаетъ больную опасностямъ, не будучи въ состояніи принести ей никакой существенной пользы. Кромѣ того, оно можетъ только ухудшать, а не улучшить шансы для позднѣйшей овариотоміи, въ особенности, если послѣ впрыскиванія произойдетъ нагноеніе кисты или перитонитъ.

Поэтому, слѣдуетъ совершенно исключить впрыскиваніе іода при леченіи всѣхъ большихъ опухолей яичниковъ. Если іодъ употребляютъ, по примѣру

Сп. Уэллса или Хегара и Кальтенбака, послѣ вызваннаго лапаротоміей нагноенія неудаимой опухоли, пользуясь его дѣйствіемъ на стѣнку кисты, какъ дезинфицирующаго, энергически задерживающимъ разложеніе средствомъ, то это не есть впрыскиваніе іода въ обыкновенномъ смыслѣ. Впрочемъ, по моему разумѣнію, впрыскиваніе іода слѣдуетъ совершенно изгнать по отношенію ко всѣмъ опухолямъ, помѣщающимся надъ малымъ тазомъ. Если теперь еще этого нѣтъ, то въ скоромъ времени оно, безъ сомнѣнія, будетъ представлять безусловно большую опасность, чѣмъ все болѣе совершенствующаяся оваріотомія.

Нѣсколько иначе обстоятъ дѣло по отношенію къ тѣмъ маленькимъ, находящимся въ тазу опухолямъ, однокамерное строеніе которыхъ несомнѣнно констатировано, насколько это вообще возможно, при помощи прокола, и которыя послѣ него или подвергаются нагноенію, или не перестаютъ рецидивировать, не поднимаясь однако изъ полости таза. Нужно согласиться, что здѣсь впрыскиваніе іода, какъ способъ конкурирующій съ разрѣзомъ или дренажированіемъ, во всякомъ случаѣ, можетъ быть оправдано. Но такіе случаи будутъ встрѣчаться необыкновенно рѣдко, потому что при опухоляхъ дѣйствительно однополостныхъ, при незначительной величинѣ кисты, дренажъ обыкновенно скорѣе вызываетъ зарощеніе мѣшка, или же удовлетворительный результатъ получается уже при простомъ проколѣ.

ГЛАВА XXII.

Подкожный разрѣзъ и вырѣзываніе кистъ.

Литература: Tilt: Lancet Aug. 5. 1848. стр. 146. — J. Simpson: clinic. lect. on diseases of women стр. 456. — Gr. Wilson: Prov. med. Journ. 1851. стр. 33. — B. Brown: ovarian dropsy стр. 145, 173, 187 и Verh. d. Ges. f. Gebh. VI. стр. 165. 1852. — Crooch: ass. med. Journ. Jan. 20. 1854. — A. R. Simpson: Clagow, med. J. May 1869. стр. 300.

§ 129. Опытъ показалъ, что иногда кисты яичника, прорвавшись въ брюшную полость, вновь не наполняются; это навело Герена и Тильта на мысль о подкожномъ разрѣзѣ этихъ кистъ посредствомъ тенотома для образованія постояннаго сообщенія съ брюшною полостью, въ надеждѣ что наполненія вновь не послѣдуетъ. Мезоневъ привелъ этотъ планъ въ исполненіе въ одномъ случаѣ, но безъ успѣха. Производимая, безъ дальнѣйшихъ предосторожностей, операція эта очевидно опасна, потому что при длинномъ разрѣзѣ стѣнки кисты легко поранить большіе сосуды и притомъ неизвѣстно, не поддѣйствуетъ ли содержимое кисты разрушительнымъ образомъ на брюшину.

Рациональнѣе взялся за дѣло Дж. Симпсонъ. Онъ прокалывалъ кисту и выпускалъ небольшую часть жидкости. Если эта послѣдняя оказывалась совершенно жидкою и безцвѣтною, то онъ удалялъ троакаръ и старался затѣмъ посредствомъ постоянного прижатія и ежедневнаго сжиманія опухоли руками облегчить выходъ жидкости и превратить сдѣланное отверстіе въ постоянное. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это ему удавалось. Въ другихъ, гдѣ наступали рецидивы, онъ прибѣгалъ къ болѣе радикальному приему: разрѣзалъ брюшныя покровы и вкалывалъ въ опухоль четырехгранный троакаръ крупнаго калибра. При одновременно примѣнявшемся давленіи, крестообразная рана заживала труднѣе и возникала желанная фистула.

Еще вѣрнѣе и радикальнѣе дѣйствуетъ въ подходящихъ случаяхъ вырѣзываніе части стѣнки кисты, примѣненное впервые Бланделлемъ, потомъ Уильсономъ, Бекеръ-Броуномъ, Стоосомъ и тѣмъ же Дж. Симпсономъ. Эта операція рано начала уже давать хорошіе результаты: изъ 6 случаевъ Уильсона, Броуна и Стооса 4 окончились выздоровленіемъ. А. Симпсонъ также сообщаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ операція была произведена Дж. Симпсономъ и излеченіе было констатировано спустя 8 лѣтъ. Если хотимъ приобрѣсти увѣренность въ томъ, что не причинили вреда, и вмѣстѣ нѣкоторую гарантію успѣха, то нужно прежде всего удостовѣриться на основаніи свойствъ жидкости (ея водянистости и прозрачности) въ томъ, что имѣемъ дѣло дѣйствительно съ опухолью, однополостной, стало быть въ большинствѣ случаевъ пароваріальной, содержимое которой не опасно для брюшины. Кроме того, для гарантіи успѣха во всякомъ случаѣ желательно имѣть возможность констатировать отсутствіе сросшеній, такъ какъ присутствіе ихъ въ сколько нибудь значительной степени легко можетъ помѣшать полному спаденію кисты и помочь новому накопленію жидкости послѣ того, какъ произойдетъ спаиваніе сдѣланнаго при операціи отверстія съ сосѣдними органами. Въ такого рода случаяхъ Сп. Уэллсъ въ послѣднее время опять сталъ замѣнять вырѣзываніемъ оваріотомію и, какъ кажется, съ большимъ успѣхомъ. Онъ дѣлаетъ разрѣзъ какъ при оваріотоміи, большею частью съ намѣреніемъ произвести эту послѣднюю. Если опухоль оказывается однополостною и содержитъ много разъ уже описанную прозрачную жидкость, и если при этомъ она не имѣетъ достаточно свободной ножки, а приерѣпляется, какъ это часто бываетъ съ пароваріальными кистами, широкимъ основаніемъ, — тогда изъ стѣнки кисты вырѣзывается круглый кусокъ около 3 цтм. въ поперечникѣ, затѣмъ тщательно отсѣиваютъ въ ранѣ кровоточащіе сосуды и, если нужно, перевязываютъ ихъ. Опухоль опорожняютъ, репоннируютъ и зашиваютъ рану брюшной стѣнки. Сп. Уэллсъ не наблюдалъ рецидива въ нѣсколькихъ случаяхъ, оперированныхъ по этому способу. Принимаетъ ли Сп. Уэллсъ во вниманіе сросшенія, если они существуютъ, освобождаетъ ли онъ отъ нихъ кисту, чтобы содѣйствовать ея спаденію, или же въ такихъ случаяхъ онъ отезывается отъ вырѣзыванія — мнѣ неизвѣстно. Поддаются ли этому способу леченія только тонкостѣнныя, или также и толстостѣнныя, какими не рѣдко бываютъ однополостныя кисты, это долженъ еще показать опытъ. Какъ бы то ни было, въ описанныхъ сейчасъ случаяхъ, когда киста сидитъ на широ-

комъ основаніи, вылущеніе часто бываетъ затруднительно, а иногда даже полная экстирпація невозможна. При современныхъ нашихъ свѣдѣніяхъ о доброкачественномъ характерѣ содержимаго такихъ простыхъ кистъ, въ виду часто констатируемаго радикальнаго излеченія ихъ при простомъ проколѣ или самопроизвольномъ разрывѣ, способъ вырѣзыванія представляется настолько же рациональнымъ, насколько онъ повидимому успѣшенъ; и такъ какъ онъ долженъ представлять меньшую опасность чѣмъ экстирпація, если ограничиваться въ примѣненіи его дѣйствительно подходящими случаями, то, безъ сомнѣнія, есть основаніе для замѣны имъ въ будущемъ экстирпацію въ случаяхъ этого рода. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда киста имѣетъ явственную ножку, экстирпація всегда будетъ заслуживать предпочтенія, какъ способъ едва ли болѣе опасный и во всякомъ случаѣ болѣе радикальный.

Предложеніе, сдѣланное Бэкертъ-Брауномъ, было встрѣчено далеко не сочувственно; Ч. Уэстъ и Скаццони, а также Фоксъ отозвались объ этомъ способѣ весьма неблагоприятно. Но я не сомнѣваюсь, что послѣ примѣра, поданнаго Сп. Уэллсомъ, когда накопится побольше опытовъ, свѣдѣтельствующихъ о томъ, что этимъ методомъ навѣрное достигается радикальное излеченіе, онъ будетъ принятъ и признанъ всеми за рациональный даже за лучшій способъ операціи, по крайней мѣрѣ для однополостныхъ, тонкостѣнныхъ, не имѣющихъ ножки и не сросшихся кистъ, содержащихъ прозрачную, водянистую жидкость.

§ 130. Существенно отличается отъ производимаго вышеописаннымъ способомъ вырѣзыванія частичное вылущеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда предположенная и уже начатая полная экстирпація оказывается невозможною по причинѣ распространенныхъ сросненій. Отказавшись отъ полного вылущенія, пришиваютъ, какъ могутъ, края разрѣзанной и частію экстирпированной опухоли къ краямъ брюшныхъ покрововъ. Это тѣмъ труднѣе бываетъ сдѣлать, чѣмъ большая часть самой опухоли уже удалена, или чѣмъ больше порваны хрупкія стѣнки. Затѣмъ поддерживаютъ сообщеніе между внутренней поверхностью вскрытой опухоли и поверхностью тѣла, вкладывая дренажи или канюли. Слѣдствіемъ этого является нагноеніе опухоли, которое, скоро или медленно, приводитъ обыкновенно къ летальному исходу, хотя случаи выздоровленія тоже нельзя считать особенной рѣдкостью. Чѣмъ болѣе будетъ сдѣлано наблюденій надъ тѣмъ, какъ хорошо часто переносится разединеніе весьма распространенныхъ въ особенности паріетальныхъ сросненій, тѣмъ экстирпацію даже въ случаяхъ, повидимому, отчаянныхъ, и тѣмъ рѣже будутъ прибѣгать къ такимъ вырѣзываніямъ; и дѣйствительно, уже теперь число такихъ операцій значительно уменьшилось въ сравненіи съ первыми временами существованія овариотоміи. На самомъ дѣлѣ, опытные операторы какъ Сп. Уэллсъ, Кеберле, Кейтъ, Нуссбаумъ рѣдко бываютъ вынуждены удовлетворяться подобнымъ вырѣзываніемъ.

ГЛАВА XXIII.

Перевязка ножки.

Литература: Hartwich: Ephem. nat. cur. Cent. 9 et 10, obs. 100. — Tanner см. Baker Brown: surg. diseases of women. — Richardson: изъ Brit. med. Journ. сообщ. въ Journ. de la Soc. des sc. méd. et nat. Bruxelles t. XL, стр. 347. — W. A. Freund: Verh. d. Schles. Ges. f. vaterl. Cultur. 28, Mai 1876.

§ 131. Перевязка ножки была предложена еще Гартвичомъ, Ричардсономъ и позднѣе снова Таннеромъ съ цѣлью вызвать въ опухоли процессъ обратнаго развитія уменьшеніемъ притока къ ней крови. Насколько мнѣ извѣстно, эта операція была произведена однимъ только В. А. Фрейндомъ въ Бреславлѣ. На опухоли, проколотою уже нѣсколько разъ, были распознаны сращения съ тазомъ, въ виду которыхъ экстирпація представлялась неудобною. Черезъ прямую кишку была прощупана ножка опухоли, помѣщавшейся съ правой стороны. Послѣ сдѣланнаго еще разъ прокола, Фрейндъ сдѣлалъ съ правой стороны, ниже имѣвшейся *Hernia umbilicalis*, разрѣзъ черезъ брюшные покровы, длиною въ 3". Теперь можно было констатировать, что прощупывалась дѣйствительно ножка; затѣмъ былъ сдѣланъ второй разрѣзъ черезъ брюшные покровы подъ прямымъ угломъ къ первому, отъ верхняго его конца. Послѣ этого удалось провести длинную кривую иглу съвозъ ножку и воеругъ нея, такъ что можно было охватить и крѣпко перевязать катгуттомъ яйцепроводную трубку и часть широкой связки. Лигатура захватила и главный кровеносный сосудъ. На *Lig. ovarii* и остатокъ ножки была наложена вторая лигатура изъ катгута. Затѣмъ былъ положенъ дренажъ черезъ брюшные покровы и рана живота зашита серебряною проволокою. Черезъ 10 дней пациентка могла встать съ постели. Опухоль быстро уменьшалась. Черезъ 14 дней послѣ операціи разстояніе между подвздошными остями, измѣренное по животу, уменьшилось съ 43 на 40 цтм., а спустя 22 дня до 34 цтм. Верхній край опухоли, который прежде прощупывался надъ пупочною грыжей, находился черезъ 22 дня послѣ операціи только на 3 поперечныхъ пальца выше лоннаго соединенія. Та часть опухоли, которая прощупывалась со стороны таза позади матки, стала тверже и меньше, такъ что матка была меньше прежняго отѣснена къ брюшной стѣнѣ. Спустя 14 дней послѣ операціи появились мѣсячныя. Общее состояніе оставалось хорошимъ.

Иногда наблюдаются счастливыя послѣдствія отъ перекручиванія ножки, послѣ котораго не разъ замѣчалось сморщиваніе опухолей яичниковъ; быть можетъ это обстоятельство и не было тѣмъ фактомъ, который навелъ Таннера на первую мысль о перевязкѣ ножки, но оно конечно могло поощрить Фрейнда къ выполненію этой операціи въ рассказанномъ сейчасъ случаѣ. Такъ какъ для перевязки былъ употребленъ катгутъ, то операція должна была представлять гораздо меньшую опасность, чѣмъ въ томъ случаѣ, еслибъ взяли для этой цѣли шелкъ, проволоку и т. п. Благодаря податливости и растяжимости катгута кровообращеніе не превращается даже подъ самой крѣпкой лигатурой и по крайней мѣрѣ дѣло можетъ обойтись безъ гангрены. По крайней мѣрѣ, случай Фрейнда показалъ, что этотъ смѣлый приемъ можетъ и не вести за

собою непосредственной опасности, что онъ можетъ вызвать уменьшеніе опухоли. Будетъ ли оно продолжительно, или равносильно радикальному излеченію, этотъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ только на основаніи дальнѣйшихъ опытовъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ случай Фрейнда показываетъ, какіе случаи исключительно даютъ намъ возможность и право приступать къ перевязкѣ ножи. Это тѣ случаи, въ которыхъ экстирпація заранѣ представляется невозможною или нераціональною по причинѣ усматриваемыхъ заранѣ техническихъ затрудненій, и въ тоже время есть возможность распознать положеніе ножи и ея изолированность. Иногда это можно опредѣлить ошупываніемъ со стороны брюшныхъ повротовъ, чаще со стороны гести. Для выполнимости операціи нужно еще, чтобы путь къ ножкѣ не былъ, какъ это большею частью случается, совершенно закрытъ опухолью. Перевязка ножи со стороны рукава была бы сопряжена съ сляшвомъ большими техническими затрудненіями. Случаи, соединяющіе всѣ названныя условія, конечно, будутъ встрѣчаться чрезвычайно рѣдко, и случай Фрейнда, можетъ быть, надолго останется единственнымъ, тѣмъ болѣе, что въ будущемъ, въ виду быстрыхъ успѣховъ техники оваріотоміи, все рѣже будутъ встрѣчаться такіе случаи, въ которыхъ эту операцію будутъ заранѣ признавать невыполнимою по причинѣ срощеній съ тазомъ или какихъ нибудь затрудненій. Если же невыполнимость оваріотоміи будетъ признана во время, самой операціи, то и тогда врядъ ли когда придется дѣлать перевязку ножи, потому что доступъ къ ней становится свободнымъ обыкновенно лишь въ то время когда операція вообще уже близка къ окончанію. Кромѣ того, о перевязкѣ ножи не можетъ больше быть рѣчи, если опухоль уже во многихъ мѣстахъ разможжена и разорвана, какъ это большею частью бываетъ въ такихъ трудныхъ случаяхъ.

ЭКСТИРПАЦІЯ ЯИЧНИКОВЪ.

ОВАРИОТОМІЯ. Oophorectomia.

ГЛАВА XXIV.

Исторія операціи.

Литература: Th. Schorkopf: Diss. med. inaug. De hydrope ovarii. Febr. 1685. — Ehrenfried Schlenker: De singulari ovarii sinistri morbo; Leid., Oct. 1722. — Salvator Morand: Mém. de l'académ. de chir. t. II. стр. 301—317 и Histoire de l'acad. des sc. 1718. стр. 34 и 1719 стр. 48. — Ephraim Mc. Dowell: Lond. med. gaz. V. 35. Eclectic repertory and analytical review; Phil. 1818. Oct. — Nathan Smith: New-York. med. Record: June 1822. V стр. 124 и Edinb. med. and surg. Journ. Oct. 1822. XVIII. стр. 533. — Alban Smith: North. amer. med. and surg. J. Jan. 1826. I. стр. 30. — Lizars: observations on the extraction of diseased ovaria. Edinb. 1825 и Edinb med. and surg. J. Oct. 1824, стр. 247 и 1825. — Hopfer: Graefe u. Walther's Journ. XII. 1827 стр. 60. — Quittenbaum, C. F.: Commentatio de hydrope ovarii. Rostock 1835. — Ch. Clay: med. times. 1842. Vol. VII. — Hévin: Annal. f. Frauenkrkh. 1842. III. стр. 30 (подробно излагаеъ прошлую исторію). — Walne: Lond. med. gaz. Dec. 1842. — Bird: med. times Aug. 1843. — Stilling: Holscher's Annalen. Neue F. I. Jahrg. 1841. — Его-же: Die Extraperitonealmethode der Ovariectomie. Berlin 1866 и Jena'sche Annalen f. Phys. u. Med. 1849. Bd. I. стр. 127. — Philipps: въ дебатахъ Лондонск. мед. хир. общ. Июнь 1844. — Vaullégard: Gaz. des hôp. und Journ. des conn. méd. chir. 1848. — Bühring: Die Heilung der Eierstocksgeschwülste 1848. — Ch. Clay: Result. of all the operations for extirpation of diseased ovaria by the large incision. London 1848. — Knorre: Deutsche Klinik 1849. — Ch. Bernard: Arch. gén. de méd. 1856. — Hamilton: Ohio med. J. Jan. and Nov. 1859. Atlee: Amer. Journ. of med. Sc. XXIX. — Sp. Wells: Dubl. quaterly J. 1859. — Gross. North amer. med. chir. Rev. 1860. — Jules Worms: Gaz. hebd. 1860 стр. 642—801. — Maisonneuve: Gaz. hebd. Dec. 1861. — Sp. Wells: History and progress of ovariectomy in great Britain. med. chir. transact. 1863. Vol. 46 стр. 33. — Fehr: Die Ovariectomie, историческій и критическій разборъ. Heidelberg 1864. — Dutoit: Die Ovariectomie in England, Deutschland und Frankreich. Würzburg 1864. — Peaslee: Lives of eminent amer. physic. and surgeons of the nineteenth century. Philad. 1861 и того-же: New-York med. Gaz. June 3. 1870. — Того-же: ovarian tumors заключ. въ себѣ подробную исторію операціи въ отдѣльныхъ государствахъ. — Koeberlé: Gaz. hebdom. 13. Juillet 1866. стр. 436. — Sven Sköldberg: om ovariotomiens fidigare historia i Engl. och Amer. och operationens nuvarande standpunct. Stockholm 1868. Inaug. Diss. — Paul Grenser: Kritischer Reiseber. über engl. Gynäkologie. Monatsschr. f. Gebk. Bd. 34 и его-же: Die Ovariectomie in Deutschland, historisch und kritisch dargestellt. Leipzig 1870. Peruzzi: Aperçu historique sur l'origine et le progrès de l'ovariectomie en Italie. L'Ippocratico. Serie III a. Vol. XV. стр. 308. — Péan, L'ovariectomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès? L'Union méd. 1868. Nr. 125—145. Bull. de de l'acad. XXXIII. — Sp. Wells: ovariectomy въ Holland. med. times and gaz. June 13. 1874. — Steamer O'Grady: Dubl. J. of med. Sc. August 1. 1874. — Curran: Edinb. med. J. June 1875.

§ 132. Оваріотомія не безъ основанія сдѣлалась съ нѣкоторыхъ поръ любимую гинекологическою операціей. Немного найдется операцій, быть можетъ ни одной, которая раздѣляла бы съ нею ея преимущества,—освобождала бы тѣло отъ столь же опаснаго для жизни страданія съ такими же шансами на успѣхъ и приводила бы къ столь же полному *restitutio in integrum*, какъ оваріотомія. Это послѣднее преимущество отсутствуетъ только при двусторонней оваріотоміи, если ей подвергаются лица, способныя къ зачатію.

Эта операція тѣмъ съ большимъ правомъ завоевала себѣ мѣсто, которое она занимаетъ въ настоящее время, что впродолженіи всего нѣсколькихъ десятилѣтій она была сперва всеміи отвергнута, потомъ повсемѣстно принята, сперва не давала никакихъ успѣшныхъ результатовъ, а потомъ стала сопровождаться самымъ неожиданнымъ успѣхомъ. Менѣе чѣмъ 10 лѣтъ тому назадъ, успѣшныя и даже только удовлетворительныя результаты были исключительнымъ достояніемъ немногихъ избранныхъ операторовъ, тогда какъ теперь ихъ насчитываютъ цѣлыми дюжинами, а число операторовъ вообще, какъ въ Англии, такъ и въ Германіи, считается сотнями. Въ настоящее время можно уже предсказать съ увѣренностью, что менѣе чѣмъ черезъ 10 лѣтъ у каждаго оператора будутъ выздоравливать по крайней мѣрѣ $\frac{3}{4}$ его больныхъ.

Исторія оваріотоміи также коротка, какъ интересна. Существенныя факты ея слѣдующіе:

Уже въ 17 столѣтіи Феликсъ Платеръ въ Базелѣ (1680) и Шоркопфъ (1685) помышляли о возможности экстирпировать яичники. Определеніе выступаетъ эта идея у Шленкера (1725), и въ прошломъ столѣтіи ее обсуждаютъ различные авторы и частію отвергаютъ ее, частію болѣе или менѣе робко заявляютъ, что это вещь выполнимая. Такъ ее отвергли Вилліусъ (1731) и Шейеръ Ульрихъ (1751), потомъ Уильямъ Гѣнтеръ, тогда какъ Тоцетти (Флоренція, 1752) высказывается уже въ болѣе благопріятномъ смыслѣ, а де ла-Портъ въ особенности (1774) и потомъ Моранъ защищаютъ ее болѣе рѣшительно.

Первымъ операторомъ называютъ то Houston'a (1701), который дѣйствительно произвелъ частичную экстирпацію (см. § 121), то Омонье въ Руанѣ (1782). Но этотъ послѣдній только случайно удалилъ здоровый яичникъ, вскрывая тазовой абсцессъ.

Насколько простираются достовѣрныя свѣдѣнія, Сальваторъ Моранъ (1718), хотя и ненамѣренно, но всетаки первый произвелъ полное вылушеніе перерожденнаго яичника. Онъ прокололъ опухоль и, стараясь вынуть троакаръ, вытащилъ весь мѣшокъ кисты. Пациентка умерла. Тоже самое случилось позднѣе съ Thomkirkland'омъ и Howship'омъ (*Pract. obs. in Surgery. London 1816. стр. 343*), съ тою разницею, что ихъ больныя остались въ живыхъ.

§ 133. Собственно исторія операціи начинается только съ Эфраима М.в. Доуэлла въ Кевтукки; онъ во всякомъ случаѣ первый началъ дѣйствовать обдуманно, по опредѣленнымъ принципамъ и притомъ съ убѣжденіемъ, что такая операція можетъ быть оправдана. Поэтому онъ признается теперь

всѣми настоящимъ отцомъ оваріотоміи. Быть можетъ тотъ фактъ, что операцію эту рекомендовалъ его учитель Джонъ Бель въ Единбургѣ, гдѣ онъ занимался въ 1793 и 94 гг., побудилъ его осуществить это предложеніе на дѣлѣ. Первая операція была произведена въ 1809 г. на нѣкоей мистриссъ Кроуфордъ, которая послѣ своего выздоровленія прожила до 1841 г. и достигла 79-лѣтняго возраста. Послѣ обнаженія большой, вѣсившей 22½ фунта опухоли разрѣзомъ длиною въ 9 дюймовъ, кишки выпали изъ раны и оставались на столѣ все время до удаленія опухоли. Ножеа была перевязана и погружена, лигатура выведена изъ раны. Прежде чѣмъ закрывать рану, больная была положена на животъ, чтобы удалить изъ брюшной полости жидкое содержимое.

Операція эта получила извѣстность только въ 1817, вмѣстѣ съ 2 послѣдующими, которыя окончились также счастливо; только 5-й случай Мв. Доуэлла, дермондная виста, окончился смертью. Изъ первыхъ 7 операцій, произведенныхъ до 1820, большею частью на негритянкахъ, только 5-я сопровождалась смертельнымъ исходомъ. Въ общей сложности Мв. Доуэлла достигъ излеченія въ 8 случаяхъ вѣроятно изъ 13 (по Альбану Смитъ). Мв. Доуэлла умеръ 25 іюня 1830, 59 лѣтъ отъ роду.

Второй операторъ, Натанъ Смитъ изъ Нью-Гэвено, (въ Кентуки), кажется, ничего не зналъ объ операціяхъ Мв. Доуэлла, когда производилъ въ 1821 г. свою первую операцію въ Норвичѣ (Вермонтъ). Это была простая виста, содержащая 8 пинтъ жидкости. Кровоточащіе сосуды на приращенномъ сальникѣ, также какъ на ножкѣ, были перевязаны кожанными полосками и ножеа погружена. Разрѣзъ имѣлъ только 3 дюйма длины и начинался ниже пупка. Пациентка выздоровѣла.

Альбанъ Смитъ былъ 3-й; онъ оперировалъ сначала неудачно, потомъ съ успѣхомъ (1823).

Затѣмъ операцію пытались сдѣлать Gallip, Траубриджъ, Mussey и Биллингеръ, всѣ, какъ и предыдущіе операторы, въ Сѣверной Америкѣ, но не могли окончить экстирпаціи вслѣдствіе срощеній; послѣ нихъ Давидъ Роджерсъ, 4-й въ Америкѣ, съ успѣхомъ произвелъ оваріотомію въ Нью-Йоркѣ (1829). Уарренъ въ Бостонѣ потерялъ пациентку въ 1830, отъ кровотечения вскорѣ послѣ операціи, а Биллингеръ спасъ свою (1835). Во всѣхъ этихъ случаяхъ ножку перевязывали и погружали. Послѣ того до 1843 г. операцій въ Америкѣ не было. Но начиная съ этого времени оваріотомія въ этой странѣ стала быстро распространяться. Дж. Л. Этли произвелъ въ 1843 первую двустороннюю оваріотомію. Въ слѣдующемъ году В. Этли началъ рядъ своихъ многочисленныхъ операцій, число которыхъ къ октябрю 1871 г. дошло до 246. Въ числѣ множества другихъ операторовъ, за нимъ слѣдуютъ по большому количеству произведенныхъ ими операцій въ особенности Kimball (121 случай до 1871), Duplar, (60 случаевъ), Пизли, Брэдфордъ, Уайтъ, Mc. Rueг. Несмотря на приобрѣтеніе большой опытности столь многими лицами, за длинный промежутокъ времени можно отмѣтить только одну новую идею, а именно А. Марча, который предложилъ выводить нить лигатуры, наложенной на ножку, посредствомъ иглы черезъ сводъ въ

рукавъ. По свидѣтельству Пизли, только съ 1865 г. прекратились въ отечествѣ этой операціи всякія возраженія противъ ея умѣстности.

§ 134. Между тѣмъ въ Эдинбургѣ Lizags, которому попалъ въ руки отчетъ о первыхъ 3 случаяхъ Мк. Доуэлля, произвелъ въ 1824 году лапаротомію. Но онъ нашелъ 2 здоровыхъ яичника, никакой опухоли не было. Ее симулировали чрезвычайно жирные брюшные покровы. Послѣ этого Lizags оперировалъ 3 раза въ 1825 г.; въ первый разъ съ успѣхомъ въ томъ отношеніи, что онъ вырѣзалъ одинъ изъ 2 заболѣвшихъ яичниковъ, и выздоровѣвшая пациентка прожила еще 25 лѣтъ. Въ обоихъ остальныхъ случаяхъ операція не могла быть окончена вслѣдствіе срощеній; одна изъ больныхъ умерла на 3-й день, а другая осталась въ живыхъ, но у нея, какъ оказалось впослѣдствіи при вскрытіи, была опухоль матки, а не яичника. Также мало удачи имѣлъ Грэнвиллъ въ Лондонѣ, который въ первый разъ не могъ удалить опухоли (1827) вслѣдствіе срощеній, а во второй вынулъ вмѣсто яичника фиброидъ матки и потерялъ больную.

Эти пѣудачные опыты обоихъ первыхъ операторовъ въ Великобританіи, дѣлавшихъ разрѣзъ, по примѣру Мк. Доуэлля, отъ Sternum до Symph. о. р., нанугали и надолго оттолкнули врачей отъ этой операціи.

Только въ 1845 г. въ Шотландіи снова стали оперировать Handyside, и изъ немногихъ операцій, произведенныхъ вообще до 1862 г., только одна увѣчалась успѣхомъ; въ Англіи тоже не оперировали до 1836 г. Въ 1836 г. оперировалъ Джифрезонъ, потомъ Кингъ, Криспъ и Уэстъ (1839) Филиппсъ произвелъ въ 1840 г. первую полную операцію въ одномъ изъ лондонскихъ госпиталей, но безъ успѣха. Наконецъ Цезарь Гоукинсъ въ 1846 г. имѣлъ первый счастливый случай въ госпиталь Св. Георга, за которымъ не ранѣе какъ въ 1858 г. послѣдовалъ второй въ лондонской госпитальной прачкнѣ. До 1842 г. во всей Великобританіи насчитывалось только 10 случаевъ съ счастливымъ исходомъ.

До сихъ поръ за исключеніемъ Уэста въ Торнбриджъ всѣ операторы производили операцію только въ изолированныхъ случаяхъ. Лишь въ 1842 г. Уолнъ въ Лондонѣ и Ч. Клэй въ Манчестерѣ начали оперировать чаще, а за ними вскорѣ послѣдовали Бэрдъ (13 операцій) и Бэкеръ Браунъ; этотъ послѣдній сдѣлалъ 9 операцій (1852—56), изъ которыхъ 7 окончились смертельно. Въ 1843 г. было уже 14 операцій, изъ нихъ 7 успѣшныхъ; въ 3 года отъ 1844—46 сдѣлано еще 35 операцій съ выздоровленіемъ въ 24 случаяхъ. Ч. Клэй произвелъ до 1863 г. 108 операцій, изъ нихъ 70 съ успѣхомъ. Онъ дѣлалъ, какъ и вообще большинство въ то время, всегда большой разрѣзъ, хотя уже Джифрезонъ и до него Натанъ Смитъ успѣшно оперировали съ малымъ разрѣзомъ, и Бэрдъ сильно рекомендовалъ этотъ послѣдній въ 1843 г. До 1850 г. всѣ безъ исключенія погружали ножку.

§ 135. Въ Германіи первая операція произведена еще ранѣе чѣмъ въ Англіи Крисмаромъ въ Исни (Виртембергѣ). Изъ 3 оперированныхъ имъ до 1820 г. умерло однако 2. За нимъ слѣдовали Риттеръ 1832 г. и Квиттенбаумъ 1834 г., сдѣлавшіе каждый по одной удачной операціи. Отъ 1834—

1843 г. оперировали Гротъ, Шоттъ (1838), Штиллингъ въ Касселѣ (1837), Бюрнигъ (1843), всё несчастливо; Дольгоффъ въ Магдебургѣ (1836) сдѣлалъ лапоротомию и, какъ когда-то Lizars, не нашелъ опухоли, а Диффенбахъ, Кивишъ, Гэйни, Ротмундъ, Вернгеръ, принуждены были оставить операцію неоконченною.

Хотя нѣкоторые вскорѣ стали оперировать съ успѣхомъ, какъ то Зибольдъ (1846), Штиллингъ, Кивишъ, Кранель (1850), Эд. Мартинъ, Лангенбекъ (2 случая 1851 и 52), Барделебенъ (2 случая 1856 и 1858), Нуссбаумъ—тѣмъ не менѣ преобладало число несчастныхъ исходовъ. (До 1850 г. въ Германіи было только 7 успѣшныхъ случаевъ на 16 неудачныхъ). Къ тому же почти никто изъ операторовъ не приобрѣлъ значительной опытности, и такъ какъ даже Диффенбахъ совершенно осудилъ эту операцію, то она мало распространилась въ Германіи. Она была признана неопозволительною.

Не смотря на такую малую опытность и неудачи германскихъ операторовъ, одному изъ нихъ, Штиллингу въ Касселѣ, принадлежитъ существенное улучшеніе въ производствѣ операціи, давшее впоследствии значительные результаты. Это былъ восхваляемый Штиллингомъ въ 1841 г. методъ вѣтбрюшиннаго прикрѣпленія ножки. Штиллингъ рекомендовалъ его съ цѣлю обезпечить себя на случай послѣдовательнаго кровотечения изъ ножки. Онъ вшивалъ ножку въ рану брюшныхъ покрововъ слѣдующимъ образомъ: онъ оставлялъ на ней тарелкообразный кусокъ стѣнки опухоли, для соединенія края раны этой тарелки съ брюшными покровами, а впоследствии вшивалъ при длинной ножкѣ прямо эту послѣднюю. Эд. Мартинъ также употреблялъ этотъ пріемъ въ 1849 и 1851 г. За границей онъ не былъ извѣстенъ, такъ что англичанинъ Дэффинъ (1850) могъ напасть на ту же мысль и выдавать ее съ полнымъ правомъ за свою собственную, хотя первенство несомнѣнно принадлежитъ Штиллингу.

Этимъ былъ сдѣланъ важный шагъ впередъ въ технику операціи. За нимъ вскорѣ послѣдовалъ другой—изобрѣтеніе зажима Гётчинсономъ (1858).

§ 136. Изъ всѣхъ странъ, въ которыхъ медицина стояла на высокой степени развитія, во Франціи всего дольше колебались принять эту операцію. Хотя ее усердно и съ убѣжденіемъ защищали уже Делапортъ и Шамбонъ (mal. des femmes 1798) и Самюель Гартманнъ д'Эше въ своей диссертациі (Montpellier 1807), хотя Шеро въ 1844 г. (Journ. des conn. méd.-chir. Juillet) обнародовалъ статистику 65 случаевъ, тѣмъ не менѣ до 1844 г. операціи во Франціи не производили. Въ этомъ году Вейеръовскій сдѣлалъ операцію съ счастливымъ исходомъ, 3 года спустя Воллегаръ (1847), также съ успѣхомъ, а въ промежуткѣ между ними Риго не окончилъ операціи и потерялъ больную. Затѣмъ, съ 1848 по 1856 г. Мезоннѣвъ, Бакъ и Жоберъ имѣли каждый по одному неудачному случаю. Въ 1856 и 1857 годахъ произошелъ знаменитый споръ въ Парижской Академіи, въ которомъ одинъ только Казо высказался за овариотомию. Несмотря на дальнѣйшія рекомендаціи Шарля Бернара (1850) и Жюля Вормса (1860) до 1862 г. произведено только 3 новыхъ

операции. Въ 1862 г. Нелатонъ съѣздилъ въ Лондонъ, видѣлъ въ 5 случаяхъ, какъ оперировали вмѣстѣ Сп. Уэллсъ и Бэкеръ Браунъ, и въ томъ же году началъ самъ оперировать съ успѣхомъ. Одновременно съ нимъ началъ Кеберле, сразу съ самыми лучшими результатами. Этотъ послѣдній уже въ 1864 г. могъ сообщить о 9 успѣшныхъ случаяхъ изъ 12. Съ тѣхъ поръ онъ несравненно больше другихъ оперировалъ во Франціи и притомъ съ такимъ успѣхомъ, какого до сихъ поръ вообще достигали немногіе, и онъ уже почти одинъ во Франціи подвинулъ впередъ діагностику опухолей, улучшилъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ технику операции и расширилъ показанія къ ней.

§ 137. Но мы забѣжали впередъ и опередили уже тотъ годъ и тотъ моментъ, который нужно считать рѣшительнымъ въ исторіи оваріотоміи, наиболѣе содѣйствовавшимъ и давшимъ окончателъный толчокъ къ рѣшенію вопроса. По возвращеніи своемъ съ крымской войны, Спенсеръ Уэллсъ, служившій хирургомъ въ Samaritan-Hospital, началъ въ февралѣ 1858 г. свою карьеру оваріотомиста. На первый случай злая судьба подсунула ему большую рѣдкость—Тугог оваріи, покрытую брыжейкою. Операция не могла быть окончена. Тѣмъ не менѣе, больная выздоровѣла. Послѣ этого онъ оперировалъ съ успѣхомъ въ 3 случаяхъ и въ февралѣ 1859 г. представилъ медико-хирургическому обществу въ Лондонѣ отчетъ о своихъ первыхъ 5 случаяхъ. Этотъ отчетъ произвелъ такое возбуждающее и ободряющее впечатлѣніе, какого не могъ до сихъ поръ вызвать ни одинъ фактъ. Спустя нѣсколько лѣтъ, всякая оппозиція въ Англии была побѣждена. Въ первой обнародованной работѣ своей по этому вопросу Сп. Уэллсъ настаивалъ главнымъ образомъ на слѣдующихъ пунктахъ: дѣлать разрѣзъ въ брюшной стѣнѣ не больше чѣмъ нужно; перерѣзать ножеу далеко впереди лигатуры и фиксировать ее снаружи; зашивая брюшную рану, захватывать въ шовъ брыжицу. Чистый воздухъ, опрятность, покой суть существенныя условія успѣха,—условія, совокупность которыхъ въ большихъ госпиталяхъ болѣею частію не встрѣчается. Съ тѣхъ поръ Сп. Уэллсъ, руководимый энергіею своей воли наряду съ громадною опытностью, благодаря своимъ неутомимымъ изслѣдованіямъ, болѣе чѣмъ кто нибудь сдѣлалъ эту операцию тѣмъ, что она есть въ настоящее время.

Опытность одного человека, основанная на производствѣ болѣе 800 оваріотомій, и притомъ такого талантливаго хирурга какъ Сп. Уэллсъ, представляетъ быть можетъ единственное явленіе въ исторіи большихъ операций и еще долго будетъ служить тѣмъ фундаментомъ, на которомъ операторамъ придется строить дальнѣйшія работы относительно діагностики, показаній и техники операции. Въ самомъ дѣлѣ, что можетъ быть удивительнѣе зрѣлища пытливаго ума, который впродолженіи столькихъ лѣтъ слѣдитъ все съ тѣмъ же неослабвающимъ интересомъ за однимъ и тѣмъ же предметомъ, посвящаетъ ему все ту же неутомимую заботливость, чтобы довести начатое дѣло до возможно высокой степени законченности. Этимъ однимъ Сп. Уэллсъ довелъ операцию до ея теперешняго совершенства. Послѣ него Keith въ Единбургѣ Бэкеръ Браунъ, Кеберле болѣе другихъ содѣйствовали ея успѣхамъ и улучшенію.

Успѣхи были сдѣланы въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ; во-первыхъ, въ отношеніи діагностики, которая получила большую вѣрность и точность, такъ что ошибочные диагнозы и выборъ неподходящихъ случаевъ для операціи стали встрѣчаться все рѣже и рѣже. «Пробные разрѣзы», правда, еще далеко не исчезли, но къ нимъ прибѣгаютъ гораздо рѣже прежняго. Затѣмъ, улучшилась техника операціи. Выработалось употребленіе зажима и усовершенствовалось, частію благодаря улучшенію инструментовъ, частію въ другихъ отношеніяхъ. Ч. Клэй и Бэверъ Браунъ предложили отжигать ножку каленымъ желѣзомъ, и способъ этотъ въ новѣйшее время давалъ блестящіе результаты въ искусныхъ рукахъ Keith'a. Вернувшись снова къ погруженію ножи, позаботились о лучшемъ обезпеченіи противъ послѣдовательнаго вровотеченія. Способъ оперирования срощеній усовершенствовался въ рукахъ Сп. Уэллса, послѣдовательное леченіе больныхъ упростилось. Пизли и Кеберле распознали опасность задержанія отдѣленій въ брюшной полости и не побоялись удалить инфицирующія вещества частью дренажированіемъ, частью послѣдовательнымъ вскрытіемъ брюшной полости. Впослѣдствіи Маріонъ Симсъ достигъ этого въ совершенствѣ дренажированіемъ полости брюшины снизу, черезъ Дугласово пространство. Наконецъ великое изобрѣтеніе Листера—антисептическія предосторожности—послужило на пользу и этой операціи, и повидимому ему суждено низводить опасность ея до самаго неожиданнаго *minimum'a* въ рукахъ каждаго хирурга.

§ 138. Въ настоящее время операція распространилась повсемѣстно: въ Италіи съ 1859 по іюль 1876 г. произведено уже 76 оваріотомій, но успѣхи были незначительны. Въ Россіи первый удачный случай имѣлъ Крассовскій въ 1862 г., а въ 1868 г. онъ могъ сообщить 24 собственныхъ наблюденія. Масловскій произвелъ цѣнный изслѣдованія надъ тѣмъ какъ содержится погруженная ножка. Весьма успѣшныхъ результатовъ достигли Свѣльдбергъ въ Стокгольмѣ и его преемникъ Нетцель; столь же хорошіе получалъ Говитцъ въ Копенгагенѣ. Въ Бельгіи и Голландіи, напротивъ, начали оперировать поздно; до сихъ поръ изъ обѣихъ этихъ странъ не слышно о большихъ успѣхахъ *) и, какъ кажется, тамъ не много занимались оваріотоміей. О распространеніи ея по всему земному шару свидѣлствуютъ отчеты, полученные объ оваріотоміяхъ изъ Константинополя, Испаніи, Остъ-Индіи, Цейлова, Австраліи, Новой Гвинеи.

ГЛАВА XXV.

Статистика оваріотоміи.

Литература: См. въ предыдущей главѣ приведенныя сочиненія Ch. Clay, W. Atlee, Dutoit, Grenser, кромѣ того:

R. Lee: Med.-chir. transact. Vol. XXXIV. 1850.—Kiwisch: klin. Vorträge Bd.

*) Исключеніе составляетъ въ послѣднее время Деруба въ Брюсселѣ.

II.—John Clay: Appendix to the Chapters. 1860.—Bird: med. limes 1851.—Fock: Monatschr. f. Gebk. VII. 1856.—G. Simon: Scanzoni's Beiträge Bd. III.—v. Franque: ibidem Bd. IV.—Boinet: Mal. des ovaires 1867.—George H. Lyman: Prize-essay in the Massachusetts med. Soc. Boston 1856.—Peaslee: amer. J. of med. Sc. Jan. 1865.

Статистика отдѣльныхъ операторовъ:

Ryant: Lond. obst. transact. VI. 1865. стр. 35.—Tyler Smith: Lond. obst. transact. Bd. III. 1862 стр. 43 и 215. IV. 1863 стр. 141. VI. 1865 стр. 66.—Ch. Clay: observations on ovariectomy statistical and practical Lond. obst. transact. V. 1864. стр. 58.—Baker Brown: Lond. obst. transact. III. 1862. стр. 352 и IV. стр. 59.—„ovarian dropsy“ 1862 стр. 268.—Sp. Wells: med. chir. transact. Bd. 48. 50. 52. 54. 56. 59.—Th. Keith: Edinb. med. Journ. Nov. Dec. 1867. Lancet Sept. 7. 1867. и Aug. 28. 1870. Nov. 16. 1872. Brit. Journ. June 26. 1875.—Koeberlé: Mém. d. l'acad. d. méd. Tome XXVI.—Koeberlé et Taule: Manuel opératoire. Paris 1870. Koeberlé: Résultats statistiques. Paris 1868.—Nussbaum: 34 Ovariectomieen. München 1869.

§ 139. Хотя статистика оваріотоміи не имѣетъ больше такого значенія, какъ въ первое время существованія этой операціи, тѣмъ не менѣе она представляетъ нѣсколько замѣчательныхъ фактовъ и является необходимымъ и поучительнымъ дополненіемъ къ исторіи операціи. Изъ предлагаемыхъ нынѣ многочисленныхъ статистическихъ отчетовъ одни суть общіе своды случаевъ, обнимающіе всѣ извѣстныя операціи за какой-нибудь ограниченный или болѣе продолжительный промежутокъ времени, другіе обнимаютъ только операціи, произведенныя въ отдѣльныхъ странахъ, или, наконецъ, это статистики отдѣльныхъ операторовъ, сдѣлавшихъ большое количество оваріотомій.

Нѣкоторые статистики обращаютъ вниманіе на отдѣльные моменты, способные повліять на результаты операціи, каковы: возрастъ больной, продолжительность болѣзни, предшествующіе проколы, величина рѣзаной раны и потери крови, присутствіе и распространенность сращеній, приемъ, употребленный при отдѣленіи ножки и т. д. Мы хотимъ здѣсь бросить только взглядъ на общіе статистическіе результаты и обозрѣть разницу въ успѣхѣхъ по странамъ и операторамъ, на основаніи наиболѣе полныхъ статистическихъ отчетовъ.

Самыя раннія статистики Этли и Лумана обнимаютъ всѣ извѣстныя въ то время случаи.

Этли насчиталъ: 165 законченныхъ оваріотомій, съ 64 смертельными случаями. Цифра выздоровленій=60,6%. Сюда нужно причислить за то же время 57 начатыхъ, но не оконченныхъ операцій.

Луманъ: 212 законченныхъ операцій съ 57,22% выздоровленій и еще 88 начатыхъ операцій.

Т. Саффордъ Ли собралъ всѣ случаи операцій съ 1809 по 1846 г. Статистика его пополнена Кивиншемъ, а эта послѣдняя Дж. Клеммъ, который насчиталъ:

Полныхъ оваріотомій:	395.	Выздоров.:	212=54%
Частныхъ экстирпацій	24	»	10
Экстирпація другой опух.			
вмѣсто оваріальной	13	»	3
Экстирпація невозможна			
вслѣдствіе сращеній	82	»	58
Сумма случаевъ:	514	Выздоров.	283=51,1%

Къ этому сборнику, доведенному до 1860 года, примыкаетъ сборникъ Пизли, обнимающій только годы 1860—64 и только полныя операціи.

По этимъ даннымъ, изъ 150 случаевъ выздоровѣло 99=66%. Оба ряда вмѣстѣ даютъ для полныхъ оваріотомій 57 проц. выздоровленій.

Почти ту же самую цифру даютъ итоги Дютуа, который, независимо отъ Пизли, прибавилъ къ таблицѣ Дж. Клэя новые случаи до 1864 года. По этой статистикѣ изъ 577 случаевъ полныхъ оваріотомій выздоровѣло 323=56 проц.

Если изъ этихъ статистическихъ данныхъ вытекаетъ удивительный результатъ, что съ большимъ распространеніемъ операціи успѣховъ стало меньше, то объяснить его можно, безъ сомнѣнія, вмѣстѣ съ Пизли тѣмъ, что въ началѣ за это дѣло брались немногіе, весьма опытные операторы, и потомъ къ нимъ присоединилось множество врачей, еще не обладающихъ опытностью. На самомъ дѣлѣ разница, безъ сомнѣнія, была даже скорѣе больше, чѣмъ меньше. Ибо чѣмъ чаще стали производить операцію, тѣмъ больше случаевъ оставляли неопубликованными; это конечно относится въ особенности къ несчастнымъ случаямъ тѣхъ операторовъ, которые оперировали вообще мало и съ плохимъ успѣхомъ.

Нѣсколько болѣе благоприятные результаты даетъ статистика Gallez'a 1873 года. Она также обнимаетъ всѣ страны, но изъ нея исключены тѣ операторы, которые произвели только по одной операціи. По Gallez'у, изъ 1540 оперированныхъ, выздоровѣло 1010=65,5 проц.

Но здѣсь приведено только 300 изъ случаевъ Сп. Уэллса и только 84 случая Keith'a.

Если составить общую статистику на основаніи готовыхъ отчетовъ Вирхова и Гирша изъ собранныхъ ими случаевъ за годы 1867 до 1874 включительно, то получимъ на 1087 случаевъ операцій 751 выздоровленій=69,1 процентовъ.

Подобный способъ собранія данныхъ несомнѣнно связанъ съ источниками значительныхъ ошибокъ, да вообще не подлежитъ сомнѣнію, что никакая статистика, составленная въ настоящее время по литературнымъ свѣдѣніямъ объ успѣхахъ оваріотоміи, не можетъ претендовать на такую степень близости къ истинѣ, какъ статистики первыхъ временъ оваріотоміи, когда почти каждый фактъ предавали гласности.

Хотя такимъ образомъ статистика далеко не свидѣтельствуетъ о желанномъ прогрессѣ, въ сравненіи съ прошлымъ, въ отношеніи цифры выздоровленій послѣ полныхъ оваріотомій, зато мы можемъ указать на необыкновенный прогрессъ въ другомъ отношеніи, существенно важномъ для успѣха дѣла: число невыполненныхъ до конца операцій и число діагностическихъ ошибокъ значительно уменьшилось.

Кивишъ насчиталъ на 122 операціи 22 неоконченныхъ, вслѣдствіе техническихъ трудностей=18% и 14 діагностическихъ промаховъ=11%, итого 29% случаевъ, въ которыхъ лучше было бы не предпринимать операціи. Робертъ Ли въ 1853 г. насчитывалъ на 162 операціи 60 неоконченныхъ, т. е. 37%. Дж. Клэй насчиталъ изъ 514 случаевъ 106 неоконченныхъ опе-

рацій=21% и 13 ошибок=2%, вмѣстѣ 23%. Фокъ прибавилъ сюда 13 случаевъ, въ томъ числѣ 19 невыполненныхъ операцій и 13 діагностическихъ ошибокъ, всего 25%. Статистика Дютуа, доведенная до 1863 г., также показываетъ еще, что у англичанъ въ 15% случаевъ операція осталась неоконченною, въ 3,2% были сдѣланы діагностическія ошибки, а у нѣмцевъ соотвѣтственныя цифры даютъ даже 22% и 4%.

Статистика, собранная Грензеромъ, даетъ уже другой результатъ: на 146 случаевъ (съ 1864—70 въ Германіи) приходилось 7 невыполненныхъ операцій и 10 діагностическихъ ошибокъ, т. е. въ суммѣ менѣе 12%.

Сп. Уэллсъ на 500 полныхъ оваріотомій насчитываетъ 28 невыполненныхъ и 24 пробныхъ разрѣза; въ сложности это все еще составляетъ 9,4% общей суммы. Но вообще случаи невыполненныхъ операцій встрѣчаются все рѣже и рѣже. Keith изъ 100 случаевъ оставилъ операцію неоконченною только въ одномъ, а Кеберле изъ 300 почти случаевъ ни разу. Дѣло въ томъ, что съ теченіемъ времени научились лучше справляться съ техническими трудностями, зависящими отъ распространенныхъ сросненій, и сдѣланы значительныя успѣхи въ вѣрной постановкѣ діагноза. При всякомъ успѣхѣ науки оба эти момента, конечно, всегда сильнѣйшимъ образомъ зависятъ отъ личныхъ способностей операторовъ.

§ 140. Обзоръ результатовъ оваріотоміи по различнымъ странамъ приводитъ къ тому печальному для Германіи выводу, что мы далеко отстали въ нашихъ успѣхахъ отъ Англии и Америки. Обширная статистика Дютуа даетъ слѣдующіе результаты для различныхъ странъ до 1864 года:

Великобританія	379	операц.	230	выздоров.	=60,68%
Соединенные Штаты	117	»	68	»	=58,12 »
Франція	26	»	12	»	=46,15 »
Германія	55	»	15	»	=27,27 »

Болѣе благоприятна для Германіи таблица Грензера: 128 полныхъ операцій, 62 выздоровленія=48%. Но и въ другихъ странахъ успѣхи тоже возросли и итогъ операцій за годы 1867 до 1873 включительно (по готовымъ отчетамъ Вирхова-Гирша) все еще даетъ слѣдующій, грустный для насъ результатъ:

Скандинавскія земли	95	операц.	74	выздоровл.	=78%
Великобрит. и Соед. Штаты	611	»	462	»	=75,6%
Франція и Бельгія	136	»	83	»	=60,6%
Германія	174	»	87	»	=50%

Хотѣли было утѣшиться тѣмъ соображеніемъ, что нѣмцыя женщины менѣе способны выдерживать такія тяжелыя операціи, чѣмъ англичанки, которыя болѣе заботятся объ укрѣпленіи своего тѣла. Но уже теперь опытъ отдѣльныхъ операторовъ противорѣчитъ этому предположенію; въ будущемъ оно безъ сомнѣнія будетъ окончательно опровергнуто. Скорѣе можно согласиться съ Пизли, когда онъ упрекаетъ нѣмцевъ въ томъ, что они слишкомъ игнорировали опытность англичанъ и американцевъ и экспериментировали на свой страхъ. Но

этот упрек относится только къ прежнему времени и, конечно, не касается послѣднихъ 10—15 лѣтъ, когда и въ Германіи стали стараться перенять до мельчайшихъ подробностей технику англійскихъ операторовъ и изучать ее лично на мѣстѣ.

Я, не колеблясь, признаю, что разница въ успѣхахъ между Англійей и Германіей не такъ велика, какъ кажется. Главная часть суммы всѣхъ операций, опубликованныхъ въ Великобританіи, состоитъ изъ случаевъ, принадлежащихъ немногимъ, чрезвычайно опытнымъ и осторожнымъ операторамъ, каковы Сп. Уэллсъ и Th. Keith, а раньше Ч. Клэй, Тайлеръ Смитъ и Бэкеръ Броунъ. Операции, производимыя многими другими врачами—а такихъ въ одномъ Лондонѣ 12—20—въ огромномъ большинствѣ случаевъ не предаются больше гласности, тогда какъ въ Германіи статистика все еще даетъ результатъ операций многихъ лицъ, отчего и зависятъ отчасти менѣе благоприятный выводъ. Нужно, правда, сознаться, что въ Германіи до сихъ поръ нельзя указать ни одного человека, который посвятилъ бы себя изученію этой операции съ такимъ же усердіемъ, такою же энергіей и такимъ талантомъ, какъ Сп. Уэллсъ или Keith. Что сейчасъ высказанное мнѣніе, будто разница въ успѣхахъ въ дѣйствительности меньше чѣмъ кажется, что это мнѣніе не несправедливо,—доказываетъ между прочимъ небольшая статистика 5 лондонскихъ госпиталей, въ которыхъ работали различные операторы, составленная Скѣльдбергомъ и сообщенная Сп. Уэллсомъ. Изъ 39 оперированныхъ выздоровѣло только 9, т. е. 23,08%. Но нельзя отрицать того, что нѣмецкіе результаты еще плохи, какъ показываетъ предлагаемая ниже таблица съ результатами операций 37 нѣмецкихъ операторовъ. Въ чемъ нужно искать причины? Главныя причины безъ сомнѣнія слѣдующія: 1) До недавняго времени въ Германіи оперировали преимущественно только въ тяжелыхъ случаяхъ, отчасти потому, что мало опытные нѣмецкіе операторы, неуверенные въ успѣхѣ, боялись назначать къ операции больныхъ съ еще хорошимъ общимъ состояніемъ, отчасти же потому, что и больныя въ такихъ случаяхъ относились подозрительно къ предложенной имъ операции. Если оказывается, что въ самыхъ невыгодныхъ случаяхъ, самыя трудныя операции нерѣдко сопровождаются успѣхомъ, то онъ здѣсь зависитъ, конечно, въ особенности также отъ ловкости оператора. 2) Второю и, можетъ быть, болѣе важною причиною неудачи безъ сомнѣнія служила до сихъ поръ въ Германіи болшая возможность септического зараженія, которая существовала потому, что въ Германіи оперировали преимущественно въ большихъ госпиталяхъ, не познакомившись въ тоже время со средствомъ обезпечить себя отъ инфекции даже въ самыхъ большихъ и самыхъ дурныхъ больницахъ; наконецъ 3) послѣднюю причину нужно искать въ недостаточной діагностической и технической опытности операторовъ, изъ которыхъ до послѣднихъ лѣтъ едва ли хоть одинъ могъ привести болшой итогъ операций.

Нижеслѣдующая таблица успѣховъ операции въ Германіи обнимаетъ только нынѣ живущихъ операторовъ и, что придаетъ ей извѣстную цѣну, приводитъ всѣ случаи полныхъ оваріотомій, произведенныхъ этими операторами до извѣстнаго времени. Правда, тѣ годы, въ которые различные операторы начали

Таблица овариотомій нѣмецкихъ операторовъ.

№	Имя оператора.	Время.	Операци.	Выздоров.	Неполн. операц. и пробн. разр.	ПРИМѢЧАНІЯ.
1	Барделебенъ (Берлинъ).	1852, 1856, 1872	3	1		2 обнародованы въ табл. Симона.
2	Барденгейеръ (Кельнъ)	1876	3	1		Прив. въ годовомъ отчетѣ Кельнскаго городскаго госпиталя за 1876.
3	Билротъ (Вѣна).	1865—76	76	45		
4	Бирнбаумъ (Кельнъ).	до Января 1877	4	2		3 съ дренажемъ чрезъ рукавъ, изъ нихъ 2 выздоров.
5	Брейски (Прага).	1872 и 73	2	0		1 случ. обнародованъ въ Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte III. стр. 48.
6	Бушъ (Боннъ).	до Декаб. 76	10	6	1 непол.	
7	Дорнъ (Марбургъ).	1871 до авг. 76	15	12	3 проб. разр.	10 случ. обнародованы въ Диссерт. Kohl'a Марбургъ 1876.
8	В. А. Фрейндъ (Бреславль).	1864 до окт. 1876	19	13	1 непол.	Отчасти обнародов. въ Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1872. 10. и въ Beitr. d. Berlin. Ges. 1874, 2 раза per vaginam дренажъ, изъ нихъ умерла 1. Остальныя 9 выздоровѣли.
9	О. Гертнеръ (Штутгартъ).	до 1875	6	0		
10	Р. Гейсель (Эссенъ)	1875—76	2	2		
11	Гуссеровъ (Страсбургъ)	1867—76	9	5	1	Обнародованъ въ диссерт. Цвейфеля, Дюринъ 1872 1. въ Arch. f. Gyn. Bd. X. стр. 184.
12	Гагендорнъ (Магденбургъ)	1874 до мая 77	8	6	1 непол.	4 раза дренажъ чрезъ Дугласово простр., 3 выздоровѣли.
13	Ганъ (Берлинъ)	до декаб. 1876	8	6	0	во всѣхъ дренажъ per vaginam.
14	Гапе (Олдеслоэ)	1855, 59 и?	3	3		
15	Гегаръ (Фрейбургъ)	1866 до авг. 76 (1875—76)	25 (15)	20 (15)	1 проб. разр.	Послѣд. 15 случ. обнародов. въ Sammlung Klin. Vortr. № 109, 1877.
16	Ф. Гейне. (Прага)	1867—76	6	4	1 проб. разр.	
17	Гильдебрандтъ (Кенигсбергъ)	до осени 1876	8	4		Отчасти обнарод. въ Monatsschr. f. Gebk. XXXIII.—Arch. f. Gyn. IX и въ клинич. отчетѣ Кенигсбергскаго заведенія. Лейпцигъ 1875.
18	Гютеръ (Грейфсвальдъ)	1869—75	4	1		
19	Калгенбахъ (Фрейбургъ)	1872—76	5	2		
20	Кереръ (Гиссенъ)	1874	1	0		
21	Линдеманъ (Ганноверъ)	Послѣд. 3: въ 1876	9	5		3 съ дренажемъ per vagin.; всѣ выздоровѣли.

№	Имя оператора.	Время.	Оконч. опер. ради.	Выздоров.	Неоконч. операц и пробный разрывъ.	ПРИМЪ ЧАНІЯ.
22	А. Мартинъ (Берлинъ)	1873—76	5	3		
23	Мейзелъ (Гота)	1875	2	1		Оба обнародов. въ Corr.-Bl. d. Allg. Ver. въ Тюрингенѣ 1876 № 11.
24	Максъ Мюллеръ (Кёльнъ)	1867—76	7	2	0	5 случ. съ дренажемъ per vagin. изъ нихъ 2 выздоровѣли. Во всѣхъ случаяхъ употреб. зажимъ.
25	Е. Миллеръ (Ольденбургъ)	до 1876	5	2	1 проб. разр.	
26	Нуссбаумъ (Мюнхенъ)	1861 до 30 I. 77	117	71		6 съ дренажемъ per vagin.; изъ нихъ 3 выздоровѣли. 33 строгое антисептич. леч., 8 умерло.
27	Ольсгаузенъ (Галле)	1865 до іюля 77 (отъ января 1875)	58 (48)	38 (36)	5 съ 2	Изъ 29 случ. съ влагалци, дренажемъ, выздоров. 18. Изъ 18 сл. случ. съ строго антисептич. леченіемъ выздоров. 17; 25 наблюд. обнародованы: Berl. Klin. Wochenschrift 1876 № 10 и 11. Мн. другіе: Klin. Vortr. № 110, 1877.
28	Регнице (Грейфсвальдъ)	1874—76	4	2	1 неоконч.	
29	Шатцъ (Роштокъ)	1872 до нояб. 1876	7	4	2 неоконч.	4 обнародов. въ Arch. f. Gyn. IX 1876.
30	Шредеръ (Берлинъ)	До осени 1876	10	6	1 проб разр.	Съ тѣхъ поръ обнарод. мног. др. въ Berl. Kl. Wochenschrift 1876 № 50—52.
31	Б. Шульце (Лена)	1867 до март. 1876	20	13		Отчасти обнародов. въ Deut. Ztschr. f. pract. Med. 1876, а частью въ Arch. f. Gyn. II.
32	Швартцъ (Геттингенъ)	1868—76	21	11	1 проб. разр.	10 обнародов. въ Геттингенск. диссерт. Тилениуса, Блументала, Виболка, Менхе, Бекгаузы, Вейсензе 1868 до 1875.
33	Шпягельберъ (Бреславль)	до мая 1877	55	26	4 неоконч. и 4 пр. разр.	Многіе случаи обнародов. въ Monatschrift f. Gebdk, XIV, XXVII, XXX и Arch. f. Gyn. 1. III, VII, VIII.
34	Тренделенбургъ (Роштокъ)	1875 и 76	2	1	0	
35	Фейтъ (Боннъ)	1866—76	44	25	2 неоконч. 2 проб. разр.	9 случ. обнародов. въ Berl. Klin. Wochenschrift 1867, № 40. 1868. № 21. 1870 № 4. 15 случ. съ зажимомъ съ 6 выздоровл.; 29 разъ ножка погружена 19 выздоровѣли.
36	Фолькманнъ (Галле)	1866—73	6	0	0	1 обнародов. Гохгеймомъ въ диссертациі Галле 1866, 2-й въ его же Beitr. zur Chir. 1874.
37	Винкель (Дрезденъ)	1864—76	24	10	1 проб. разр.	

Сумма: 613 : 353 = болѣе 57 % выздоровѣли.

свою дѣятельность, весьма различны, но лишь немногіе изъ нихъ относятся ко времени до 1866 года. Значительное большинство операций относится къ послѣднимъ 5 годамъ. Данныя о числѣ операций отдѣльныхъ операторовъ доведены, большею частью, до осени прошлаго года; у нѣкоторыхъ до начала 1877 г. Всѣ данныя основаны на письменныхъ сообщеніяхъ. Самая малая часть операций была гдѣ нибудь опубликована. Печатные источники указаны по возможности.

Число пробныхъ разрѣзовъ и неоконченныхъ операций большинства операторовъ остались мнѣ неизвѣстными.

Такимъ образомъ, результатъ остается еще далеко позади того, къ чему мы должны стремиться и чего можемъ достигнуть. Статистика, относящаяся только къ послѣднимъ 2 годамъ, привела бы уже къ другому выводу. Во всякомъ случаѣ, приведенная выше таблица, которая въ отношеніи вѣрности данныхъ превосходитъ всякую статистику, составленную по даннымъ, взятымъ изъ литературы, — и сдвали оставляетъ желать большаго, — вѣрно рисуеть уровень успѣховъ въ Германіи съ 1866—76.

§ 141. Остается еще привести статистики отдѣльныхъ операторовъ. Онѣ имѣютъ цѣну, во первыхъ какъ указаніе, чего можно достигнуть и что было возможно уже много лѣтъ тому назадъ, затѣмъ изъ нихъ видно, какъ успѣхи отдѣльныхъ операторовъ обусловливаются усовершенствованіемъ техники и приобрѣтеніемъ отдѣльнымъ лицомъ большей опытности въ діагностику и леченіе:

Чарльзъ Клэй, въ манчестерѣ, началъ оперировать еще до 1844 года. До 1850 у него выздоровѣли 21 изъ 33 оперированныхъ=63%, до декабря 1871 изъ 250 его пациентовъ выздоровѣли 171=72,8%.

Вашингтонъ Л. Эттли произвелъ, до декабря 1867, 169 оваріотомій съ 70% выздоровленій.

Бэкеръ Броунъ (Beigel. Berl. klin. Wochenschr. 18. Nov. 1867) произвелъ до ноября 1867 г. 138 операций, а именно въ 111 случаяхъ полную оваріотомію съ выздоровленіемъ въ 76=68, 5%; кромѣ того 16 неполныхъ или частныхъ экстирпацій съ выздоровленіемъ только въ 3 случаяхъ, и 11 пробныхъ разрѣзовъ съ 5-ю выздоровленіями. Итогъ: 138 случаевъ съ выздоровленіемъ въ 85=61, 6%.

Бильротъ оперировалъ съ 1865 по 1875 включительно въ 51 случаѣ, съ выздор. въ 25=49%; въ 1876 до осени въ 25 случаяхъ, съ выздор. въ 20=80%.

Нуссбаумъ оперировалъ съ 1861—75 безъ антисептическихъ предосторожностей и безъ дренажированія въ 78 случ. съ выздор. въ 43=55, 1%; послѣ того въ 6 случаяхъ съ дренажированіемъ (3 выздоровленія) и въ 33 по строго антисептическому способу (25 выздор.), всего 39 съ 28 выздор.=72%.

Я произвелъ съ 1865 по 1874 включительно 10 операций, съ выздоровленіемъ въ 2 случаяхъ=20%; съ 1875 по іюль 1877: 48 съ выздор. въ 36=75%.

Сп. Уэллсъ произвелъ съ 1859 по іюль 1872: 500 полныхъ оваріо-

томъ съ 373 выздор.=74, 6%; съ іюля 1872 до октября 1876: 300 полныхъ операций съ 224 выздор.=74,7%. На первыя 500 полныхъ операций приходится еще 24 пробныхъ разрѣза и 28 неоконченныхъ операций съ resp. 9 и 15 смертельными исходами.

Изъ всѣхъ тѣхъ, кто можетъ привести длинный рядъ операций, самыхъ, лучшихъ результатовъ достигли, безъ сомнѣнія, Кёберле и Th Keith. *)

У Кёберле изъ 120 его первыхъ оваріотоміей выздоровленіемъ окончилися) 84=70%; причемъ на 100 первыхъ случаевъ приходилось 16 двойныхъ оваріотомій. Послѣ этого онъ больше не издавалъ общей статистики, но, благодаря благосклонному письменному сообщенію, мнѣ извѣстно еще слѣдующее:

Въ теченіи 3 лѣтъ, отъ начала 1874 до конца 1876, Кёберле произвелъ 63 полныхъ операций (въ томъ числѣ 6 пароваріальныхъ вистъ); изъ пациентокъ умерло только 6, стало быть цифра выздоровленій=90,5%. Существенно возвышаетъ значеніе этихъ цифръ еще то обстоятельство, что Кёберле, сдѣлавъ почти 300 операций, не оставилъ неоконченною ни одной и ни разу не дѣлалъ пробнаго разрѣза.

Th. Keith насчитывалъ на первыя 50 своихъ полныхъ операций 39 выздоровленій; на 2-ю и 3-ю полусотню по 42, на 4-ю полусотню даже 44 выздоровленія; наконецъ изъ послѣднихъ 29 случаевъ выздоровѣло 27, всего изъ 229 случаевъ, съ 1862 до января 1877, выздоровѣло 194=84,7% выздоровленій. На всю сумму приходится еще 9 неполныхъ операций съ 4 смертельными исходами и 2 пробныхъ разрѣза съ 1 смертельнымъ исходомъ.

ГЛАВА XXVI.

Приготовленія къ операциі. Инструменты.

§ 142. Приготовленія отчасти относятся къ самой больной. За исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда какая нибудь настоящая случайная причина, напр. острый перитонитъ отъ разрыва висты или перекручиванія ножки, неотложно требуетъ операциі, полезно подвергнуть больную передъ оваріотоміей внимательному наблюденію въ теченіи нѣсколькихъ дней. Прежде всего нужно констатировать, что пациентка свободна отъ лихорадки, или, если лихорадка есть, дознаться ея причины. Если она зависитъ отъ какой нибудь осложняющей болѣзни, то можетъ быть понадобится отложить операцию. Особенное вниманіе нужно обратить на грудные органы пациентки. При существующемъ бронхіальномъ катаррѣ не слѣдуетъ оперировать безъ настоящей необходимости. Операторъ долженъ также заранѣе знать индивидуальныя свойства

*) Быть можетъ, къ нимъ можно причислить еще Нетцеля въ Стокгольмѣ и Говитца въ Копенгагенѣ; оба они получили превосходные результаты, но мнѣ незвѣстны въ точности ихъ цифры.

пульса больной—его ненормально малую или высокую частоту, неправильность—чтобы правильнѣе судить о качествѣ пульса послѣ операціи и имѣть возможность пользоваться имъ въ прогностическомъ отношеніи. Нужно контролировать выдѣленіе мочи и изслѣдовать ее на постороннія составныя части.

Цѣлесообразно давать больной въ послѣдніе 3—4 дня передъ операціей слабительныя, до тѣхъ поръ, пока совершенно жидкія и мало вонючія испражнения не покажутъ, что кишечный каналъ опорожненъ. Въ послѣдніе часы передъ операціей нужно опорожнить прямую кишку посредствомъ клизмы. Если намѣреваются дренировать черезъ рукавъ, то полезно промыть рукавъ передъ операціей растворомъ салициловой или карболовой кислоты. Нерѣдко бываетъ умѣстно назначить передъ операціей ванну, отчасти въ видахъ опрятности, отчасти для возбужденія дѣятельности кожи. Больная должна избѣгать въ послѣдніе дни всѣхъ кушаньевъ, производящихъ вѣтры, а вечеромъ накануне, также какъ утромъ въ день операціи—всякой твердой пищи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ нужна особенная, приготовительная мѣра—проколъ за нѣсколько дней до экстирпации. Онъ рекомендуется въ особенности при сильномъ отеѣ брюшныхъ покрововъ или общей водянѣ, съ цѣлью достигнуть, при достаточномъ уменьшеніи опухоли, уменьшенія отека. Проколъ цѣлесообразенъ также при скудномъ выдѣленіи мочи и альбинурии, въ видахъ болѣе постепеннаго освобожденія почекъ изъ подъ высокаго давления, отъ внезапнаго преращенія котораго Сп. Уэллсъ опасается почечной гипереміи съ уремическими явленіями. Я и въ этихъ случаяхъ склоненъ видѣть главную пользу отъ предварительнаго прокола въ наступленіи болѣе обильнаго выдѣленія мочи и уменьшенія отековъ. Предварительный проколъ можетъ также быть полезенъ при сильномъ затрудненіи дыханія, вслѣдствіе большой величины опухоли, такъ какъ онъ даетъ возможность безопасно наркотизировать больную и предупреждаетъ анемію мозга во время операціи.

Въ новѣйшее время А. В. Фрейндъ въ особенности часто пользовался проколомъ передъ операціей и заявилъ, что очень доволенъ этимъ приѣмомъ.

Предпринимать относительно 'больной еще другія приготовительныя мѣры, кромѣ названныхъ выше, напр. давать сперва нѣкоторое время тоническихкія средства, какъ то хининъ и желѣзо, было бы отчасти бесполезно, отчасти неумѣстно, вслѣдствіе связанной съ этимъ потери времени. Но вполне бессмысленно подвергать истощенныхъ больныхъ такому леченію, какъ 2—3 энергическихкіхъ кровопусканія въ послѣдніе 14 дней, какъ это, *horribile dictu*, до сихъ поръ еще дѣлаетъ Protheroe Smith въ Лондонѣ.

§ 143. Нужно выбрать для операціи здоровую, просторную, свѣтлую, хорошо вентилированную комнату; всего лучше, если это возможно, въ небольшомъ госпиталѣ, свободномъ отъ заразныхъ веществъ, или въ частной квартирѣ. При строго антисептическомъ способѣ леченія помѣщеніе менѣе важно и нечего опасаться даже больницъ госпиталей, если только помѣщеніе не располагается прямо въ септической инфекціи.

На основаніи совѣта Бэрда, долгое время придавали важное значеніе высокой температурѣ и влажной атмосферѣ комнаты. Бэрдъ требовалъ темпе-

ратуры въ 25—26° Ц. Это правило приняли также Клей, Этли и Пизли, тогда какъ Сп. Уэллсъ и Тэннеръ нашли его излишнимъ.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ дѣйствительно, быть можетъ, достаточно обыкновенной комнатной температуры въ 19—20° Ц. Если же предвидится, что операція будетъ продолжительна, при очень большихъ опухоляхъ, при которыхъ всегда можно съ вѣроятностью ожидать распространенныхъ паріетальныхъ сращеній и необходимости болѣе значительнаго обнаженія кишечника, тогда представляется целесообразною болѣе высокая температура, въ 22—25° Ц., для избѣжанія сильнаго охлажденія тѣла оперируемаго субъекта. Я считаю это обстоятельство особенно важнымъ для пожилыхъ и очень истощенныхъ индивидовъ. Вегенеръ указалъ недавно на вѣроятность того обстоятельства, что сильное охлажденіе является, быть можетъ, главнымъ факторомъ при наступленіи шока, отъ котораго во всякомъ случаѣ погибають нѣкоторыя изъ оперированныхъ, хотя во многихъ случаяхъ то, что называли шокомъ, была острѣйшая септикемія. Но если вспомнимъ, что поверхность брюшины, какъ на это указываетъ Вегенеръ, представляетъ въ квадратныхъ мѣрахъ почти ту же величину, какъ вся поверхность тѣла, то влияние прохладной температуры становится яснымъ. Послѣ продолжительныхъ операцій нерѣдко находятъ температуру кожи пониженною до 35,5° Ц.; я наблюдалъ даже температуры въ 34,5° Ц.

Для операціонной постели лучше выбрать столъ удобной высоты, покрытый кожаными подушками или матрацомъ и резиновой клеенкой, чѣмъ кровать. Кеберле, впрочемъ, оперируетъ большею частію на кровати, на которой больная и остается послѣ операціи. Но нужны особенно хорошія приспособленія, чтобы не загрязнить постели. Кромѣ того, большая часть кроватей неудобна потому, что слишкомъ низки. Больную тепло укрываютъ до бедеръ; всего лучше завернуть ей ноги въ теплое, толстое шерстяное одѣяло, которое совершенно закрывается большимъ кускомъ резиновой клеенки. Рубашку откидываютъ вверхъ до груди, которая одѣта, кромѣ того, кофточкой съ завязками назадъ. Сп. Уэллсъ пристегиваетъ колѣни и руки пациентки къ операціонному столу, чтобы обойтись безъ лишнихъ ассистентовъ. При глубокомъ наркозѣ въ этомъ нѣтъ особенной надобности. Туловище пациентки многіе покрываютъ еще кускомъ клеенки съ большою вырѣзкой по срединѣ, края которой съ нижней стороны обматываютъ липкимъ пластыремъ на 1 дюймъ въ ширину и приклеиваютъ къ брюшнымъ покровамъ. Я нашелъ, что при легкихъ, чистыхъ операціяхъ это приспособленіе излишне, а при трудныхъ, и въ особенности при большихъ опухоляхъ, оно не достигаетъ своей цѣли—защиты больной отъ смачиванія. Послѣ опорожненія кожа живота сморщивается и клеенка мѣстами отстаетъ, такъ что жидкости подтекають подъ нее. Поэтому я уже нѣсколько лѣтъ какъ пересталъ употреблять это приспособленіе. Кромѣ того, если намѣреваются наложить Листеровскую повязку, то совсѣмъ неумѣстно, если подъ нее попадетъ пластырная масса, которую всетаки не такъ то скоро удастся удалить вполне.

§ 144. Инструменты должны быть готовы для операціи сполна всѣ,

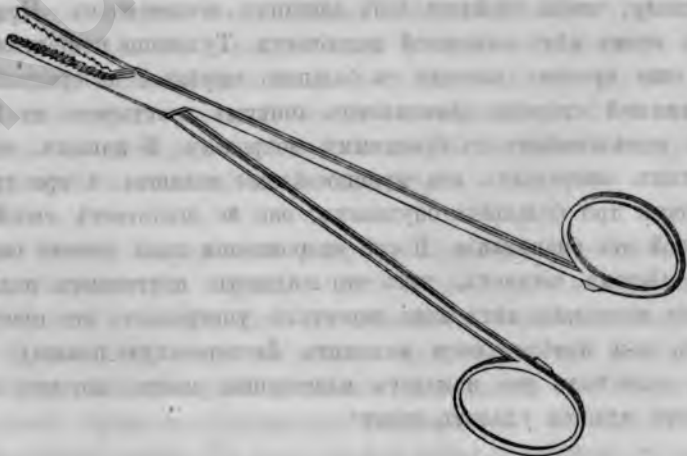
какіе могутъ понадобиться. Самые необходимыя и почти всегда употребляемыя въ дѣло суть слѣдующіе: бистури, пинцеты всякаго рода, въ особенности большое число артеріальныхъ пинцетовъ, желобчатый зондъ, прямыя и колѣнчатыя ножницы, 2 щипцовъ для захватыванія кисты, большой троакаръ съ трубчатымъ аппаратомъ, нѣсколько проволочныхъ экразеровъ (4—6), полный аппаратъ для швовъ, съ карболизованнымъ шелкомъ и кѣгутумъ различной толщины, чистыя хорошія губки, губкодержатели, эфиръ. Смотря по роду случая и избранному методу операціи, могутъ еще понадобиться: маленький троакаръ для прокола вторичныхъ кистъ, пробный троакаръ, одинъ или 2 зажима для ножи, Ferr. sesquichlor. или Ferr. sulfur. calc. въ порошокъ, отжигатель и каленое желѣзо, акупрессурныя иглы, проволока и кривыя иглы для зашиванія брюшной раны, цѣпочный экразеръ, дренажныя трубки изъ каучука или иного матеріала. Иногда очень могутъ пригодиться широкой зажимъ (Сп. Уэллса) для временнаго прижатія ножи или перемычекъ, вогнутое зеркало для освѣщенія полости малаго таза. Рѣже употребляютъ корнцанги, маточный зондъ для ошупыванія сросненій, крючки для задержанія краевъ раны, полуострый ножъ изъ слоновой кости для отдѣленія плоскостныхъ сросненій.

Для перевязки различныя операторы употребляютъ весьма различный матеріалъ.

Сп. Уэллсъ перевязываетъ нѣсколькими слоями полотна и бинтомъ. Другіе употребляютъ перевязочную вату, липкій пластырь. При антисептическомъ способѣ леченія нужны всѣ матеріалы, какіе требуются для Листеровской повязки: карболизованная марля, 8-ной слой карболизованной марли съ гуттаперчевой бумагой и кисейныя бинты, далѣе карболовый или салициловый спиртъ (2 аппарата) и 2% карболовый растворъ для всѣхъ инструментовъ.

Относительно нѣкоторыхъ инструментовъ нужно еще сказать слѣдующее: для зажиманія артерій, особенно въ брюшныхъ покровахъ, можно рекомендовать удобныя, ножнице-образныя пинцеты, которые употребляетъ Сп. Уэллсъ. Широкой носіель ихъ приспособленъ къ захватыванію даже широко надрѣзан-

Рис. 12.



Артеріальный пинцетъ по Сп. Уэллсу.

ныхъ венъ и они удобнѣе обыкновенныхъ артеріальныхъ пинцетовъ ложатся на брюшныя покровы по сторонамъ разрѣза. Слѣдуетъ предостеречь отъ употребленія такъ называемыхъ бульдоговъ, маленькихъ зажимовъ, которые захватываютъ крайне слабо и могутъ при случаѣ незамѣтно упасть въ брюшную полость.

Что касается троакара, то для быстрого опорожненія содержимаго всегда употребляютъ инструменты большаго калибра. Самый употребительный изъ нихъ есть уже упомянутый въ § 115, при проколѣ, троакаръ Сп. Уэллса (рис. 13), состоящій изъ двухъ передвигающихся одна въ другую трубокъ, изъ которыхъ внутренняя на переднемъ концѣ косо срѣзана и до половины заострена. Послѣ прокола рѣзущая внутренняя трубка вынимается.

Чтобы предупредить соскальзываніе опухоли съ инструмента при опорожненіи ея, Уэллсъ распорядился въслѣдствіи придѣлать къ срединѣ инструмента двѣ пружинныя лапы, которыя удерживаютъ кисту своими тупыми зубцами, не разрывая ея. Фитчъ видоизмѣнилъ этотъ троакаръ такимъ образомъ, что наружный конецъ его, несущій резиновую трубку, удлинненъ и изогнутъ въ формѣ рукоятки пистолета. При этомъ устройствѣ инструментъ становится удобнѣе, и каучуковая трубка не можетъ перегнуться. Кромѣ того, Фитчъ сдѣлалъ рѣзущею и выдвигающею наружную трубку вмѣсто внутренней.

Рис. 13.



Троакаръ по Сп. Уэллсу.

Фейтъ устроилъ троакаръ, который для удержанія кисты послѣ прокола выпускаетъ изнутри посреднѣ своей стѣнки 4 обращенныхъ взадъ шипа (онъ описанъ Hoening'омъ, Berl. Klin. Wochenschr. 1870 № 4). Приспособленія для удержанія кисты имѣютъ также инструментъ Лоусона Тэта и троакаръ Кёберле.

Знакомиться съ другими инструментами, служащими для той же цѣли, не стоитъ труда, такъ какъ названные выше удовлетворяютъ всемъ требованіямъ и врядъ ли могутъ быть улучшены.

Затѣмъ, важный инструментъ представляютъ щипцы для кисты. Это большой длинный инструментъ съ зажимающимъ аппаратомъ и 2 круглыми пластинками около 2,5 цтм. въ поперечникѣ для захватыванія стѣнокъ кисты послѣ ея опорожненія. Я предпочитаю щипцы Нироба, съ толстыми пластинками, крестообразно зазубренными на внутренней поверхности, Нелатоновскимъ. Эти послѣдніе имѣютъ на одной пластинкѣ шипы, а на другой соответственныя дыры. При легко разрываемыхъ стѣнкахъ шипы дѣлаютъ ихъ менѣе выгодными, чѣмъ щипцы Нироба.

Эти кистныя щипцы выполняютъ двойную цѣль: во первыхъ, послѣ удаленія троакара они своими широкими пластинками совершенно закрываютъ колотую рану во избѣжаніе дальнѣйшаго истеченія жидкости; затѣмъ они служатъ рукояткой при дальнѣйшемъ извлеченіи опухоли и отдѣленіи с्रो-

шеній. Крассовскій достигаетъ обѣихъ этихъ цѣлей другимъ способомъ: послѣ опорожненія опухоли троакаромъ, онъ вторично прокалываетъ имъ вѣшнюю стѣнку опухоли изнутри къ наружи, въ нѣкоторомъ разстояніи отъ первой точки, перетягиваетъ кисту вѣрнопой нитью ниже троакара и пользуется затѣмъ этимъ послѣднимъ, какъ удобной рукояткой. Этотъ способъ, во всякомъ случаѣ, представляетъ ту невыгоду, что при немъ нельзя въ дальнѣйшемъ теченіи операціи открывать отъ времени до времени проколотую рану и выпускать снова жидкость.

Всего больше изобрѣтательности обнаружили операторы, придумывая новые зажимы для прижатія ножи. Эти зажимы—лампы—должны удерживать ножку передъ брюшными покровами и вмѣстѣ съ тѣмъ препятствовать кровотеченію изъ нея. Первый зажимъ Гётчинсона (рис. 15) былъ устроенъ

Рис. 14.



Щипцы Нелатона для
клетъ яичниковъ.

Рис. 15.



Зажимъ Гётчинсона.

по образцу плотничьяго циркуля. Сп. Уэллсъ, желая достигнуть болѣе равномернаго прижатія ножекъ, устроилъ зажимъ съ параллельными вѣтвями, но впослѣдствіи вернулся къ первоначальной формѣ циркуля и, послѣ многихъ измышленій, какъ, напр., представленное на рис. 16, предложилъ въ 1874 г. форму, изображенную на рис. 17, которую онъ употреблялъ, по крайней мѣрѣ, до недавняго времени. Сжимающіяся части снабжены здѣсь широкими и выемчатыми давящими поверхностями и слегка изогнуты по направленію одна къ другой и по плоскости; зажиманіе производится посредствомъ съемныхъ щипцовъ, позволяющихъ, благодаря своей удобной формѣ, приложить большую силу.

Чтобы достигнуть болѣе совершеннаго прижатія, дѣлали также одну вѣтвь съ желобкомъ, другую—съ соответственнымъ валикомъ. Хегаръ и Каль-

тенбахъ съ успѣхомъ употребляли зажимъ, изображенный на рис. 18, кото-
рому не даетъ скользнуть съ ножки задвижка г. Въ противоположность этимъ
Рис. 16. Рис. 17.



Зажимъ по Сп. Уэллсу.



Зажимъ по Сп. Уэллсу.

инструментамъ, въ зажимахъ Этли, Wilde, Фитча и др. сохраненъ прин-
ципъ параллельныхъ вѣтвей съ двумя винтами.

Рис. 18.

Другаго рода устройство имѣетъ инструментъ Ке-
берле (рис. 19). Благодаря круглой формѣ своихъ вѣт-
вей, онъ сжимаетъ ножку болѣе равномерно, но за то онъ
очень тонокъ и дѣйствуетъ поэтому почти какъ рѣжущій
инструментъ. Способъ дѣйствія его понятенъ изъ ри-
сунка. Очевидные придатки назначены для предохра-
ненія отъ вѣдренія въ брюшные покровы. Самъ изоб-
рѣтатель, впрочемъ, давно уже пересталъ употреблять
этотъ инструментъ.

Зажимомъ можетъ также служить пинцетъ Краси-
скаго, вѣрвѣй и длинный пинцетъ съ задвижкой,
одна изъ вѣтвей котораго снабжена рядомъ тупыхъ руб-
цовъ, помогающихъ фиксировать ножку.

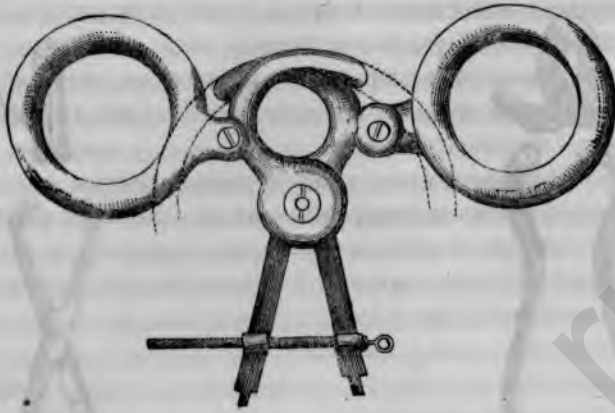
Совершенно другое устройство имѣетъ зажимъ съ
застежкой Graily Hewitt'a. Онъ оставляетъ на виду
брюшную рану и ножку, что и было цѣлью его изоб-
рѣтателя, но дѣйствуетъ совершенно не такъ, какъ
другіе зажимы: онъ не сжимаетъ ножки, а служитъ только средствомъ для
укрѣпленія лигатуръ en masse ножи.



Зажимъ по Хегару и
Кальтенбаху.

Послѣ того какъ Ч. Клэй, въ Манчестерѣ, впервые напалъ на мысль отжигать сращения каленымъ желѣзомъ, Бэкеръ Броунъ началъ примѣнять

Рис. 19.



Зажимъ Кеберле.

этотъ приемъ въ ножкѣ. Онъ усовершенствовалъ зажимъ-отжигатель (Cautery-Clamp)

Рис. 20.



Зажимъ-отжигатель Бэкеръ-Броуна.

Клэй. Инструментъ Бэкеръ Броуна имѣетъ очень широкія сжимающія поверхности, подкладку изъ слоновой кости для защиты брюшныхъ покрововъ отъ дѣйствія жара и на верхней поверхности вертикальный металлическій валикъ, который не даетъ соскользнуть термоаутеру. Спенсеръ Уэллсъ и Сквельдбергъ сдѣлали въ немъ нѣкоторыя улучшения, такъ что видоизмѣненный такимъ образомъ инструментъ есть лучший въ своемъ родѣ. Для вѣрности дѣйствія его въ отношеніи остановки кровотока, имѣетъ особенное значеніе необыкновенная ширина сжимающихъ поверхностей.

Весьма важно имѣть совершенно чистыя губки, вполне освобожденныя отъ песка выколачиваніемъ или вывариваніемъ въ разведенной соляной кислотѣ; онѣ должны передъ каждой операціей пролежать довольно долго въ 50% растворѣ карболовой кислоты. Я не считаю правильнымъ брать для каждой операціи новыя губки, потому что, не смотря на всѣ предосторожности, губки, употребляемыя въ первый разъ, легко могутъ содержать еще небольшія количества песка. Губки необходимо пересчитать и предупредить всѣхъ ассистентовъ, чтобы они не разрывали губокъ.

§ 145. Ассистенты при операціи распредѣляются такимъ образомъ, что одинъ беретъ на себя наркотизированіе, другой, стоя по лѣвую сторону пациентки противъ оператора, непосредственно помогаетъ при операціи. За-

дача этого главного ассистента — при разрывѣ брюшныхъ покрововъ очищать операционное поле, а послѣ вскрытія брюшной полости онъ долженъ, по возможности, предупреждать затеканіе въ нее сперва крови, потомъ содержимаго кисты, отчасти прижимая брюшные покровы къ опухоли, отчасти при помощи губокъ. При отдѣленіи сращеній онъ долженъ отчасти поддерживать свободнымъ доступъ въ брюшную рану, отчасти удерживать снаружи уже извлеченныя части опухоли и обращать особенное вниманіе на отверстіе, сдѣланное при проколѣ. При окончательномъ извлеченіи опухоли задача его — предупредить выпаденіе кишокъ, котораго раньше этого момента рѣдко приходится опасаться при такомъ глубокомъ наркозѣ, какимъ онъ долженъ быть. При отдѣленіи опухоли отъ ножки ассистентъ долженъ держать ее и тщательно снимать губкой кровь, вытекающую при отдѣленіи. Имѣть третьяго ассистента для подаванія инструментовъ удобно, но безусловной надобности въ немъ нѣтъ. Если это возможно, то назначается еще нѣсколько человекъ для вымыванія губокъ и т. п.; мы не говоримъ о тѣхъ двухъ человекѣхъ, которые необходимы при употребленіи спрѣя.

§ 146. Какъ Narcoticum, на европейскомъ континентѣ все еще находится во всеобщемъ употребленіи хлороформъ. Спенсеръ Уэллсъ однако давно уже предпочитаетъ ему двухлористый метилень. Начиная съ своей 229-й оваріотоміи, въ октябрѣ 1867 г., онъ почти постоянно употреблялъ этотъ послѣдній, т. е. почти при 600 оваріотоміяхъ. Онъ хвалитъ это средство въ томъ отношеніи, что оно не такъ легко вызываетъ рвоту какъ хлороформъ и не представляетъ опасности для жизни. Но употребленіе хлористаго метила предполагаетъ употребленіе ингаляціоннаго аппарата, потому что онъ несравненно легче хлороформа и при вдыханіи его черезъ простую маску слишкомъ далеко распространяется по комнатѣ, не наркотизируя въ достаточной степени больную. Трата этого вещества при употребленіи Юнкеровскаго аппарата очень незначительна, по Спенсеръ Уэллсу впродолженіи одной операціи отъ 8 до максимумъ 24 грм. Наркозъ при немъ полный, какъ я имѣлъ случай не разъ убѣдиться при операціяхъ Спенсеръ Уэллса. Полный наркозъ желателенъ; во всякомъ случаѣ, это слѣдуетъ имѣть въ виду, такъ какъ пробужденіе пациентки во время операціи можетъ явиться чрезвычайно сильной помѣхой, на примѣръ, если дѣло идетъ объ остановкѣ кровотеченія, а между тѣмъ ничего нельзя предпринять вслѣдствіе того, что мышцы начинаютъ приходить въ дѣйствіе, и приходится закрыть брюшную рану губами или руками. Глубокий наркозъ служитъ вмѣстѣ съ тѣмъ настоящимъ и вполне достаточнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ выпаденія кишекъ.

§ 147. Величайшую важность имѣютъ антисептическія мѣры. Къ нимъ принадлежатъ: обмываніе рукъ всѣхъ участвующихъ въ операціи 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты, погруженіе всѣхъ инструментовъ въ 2-хъ проц. растворъ, обмываніе кожи живота тѣмъ же растворомъ съ мыломъ; въ случаѣ надобности кожу слѣдуетъ обрить; далѣе, пужно имѣть два аппарата для спрѣя съ 2 проц. хорошо согрѣтымъ растворомъ, употреблять только пропитан-

ный карболованнымъ воскомъ шелеть или же другія, еще лучше дезинфицируемыя вещества (кэтгутъ, silkwoingut, серебрянную проволоку). Матеріалы для лигатуры и швовъ, если они сохранялись не въ карболовомъ маслѣ, должны, непосредственно передъ употребленіемъ ихъ въ дѣло, полежать вмѣстѣ съ иглками въ одномъ растворѣ карболовой кислоты. Близко подъ руками у оператора и главнаго ассистента долженъ находиться сосудъ съ постоянно возобновляемымъ карболовымъ растворомъ, чтобы они могли постоянно вымывать и дезинфицировать свои руки при долго длящихся, неопытныхъ операціяхъ. Само собою разумѣется, что какъ одежда, такъ и вся особа участвующихъ должны исключать всякую возможность септического зараженія больной.

Нѣкоторыя предварительныя замѣчанія къ операціи.

§ 148. Еще недавно придерживались того мнѣнія, что успѣхъ операціи существенно обезпечивается принятіемъ того или другаго метода по отношенію къ отдѣльнымъ актамъ операціи. Въ особенности способу оперирования ножки приписывали вину удачи или неудачи отдѣльныхъ операторовъ. Эта точка зрѣнія была почти всеобща до появленія работы Маріона Симса о дренажированіи при оваріотоміи (1873). Въ настоящее время мы знаемъ съ полною достовѣрностію, что можно достигнуть хорошихъ, даже превосходныхъ результатовъ при самыхъ разнообразныхъ методахъ оперирования какъ ноженъ, такъ и срощеній. Кеберле и Спенсеръ Уэллсъ и теперь еще примѣняютъ въ большинствѣ случаевъ зажимъ, Keith погружаетъ ножку, которую онъ предварительно прижигаетъ вальнымъ желѣзомъ. Нуссбаумъ и многіе другіе погружаютъ ее, наложивъ лигатуру; перевязываютъ: одинъ проволокой, другой—шелетомъ, третій—кэтгутомъ, и при всѣхъ способахъ возможенъ хорошей исходъ. По своей важности для операціи ножки и для операціи срощеній—двухъ пунктовъ, относительно которыхъ операторы существенно расходятся въ мнѣніяхъ—на первомъ планѣ стоитъ точное выполненіе разъ избраннаго метода. Слова Keith'a, что самыя лучшіе результаты получить тотъ, кто сумѣетъ точнѣе разобрать всѣ отдѣльныя случайности и тщательнѣе преодолѣть отдѣльныя затрудненія,—слова эти уже намекаютъ въ болѣе широкомъ смыслѣ на высказанную сейчасъ мысль и никогда не теряютъ своего значенія. Поэтому, спокойствіе и терпѣніе суть главныя, необходимыя для оваріотоміи качества хорошаго оператора, который, разумѣется, не можетъ обойтись какъ безъ точнаго анатомическаго знанія всѣхъ относящихся сюда областей, такъ и безъ быстрой подчасъ рѣшимости, когда дѣло идетъ о томъ, чтобы устранить во что бы то ни стало мгновенную опасность для жизни при угрожающемъ кровотеченіи. Новѣйшія изслѣдованія, впрочемъ, рѣшительно говорятъ за тотъ фактъ, что еще большее значеніе, чѣмъ упомянутая выше отчетливость выполненія операціи, имѣетъ безусловное исключеніе всякой возможности инфекціи. Правда, Уэллсъ и Кеберле и еще многіе другіе давно уже доказали, что и безъ антисептическихъ мѣръ, въ тѣсномъ смыслѣ слова, одною только строжайшей опрятностію, можно въ высокой степени обезпечить

себя противъ этого опаснѣйшаго изъ всѣхъ враговъ. У Кёберле еще въ 1869 г. изъ 20-ти больныхъ, подвергшихся операциі одна за другою, выздоровѣло 19, а Спенсеръ Уэллсъ вылечилъ даже два раза 27 больныхъ сряду, и это безъ спрѣя, безъ антисептическихъ обмываній, безъ Листеровской повязки. Въ виду такихъ фактовъ, сложная возня съ антисептическими предосторожностями можетъ показаться почти излишнею. Но не говоря уже о томъ, что въ большихъ госпиталяхъ при одной, хотя бы самой тщательной, опрятности ни одинъ операторъ, конечно, не достигалъ даже приблизительно подобныхъ результатовъ, таковой успѣхъ и въ частной практикѣ, и въ маленькихъ госпиталяхъ все-таки обусловливается только случайнымъ отсутствіемъ инфекціонныхъ веществъ. Позднѣе самъ Спенсеръ Уэллсъ видѣлъ, какъ погибли семь больныхъ, оперированныхъ одна за другою, частію въ частной практикѣ, частію въ его госпиталѣ. Это была не случайность. При строгомъ антисептическомъ леченіи ни съ однимъ операторомъ не случится ничего подобнаго.

ГЛАВА XXVII.

Общій планъ операциі.

§ 149. Только для простѣйшихъ случаевъ можно дать краткое описаніе послѣдовательныхъ отдѣльныхъ актовъ операциі. По крайней мѣрѣ, въ наиболѣе сложныхъ случаяхъ нѣтъ возможности установить такія правила относительно послѣдовательности дѣйствій, которыя имѣли бы общее значеніе.

Приведя больную въ полный наркозъ, послѣ очищенія и дезинфекціи кожи живота и катетеризациі мочеваго пузыря, приступаютъ къ разрѣзу, начиная его въ средней части *Lineae albae*. Нижний конецъ разрѣза долженъ на 5 цтм. не доходить до *Symph. oss. pub.*, потому что въ этомъ мѣстѣ брюшина уже оставляетъ брюшную стѣнку, чтобы перейти на мочевоі пузырь. Если разрѣзъ проводятъ дальше книзу, то легко возникаютъ нагноенія внѣ брюшины. Длину разрѣза соображаютъ частію съ величиною опухоли, частію съ тѣмъ, разсчитываютъ ли на возможность достаточнаго уменьшенія опухоли при помощи троакара. Только въ случаѣ завѣдомо однополостныхъ въ елиническомъ смыслѣ опухолей можно, въ видѣ исключенія, ограничиться разрѣзомъ длиною отъ 6 до 7 цтм. При многополостныхъ кистамахъ, въ особенности не флутуирующихъ, при очень большихъ опухоляхъ, при которыхъ можно съ увѣренностью ожидать обширныхъ срощеній, слѣдуетъ сразу дѣлать разрѣзъ, длиною въ 10 и до 15 цтм. Очень жирные брюшные покровы, а также плотныя опухоли всегда требуютъ несоразмѣрно длиннаго разрѣза. Въ случаѣ надобности разрѣзъ проводятъ вверхъ выше пупка, обходя этотъ послѣдній слѣва на небольшомъ разстояніи. Нужно съ строжайшей точностью держаться бѣлой

линии, въ особенности при плотныхъ брюшныхъ покровахъ и у нерожавшихъ; поэтому не слѣдуетъ смѣщать кожу въ стороны.

Несмотря на всю осторожность, въ такихъ случаяхъ часто неизбежно вскрывается влагалище одного изъ плотно прилегающихъ другъ къ другу *Mm. gasti*, тогда какъ при явственной грыжѣ бѣлой линіи этого не случается. Быстрыми движеніями ножа разсѣкаютъ отъ руки кожу и *Panniculum adiposum* вплоть до *Linea alba*, гдѣ ножъ встрѣчаетъ болѣе значительное сопротивленіе. Къ поверхности разрѣза прижимаютъ на короткое время губку и смотрятъ, не кровоточатъ ли еще сосуды, которые слѣдуетъ зажать торзіоннымъ пинцетомъ. Почти всегда попадаютъ только вены. Иногда бываетъ нужно довольно много зажимовъ, въ особенности при обилии жирной влѣтчатки и при отекабрюшныхъ покрововъ. Когда кровотеченіе совершенно остановлено, но не раньше, разрѣзаютъ сухожильную, плотную *Lineam albam*, обнаживъ ее предварительно еще болѣе, если это нужно, легкими скользящими движеніями скальпеля въ обѣ стороны. Если, не смотря на эту мѣру, всетаки попадаютъ на влагалище мышцы и вскрываютъ его, то при боковомъ смѣщеніи сдѣланной щели обыкновенно удается быстро различить, гдѣ лежитъ край мышцы, и тогда дѣлаютъ на настоящемъ мѣстѣ второй разрѣзъ параллельно первому.

На днѣ разрѣза бѣлой линіи довольно часто явственно обозначается поперечный ходъ волоконъ блестящей, свѣтлой *Fascia transversa*. За нею слѣдуетъ еще легче различаемый подбрюшинный слой соединительной ткани, который рѣдко просматривается, благодаря присутствію въ немъ комочковъ жира. Въ иныхъ случаяхъ этотъ слой бываетъ необыкновенно богатъ жиромъ, такъ что можно принять его за сальникъ. Если *Lamina subperitonealis* вообще выражена ясно, то очень хорошо удается обнажить брюшину на значительномъ пространствѣ, не вскрывая ея. Затѣмъ еще разъ останавливаютъ всякое кровотеченіе, послѣ чего вскрываютъ брюшину, приподнявъ ее въ складку посредствомъ маленькаго крючка или пинцета. Разрѣзъ расширяютъ по направленію вверху и книзу на протяженіи разрѣза, сдѣланнаго въ кожѣ, разсѣкая всѣ ткани по желобоватому зонду или удобнѣе по пальцу.

Въ большинствѣ случаевъ, по окончаніи разрѣза брюшныхъ покрововъ, опухоль лежитъ на виду, и, по ея блестящей бѣлой, поверхности, сразу можно узнать, что это яичникъ. Обращаютъ вниманіе на движенія, которыя она дѣлаетъ соотвѣтственно дыхательнымъ движеніямъ. Явственныя эскурсии ея несомнѣнно свидѣлствуютъ объ отсутствіи распространенныхъ пристѣночныхъ сращеній. Во всякомъ случаѣ, изслѣдуютъ однимъ или двумя пальцами по всей окружности брюшной раны, нѣтъ ли пристѣночныхъ сращеній и, если они существуютъ, отдѣляютъ ихъ, насколько это можно сдѣлать, 2 или 4-мя пальцами. Сращенія съ сальникомъ, если ихъ можно опунать уже теперь, оставляютъ пока нетронутыми.

Если опухоль пригодна для прокола, то его дѣлаютъ теперь въ мѣстѣ, по возможности, соотвѣтствующемъ главной или, по крайней мѣрѣ, крупной вѣтвѣ и явственно флукуирующемъ. Избѣгая всѣ видимые сосуды на стѣнкѣ кисты, вкалываютъ въ нее съ силою оваріотомической троакарь. Въ благоприятномъ случаѣ содержимое тотчасъ начинаетъ вытекать черезъ каучу-

вовую трубку, пока операторъ вынимаетъ остріе инструмента. Когда нѣкоторое количество его вытекло и киста нѣсколько спалась, тогда удаётся захватить стѣнку ея пальцами и надвинуть ее на троакаръ настолько, чтобы лапы его могли захватить ее. При этомъ операторъ захватываетъ стѣнку кисты лѣвою рукою сверху, а ассистентъ, также лѣвою, снизу, образуя каждый по складкѣ.

Во время истеченія жидкости, при однокамерныхъ кистахъ и отсутствіи паріетальныхъ сросненій, можно постепенно вытягивать кисту вмѣстѣ съ троакаромъ, такъ что, въ самыхъ благоприятныхъ случаяхъ, она наконецъ выходитъ вся наружу, и ножка лежитъ въ брюшной раяѣ. Тогда немедленно приступаютъ къ приготовленію и отдѣленію ножки.

Въ большинствѣ случаевъ полному выхожденію опухоли мѣшаютъ или сросненія, или другія еще непорожненныя кисты. Чтобы отыскать и отдѣлить сросненія входятъ двумя пальцами или половиной руки, предварительно вновь дезинфицированной, между опухолью и брюшными покровами и отдѣляютъ всѣ пристѣночныя сросненія, поскольку это можно сдѣлать безъ большаго насилія, фиксируя въ тоже время опухоль по направленію къ наружи. Для этой цѣли, опорожнивъ проволокою кисту, удаляютъ сперва троакаръ и зажимаютъ отверстие сперва пальцами, а потомъ Нироповскими или Нелатоновскими пинцетами. Если удаётся отдѣлить всѣ пристѣночныя сросненія, и опухоль уступаетъ послѣ того потягиванію, то слѣдуетъ обратить вниманіе, не вызвало ли отдѣленіе сросненій сколько нибудь значительнаго кровотеченія. Если оно существуетъ, то выворачиваютъ, насколько это возможно, брюшныя покровы, чтобы отыскать источникъ кровотеченія и остановить его. Если при отдѣленіи замѣчается лишь незначительное кровотеченіе, то продолжаютъ заниматься самою опухолью.

Сросненія съ сальникомъ, которыя при дальнѣйшемъ извлеченіи опухоли встрѣчаются необыкновенно часто, отдѣляютъ не ощупью позади брюшныхъ покрововъ, а передъ раной, потому что они рѣдко обуславливаютъ значительное кровотеченіе. Если они необширны и повидиму небогаты сосудами, то ихъ отдѣляютъ безъ дальнѣйшихъ предосторожностей, придерживая впрочемъ снизу губку; отдѣленіе производится потемъ, медленно продвигая верхушку пальца по самой опухоли, подъ сальникомъ. Если эти сросненія обширны или богаты сосудами, то къ отдѣленію можно приступать, лишь перевязавъ сальникъ выше сросненій, или защитивъ его проволоочною петлею. Если уже теперь рѣшаютъ отнять часть сальника, то слѣдуетъ перевязать его или зажать эвразеромъ также со стороны опухоли и затѣмъ перерѣзать между обѣими лигатурами.

Если послѣ отдѣленія сросненій, или при отсутствіи таковыхъ, опухоль всетаки не вся выходитъ вслѣдствіе того, что имѣются еще другія крупныя кисты, то нужно уменьшить ее еще болѣе. Это рѣдко удаётся сдѣлать, погружая находящійся еще въ опухоли троакаръ или вновь введенный меньшій въ другія кисты черезъ отверстие, сдѣланное при первомъ проколѣ. Если опухоль уже не очень велика, то такое вкалываніе инструмента въ глубину не лишено опасности. Кромѣ того, при этомъ способѣ часто попадають только въ маленькія кисты, опорожненіе которыхъ не оказываетъ никакого эффекта. По-

этому совѣтуютъ обыкновенно расширить скальпелемъ отверстіе, сдѣланное при проколѣ первой вѣсты, такъ чтобы можно было войти въ нее рукою. Затѣмъ отыскиваютъ крупныя выпуклости со стороны первой вѣсты, прорываютъ рукою промежуточныя стѣнки и выпускаютъ содержимое черезъ прорѣзанную рану.

Если препятствіе со стороны все еще слишкомъ большаго объема опухоли преодолѣно, то извлеченіе ея, въ большинствѣ случаевъ, не встрѣчаетъ больше затрудненій, такъ какъ срощенія съ тазомъ или съ такими органами, которые могли бы фиксировать вѣсту, встрѣчаются рѣдко, а срощенія съ кишечникомъ только увлекаютъ петли кишекъ вслѣдъ за опухолью.

§ 150. Если ножка лежитъ свободно въ брюшной ранѣ, то опухоль по-мѣщаютъ или удерживаютъ въ такомъ положеніи, при которомъ ножка не подверглась бы дерганію; если брюшная полость вблизи раны видимо запачкана кровью или содержимымъ вѣсты, то ее поверхностно очищаютъ и приступаютъ къ изслѣдованію ножки. Если эта послѣдняя содержитъ только нормальныя образованія, Ligam. ovarii и трубу, а также широкую связку, то не представляется больше никакихъ препятствій для отдѣленія опухоли. Теперь нужно рѣшить вопросъ о способѣ операціи ножки. Обыкновенно выбираютъ или отнятіе съ помощью зажима и погруженіе послѣ предварительной перевязки, или приступаютъ къ каутеризаціи.

При операціи съ зажимомъ его сразу накладываютъ на то мѣсто, гдѣ онъ долженъ оставаться. Его накладываютъ какъ можно ближе къ опухоли, но на нѣкоторомъ разстояніи, такъ чтобы можно было отдѣлить опухоль, не надрѣзая ея. Инструментъ зажимаютъ и завинчиваютъ какъ можно крѣпче и перерѣзаютъ ножку ножомъ приблизительно на разстояніи $\frac{1}{2}$ цтм. впереди зажима. Въ этотъ моментъ ассистентъ долженъ держать снизу губку и отирать вытекающую изъ опухоли кровь.

Если хотять и перевязать и погрузить ножку, то рекомендую поступать при этомъ слѣдующимъ образомъ: если ножка не слишкомъ толста, то ее вкладываютъ въ петлю проволочнаго эвразера и умѣренно затягиваютъ эту послѣднюю, такъ чтобы она не вѣзлась. Если ножка коротка и можно опасаться, что петля соскользнетъ, если эвразеръ лежитъ неплотно, въ такомъ случаѣ умѣстно наложить вокругъ ножки, подъ эвразеромъ, со стороны ея центрального конца, лигатуру изъ крѣпкаго шелка, чтобы пользоваться ею какъ надежной рукояткой. Если ножка достаточно длинна, то ассистентъ можетъ, захвативъ ее ниже эвразера, помѣщать соскальзыванію, а также немедленно зажать ее въ случаѣ, еслибы произошло кровотеченіе.

Если впереди эвразера, между нимъ и опухолью, есть еще достаточно мѣста для наложенія второй проволочной петли или крѣпкой лигатуры, то это слѣдуетъ сдѣлать, чтобы не получить при перерѣзѣ ножки кровотечения изъ опухоли. Ножку отдѣляютъ быстрыми движеніями ножа и на достаточномъ разстояніи отъ эвразера, т. е. приблизительно на 1,5 цтм. впереди петли, а при толстыхъ ножкахъ даже на 2 до 2,5 цтм. Если ножка слишкомъ коротка, то приходится отдѣлить ее въ самой опухолью.

Затѣмъ ножку перевязываютъ кѣгутумъ, и именно двойною струной № 3. Хорошо, впрочемъ, сдѣлать промежутокъ, по крайней мѣрѣ, въ нѣсколько минутъ, между перевязкой и зажатіемъ экразера на маточномъ концѣ ножки, чтобы успѣлъ образоваться довольно явственный желобокъ отъ прижатія проволокой. Лигатура изъ кѣгута затягивается сначала слегка узломъ, потомъ расслабляется и снимается петля экразера, для того чтобы кѣгутъ тотчасъ же легъ въ желобокъ, проложенный проволокой. Лигатуру затягиваютъ чрезвычайно крѣпко, дѣлая руками дрожательныя движенія въ обѣ стороны, чтобы лучше преодолѣть треніе жесткой нити кѣгута, и на первый узелъ накладываютъ еще два другихъ. При очень толстой ножкѣ перевязываютъ ее, раздѣливъ пополамъ, такъ что на каждую изъ двухъ лигатуръ приходится половина желобка, сдѣланнаго проволокой; или же въ желобокъ вкладываютъ одну общую лигатуру и, кромѣ того, перевязываютъ впереди или позади нея обѣ половины ножки отдѣльно. Сосуды, видимые на поверхности разрѣза, по крайней мѣрѣ, артерій и большія вены, перевязываютъ кѣгутумъ отдѣльно.

Отжиганіе ножки производится слѣдующимъ образомъ: накладываютъ зажимъ-отжигатель и зажимаютъ ножку, какъ можно крѣпче, затѣмъ отдѣляютъ ее ножомъ на нѣкоторомъ разстояніи впереди инструмента. Послѣ этого медленно и постепенно отжигается выстояшій остатокъ ткани, толщиною около полцм. Медленное отжиганіе имѣетъ, повидимому, дѣйствительно большое значеніе, по всей вѣроятности потому, что при этомъ нагрѣвается болѣе или менѣе весь зажимъ и такимъ образомъ ножка подвергается на большомъ разстояніи дѣйствію жара. Быть можетъ это обстоятельство существеннымъ образомъ содѣйствуетъ свертыванію крови въ сосудахъ. Ткань на верхней сторонѣ зажима отжигается такъ совершенно, что между вѣтвями инструмента остается видимою только линейная полоска обугленной ткани.

Передъ удаленіемъ зажима ножку захватываютъ пониже инструмента двумя пинцетами, избѣгая при этомъ дерганья. На случай кровотеченія подъ зажимомъ держать губки, затѣмъ съ величайшей осторожностью раскрываютъ его. Если кровотеченія нѣтъ, то ножку выпускаютъ и она падаетъ назадъ въ брюшную полость. Послѣ этого уже избѣгаютъ новаго прикосновенія къ ней и дерганія; поэтому въ подобныхъ случаяхъ умѣстно сдѣлать заранѣе очищеніе (туалетъ) брюшины въ главныхъ чертахъ.

Если послѣ снятія зажима происходитъ кровотеченіе изъ отдѣльнаго сосуда, то Keith обкалываетъ его на нѣкоторомъ разстояніи отъ струпа въ центральномъ направленіи. Если кровотеченіе обильно и источникъ его нельзя распознать немедленно, то прежде всего снова замыкаютъ зажимъ, если онъ еще не снятъ, или, если онъ уже удаленъ, зажимаютъ ножку пальцами и рѣшаютъ, слѣдуетъ ли прибѣгать къ другому способу леченія ножки, — что вообще составляетъ наиболѣе рациональную мѣру.

Остальные способы операціи ножки, весьма многочисленные и составляющіе, болѣею частію, видоизмѣненія описанныхъ сейчасъ трехъ главныхъ методовъ, будутъ рассмотрѣны при детальномъ изложеніи техники операціи.

Покончивъ съ ножкой, нужно удостовѣриться, въ какомъ состояніи находится второй яичникъ. Его легко находятъ, скользя пальцемъ отъ

ножки опухоли къ маткѣ и отъ дна ея вдоль широкой связки другой стороны, у задней стѣнки которой вскорѣ встрѣчаютъ яичникъ. Если онъ оказывается не увеличеннымъ, плотнымъ и на немъ прощупываются рубцы, то его не обнажаютъ. Въ противномъ случаѣ слѣдуетъ вытащить его изъ глубины и, въ случаѣ надобности, экстирпировать. При отжиганіи ножки слѣдуетъ произвести изслѣдованіе втораго яичника прежде чѣмъ зажимъ будетъ снятъ.

За этимъ актомъ слѣдуетъ очищеніе полости брюшины, такъ назыв. туалетъ брюшины. Если операція протекла безусловно опятно, т. е. въ брюшную полость навѣрное не попало ни содержимаго кисты, ни крови, то туалетъ брюшины исключается, и въ такихъ случаяхъ возможно, что, при малой величинѣ разрыва брюшныхъ покрововъ, въ теченіи всей операціи не придется увидеть ни одной кишечной петли. Но такіе случаи всегда составляютъ большую рѣдкость. По большей части въ брюшную полость затекаетъ хоть немного крови, и тогда очищаютъ по крайней мѣрѣ области ближайшія къ разрыву. Если пришлось отдѣлять много сросеній, тѣмъ болѣе въ глубинѣ, если содержимое кисты излилось въ брюшную полость, то признается необходимымъ основательное очищеніе этой полости и въ особенности также Дугласова пространства, гдѣ всегда скопляется главная масса жидкостей, если операція продолжается долго. Очищеніе производится губками при помощи губкодержателей; ихъ вводятъ въ глубину, щадя при этомъ по возможности кишечныя петли, до тѣхъ поръ, пока онѣ не будутъ выниматься оттуда почти чистыми. При этомъ нужно обращать особенное вниманіе на то, чтобы не слишкомъ перепутывать губками кишечныя петли, чтобы не вызвать внутренняго ущемленія. Само собою разумѣется, что вынутыя губки каждый разъ вымываются въ дезинфицирующемъ растворѣ. Туалетъ брюшины въ трудныхъ случаяхъ можетъ продолжаться полчаса, не гарантируя въ концѣ концовъ противъ того, что между петлями кишекъ не останутся кровяные сгустки или массы вязкаго содержимаго кисты. Тамъ, гдѣ существовали большія опухоли съ распространенными паріетальными сросеніями, нужно подвергнуть тщательному осмотру также и верхній отдѣлъ брюшной полости; въ другихъ же случаяхъ обратить особенное вниманіе на *excavatio vesico-uterina*, если она растянута и углублена.

Дренажированіе черезъ *excavatio recto-uterina* необыкновенно сокращаетъ туалетъ брюшины, такъ какъ оно сразу даетъ стокъ всѣмъ массамъ жидкости. Производство операціи подъ спрѣемъ и антисептическое послѣдовательное леченіе дѣлаетъ излишнимъ такое кропотливое очищеніе полости брюшины, какое требуется при отсутствіи этихъ предосторожностей, и потому также сокращаетъ довольно существеннымъ образомъ эту часть операціи.

За очищеніемъ брюшной полости слѣдуетъ зашиваніе раны. При леченіи съ помощью зажима нижній уголъ раны остается открытымъ; при дренажированіи черезъ Дугласово пространство, или просто снаружн, также оставляется отверстіе для дренажа. Въ другихъ же случаяхъ закрывается вся рана. Передъ началомъ зашиванія подъ брюшную рану на кишку вкладается, по Сп. Уэллсу, плоская, совершенно чистая губка для собиранія крови изъ каналовъ, проколотыхъ иглою. Такъ какъ количество этой крови часто бываетъ

весьма значительно и его никогда нельзя рассчитать заранее, то эта мѣра въ высшей степени цѣлесообразна и ее безусловно слѣдуетъ рекомендовать въ каждомъ случаѣ. Самый шовъ накладывается различными операторами весьма различно и различнымъ матеріаломъ (шелкъ, серебрянная проволока, кѣтгутъ). Большинство операторовъ накладываютъ простой узловатый шовъ и захватываютъ въ него брюшину. Затѣмъ, рекомендуется снабжать каждую нитеу двумя иглами и прокалывать край раны всегда изнутри внаружи, потому что такимъ образомъ легче прободается кожа. Всего умѣстнѣе употреблять при этомъ прямыя трехгранныя иглы и удобный иглодержатель Сп. Уэллса. Кѣберле употребляетъ обвивной шовъ и не захватываетъ въ него брюшины. Обвивной шовъ, употребляемый также Гуссеровымъ и мною, дѣйствительно представляетъ выгоды въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ. Когда всѣ глубокіе швы наложены, губку удаляютъ и закрѣпляютъ швы. Въ заключеніе накладываютъ столько поверхностныхъ швовъ, сколько нужно для правильнаго соприкосновенія краевъ кожи. Укрѣплять шовъ полосками липкаго пластыря излишне.

Обмывъ больную снаружи, приступаютъ затѣмъ къ наложенію повязки. Накладываютъ или антисептическую повязку по общимъ правиламъ, какъ будетъ описано ниже, или простую повязку, которая должна служить извѣстной защитой для раны и вмѣстѣ съ тѣмъ производить давленіе на животъ для предупрежденія послѣдовательныхъ кровотеченій. Въ послѣднемъ случаѣ для перевязки достаточно ваты или полотна и полотняныхъ компрессовъ и полотняныхъ или фланелевыхъ бинтовъ. До правильнаго примѣненія антисептическихъ повязокъ, я часто обходился безъ всякаго перевязочнаго матеріала, или только покрывалъ рану компрессомъ изъ ваты, смоченнымъ карболовымъ масломъ.

Наконецъ, одѣвъ больную, если нужно, въ сухое бѣлье, ее переносятъ на кровать и заботятся о доставленіи ей покоя.

Детали операціи.

ГЛАВА XXVIII.

Разрѣзь черезъ брюшные покровы.

§ 151. Описанные нами отдѣльные акты операціи подвергаются многимъ видоизмѣненіямъ, отчасти смотря по свойству случая; отчасти въ зависимости отъ собственнаго метода отдѣльныхъ операторовъ. Они требуютъ поэтому болѣе подробнаго разсмотрѣнія.

Разрѣзь черезъ брюшные покровы при первой операціи Мѣ. Доуэлла былъ проведенъ на 3 дюйма влево отъ Linea alba, параллельно этой линіи. Но уже при третьей операціи Мѣ. Доуэлла сдѣлалъ разрѣзь по бѣлой

линии, и по всей вероятности держался ея и при всѣхъ послѣдующихъ своихъ операціяхъ. Огромное большинство операторовъ слѣдовали его примѣру, но были и исключенія: Мерсе вель разрѣзъ отъ нижнихъ реберъ къ наружному краю *M. pecti*. Дорсе дѣлалъ поперечный разрѣзъ съ лѣвой стороны, къ которому примыкалъ другой, вертикальный. Также поступалъ Р. К. Кингъ. Бюрингъ вель разрѣзъ вправо отъ ложныхъ реберъ въ *crista o. ilei*; Гаартманъ—параллельно *Ligam Poupartii*. Теперь всѣ эти направленія разрѣзовъ оставлены, надо думать, навсегда. Сп. Уэллсъ и большинство операторовъ дѣлаютъ разрѣзъ не иначе какъ по бѣлой линии. Не говоря уже о болѣе сильномъ кровоточеніи, никакого бокового разрѣза нельзя рекомендовать уже потому, что діагнозъ право—или лѣвосторонности опухоли въ большинствѣ случаевъ не можетъ быть точенъ и въ случаѣ ошибки менѣе удобно производить манипуляціи на ножеѣ, если разрѣзъ отдаленъ отъ средней линии. (Изъ нынѣ живущихъ операторовъ извѣстенъ только Гораціо Штореръ, какъ составляющей исключеніе. Онъ дѣлаетъ разрѣзъ параллельно бѣлой линіи въ *M. pectus*, потому что полагаетъ, что отъ этого получается болѣе прочный рубецъ).

При вторичной лапоротоміи у одной и той же женщины совѣтуютъ, на основаніи существующихъ до нынѣ опытовъ, дѣлать разрѣзъ не въ старомъ рубцѣ, а параллельно ему, на нѣкоторомъ разстояніи. Сп. Уэллсъ въ первомъ своемъ случаѣ этого рода сдѣлалъ разрѣзъ на $\frac{3}{4}$ " влѣво отъ прежняго, тонкаго рубца. Послѣ удаленія 3-хъ швовъ, на 3 день, часть раны разошлась и произошло выпаденіе кишечныхъ петель. Большая умерла. Впослѣдствіи онъ дѣлалъ разрѣзъ также сбоку. Если старый рубецъ довольно толстъ, то противъ разрѣза его можно возразить немного. Пришлось бы однако оставить швы на мѣстѣ дольше обмывеннаго. Нужно также вскрывать брюшину въ старомъ рубцѣ съ особенной осторожностью, такъ какъ въ ней могутъ быть приращены кишечныя петли, что и было найдено Caswell'емъ (Peaslee стр. 363) въ одномъ подобномъ случаѣ.

Длина разрѣза. И по этому пункту въ настоящее время не существуетъ, по крайней мѣрѣ такихъ принципиальныхъ, несогласій, какъ прежде. Такъ назыв. большой разрѣзъ въ старомъ смыслѣ совершенно оставленъ. Дорсе сдѣлалъ разрѣзъ длиною въ 14 дюймовъ, У. Этли однажды (1849) въ 17 дюймовъ. Мв. Доуэлль, по крайней мѣрѣ въ одномъ случаѣ; позднѣе Кризмаръ, въ 3 случаяхъ, а также Lizars и особенно часто Ч. Клэй разрѣзывали отъ *Symph. o. p.* до *Sternum*. Въ настоящее время знаютъ, что въ разрѣзахъ такой длины почти никогда не бываетъ надобности, даже въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ, и разрѣзаютъ не дальше, чѣмъ насколько считаютъ нужнымъ для извлеченія опухоли. Но съ другой стороны, если случай не принадлежитъ къ самымъ простѣйшимъ, то слишкомъ малый разрѣзъ мѣшаетъ распознаванію и устраненію затрудненій. Хотя статистика неоспоримо доказываетъ, что операціи съ большимъ разрѣзомъ даютъ въ среднемъ выводѣ большую смертность, чѣмъ при маломъ отверстіи, тѣмъ не менѣе было бы несправедливо приписывать существенную причину этой разницы длинѣ разрѣза. Большая длина разрѣза и большая смертность обуславливаются одновременно

трудными условиями операции. Можно принять за вѣрное, что увеличеніе разрѣза на 5 до 8 цтм. не вліяетъ замѣтнымъ образомъ на успѣхъ операции, поэтому не слѣдуетъ колебаться передъ расширеніемъ его даже за предѣлы пупка, если это желательно, по причинѣ распространенныхъ или трудно доступныхъ сращеній, или для уясненія какихъ либо темныхъ моментовъ. Зачастую незначительное расширеніе разрѣза быстро выясняетъ дѣло и даетъ возможность устранить существующія препятствія. Часто получается большой выигрышь во времени и—что гораздо важнѣе—въ отчетливости и вѣрности операции.

Если желаетъ, чтобы во всѣхъ случаяхъ вскрывали брюшину сначала только на 1—1½" и затѣмъ констатировали болѣе точнымъ изслѣдованіемъ, не нужно ли ограничиться однимъ пробнымъ разрѣзомъ. Онъ дѣлаетъ это съ помощью мужскаго металлическаго катетера. Инструментъ обводится по окружности раны, подъ брюшными покровами, и можетъ констатировать присутствіе паріетальныхъ сращеній; иногда его можно обвести также снизу, подъ опухолью и такимъ образомъ доказать, что въ данномъ случаѣ существуетъ опухоль не печени, а можетъ быть печени или почки.

Остановка кровотечения изъ брюшныхъ покрововъ обыкновенно не представляетъ никакихъ затрудненій. Только при сильномъ отежѣ зіяющіе просвѣты венъ кровоточатъ обыкновенно нѣсколько дольше; могутъ также кровоточить немного дольше артеріальные сосуды надрѣзанныхъ прямыхъ мышцъ. Въ исключительныхъ случаяхъ для брюшныхъ покрововъ можетъ потребоваться 8—10 пинцетовъ; но большую часть ихъ скорѣ можно бываетъ удалить.

Kimball (Bost. med. J. Sept. 17. 1868) въ одномъ случаѣ не могъ остановить капиллярнаго кровотечения изъ брюшныхъ покрововъ и принужденъ былъ, зашивая рану, отвернуть брюшные покровы кнаружи и соединить ихъ ниже поверхности раны, по поверхности брюшины.

Въ области пупка, въ особенности когда прорѣзано пупочное кольцо, можетъ случиться, что надрѣзана будетъ крупная вена, или даже выше пупка незаросшая *vena umbilicalis*. Ее слѣдуетъ перевязать.

§ 152. Весьма важно точно попасть на бѣлую линію и не вскрыть влагалище прямой мышцы. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ этого часто бываютъ нагноенія. Если вести ножъ по пигментированной линіи на кожѣ, строго придерживаясь ея, то часто удастся попасть въ промежутокъ между внутренними краями мышцъ, даже если этотъ промежутокъ очень узокъ. Если же влагалище всетаки вскрыто и при боковомъ смѣщеніи его не удастся распознать, лежитъ ли бѣлая линія вправо или влево отъ разрѣза, то вопросъ этотъ можно рѣшить при помощи тонкаго зонда, введеннаго во влагалище мышцы. Выяснивъ себѣ положеніе, дѣлають разрѣзъ соотвѣтственно бѣлой линіи, не обращая уже вниманія на разрѣзъ мышечнаго влагалища.

Продолжая разрѣзъ далѣе, мы не всегда можемъ распознать въ отдѣльности *Fasciam transversam* по ходу ея волоконъ. Зато послѣ перерѣзки ея почти всегда удастся явственно различить жирную *Laminam graeritonealem*. Изрѣдка, при необыкновенномъ обиліи жира, она симулируетъ сальникъ. Легче сдѣлать

обратный промахъ, т. е. незамѣтно прорѣзать брюшину и принять въ первый моментъ подлежащій салъникъ за подбрюшинную вѣтчатку, пока толщина жирнаго слоя, величина отдѣльныхъ комковъ жира и обиліе сосудовъ не укажутъ на ошибку.

Если существуетъ значительный асцитъ, и жидкость скопилась передъ опухолью, то въ большинствѣ случаевъ она выпячиваетъ брюшину, какъ только эта послѣдняя будетъ обнажена. Это можетъ подать поводъ къ той ошибкѣ, что, полагая будто передъ глазами находится самая киста, пускаютъ въ ходъ троакаръ для опороженія ея. Никакого несчастья въ этомъ нѣтъ. Но было бы плохо, еслибъ, полагая что имѣютъ передъ собою кисту, сращенную сплошь, отдѣлили на большомъ протяженіи брюшину отъ брюшныхъ покрововъ. Кто уже видѣлъ нѣсколько разъ вытягиваніе брюшины асцитической жидкостью, тотъ ошибется не легко, потому что брюшина обыкновенно тоньше, темнѣе и богаче сосудами, чѣмъ стѣнка кисты, а главное потому, что сращенная по всей окружности стѣнка кисты не такъ значительно выпячивается въ рану. Всего вѣрнѣе обезпечиваетъ противъ ошибки ясно и легко различаемая, въ большинствѣ случаевъ, жирная *Lamina praepéritonealis*, на которую поэтому всегда слѣдуетъ обращать особенное вниманіе.

Гоукинсъ (*Lond. med. Gaz. Oct. 23. 1846. стр. 739*) обращаетъ вниманіе на слѣдующее обстоятельство: если ассистентъ сильно сжимаетъ животъ съ боковъ, то брюшина образуетъ складки и можетъ быть принята вслѣдствіе этого за стѣнку кисты.

Если распознаваніе сдѣлано правильно, то разрѣзаютъ брюшину и выпускаютъ асцитическую жидкость. Пизли предлагаетъ выпускать при существующемъ асцитѣ только часть жидкости, послѣ чего ассистентъ долженъ вдавить опухоль въ рану и такимъ образомъ зажать ее. Оставшаяся жидкость должна служить нѣкоторой защитой для кишекъ отъ загрязненія. Идея эта, безъ сомнѣнія, вѣрна, но ее очень трудно осуществить на практикѣ. Опухоль всетаки не вполне замыкаетъ рану, тѣмъ болѣе въ осложненныхъ случаяхъ, и постоянно вытекающая водяночная жидкость мѣшаетъ обзорѣванію операціоннаго поля и затрудняетъ распознаваніе кровотеченій. Поэтому безусловно слѣдуетъ предпочитать, по возможности, полное выведеніе жидкости при *Hydrops peritonei*, и тогда только приступать къ какому бы то ни было манипуляціямъ съ опухолью. Притомъ въ настоящее время, благодаря антисептическимъ мѣрамъ, загрязненіе брюшной полости далеко не имѣетъ такого значенія, какъ прежде.

При расширеніи разрѣза послѣ вскрытія брюшины съ осторожнымъ операторомъ рѣдко можетъ случиться какое либо несчастье. Случается однако, что между опухолью и брюшными покровами лежатъ кишки, которыя могутъ подвергнуться раненію. Въ самомъ дѣлѣ, Пизли видѣлъ такое поврежденіе, а *Cristopher Heath* сообщаетъ объ одномъ печальномъ случаѣ, гдѣ при расширеніи разрѣза ножницами была прорѣзана на $\frac{3}{4}$ своей периферіи кишечная петля, лежавшая передъ опухолью. Больная выздоровѣла, но у нее осталась кишечная фистула.

ГЛАВА XXIX.

Манипуляціи при срощеніяхъ.

§ 153. Относительно срощеній существуетъ до сихъ поръ вообще основное правило — отдѣлять паріетальныя до опорожненія опухоли ощупью, а остальные, по возможности, съ помощью зрѣнія. Что касается пристѣночныхъ (паріетальныхъ) срощеній, то ихъ, повидимому, дѣйствительно гораздо легче отдѣлять въ то время, когда опухоль еще полна, продвигая качательными движеніями плоскости руки, обращенной ладонью къ опухоли, между опухолью и брюшными покровами, и производя отдѣленіе кончиками пальцевъ и локтевымъ краемъ ладони. Въ прежнее время я также отдѣлялъ опухоль отъ брюшныхъ покрововъ, насколько это было возможно, до ея опорожненія. Но этотъ приемъ имѣетъ также свои темныя стороны. При обильномъ содержаніи сосудовъ въ срощеніяхъ происходятъ кровотечения, источники которыхъ также трудно распознать, когда опухоль еще туго напряжена, какъ мудрено справиться съ ними при такихъ условіяхъ. Мнѣ случалось разрывать ощупью вены, расширенныя до огромныхъ размѣровъ, какія встрѣчаются иногда въ этихъ срощеніяхъ, и не было возможности остановить кровотеченіе, не опорожнивъ сначала отчасти кисту. Кроме того, продолжая отдѣленіе распространенныхъ срощеній до послѣдней возможности, часто доходятъ до свободной точки на поверхности опухоли и приводятъ такимъ образомъ кровоточащую поверхность въ соединеніе съ брюшною полостью, т. е. безъ нужды загрязняютъ эту послѣднюю.

Наконецъ, при отдѣленіи срощеній нерѣдко случается, что наружная стѣнка опухоли прорывается въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, что ведетъ къ дальнѣйшему, неизбѣжному загрязненію брюшной полости содержимымъ кисты. Если этой случайности нельзя предупредить навѣрное и послѣ частичнаго опорожненія кисты, то всетаки она наступаетъ тогда, большею частью, въ болѣе ограниченныхъ размѣрахъ, потому что разрывающіяся полости или уже прорвались внутрь, или ихъ можно прорвать, или же содержимое изливается теперь хоть отчасти черезъ разрѣзъ наружу.

По этимъ причинамъ, въ особенности изъ за кровотечения, при распространенномъ срощеніи съ брюшною стѣнкой благоразумно отдѣлить ее сначала лишь на ограниченномъ протяженіи, приблизительно настолько, насколько можно это сдѣлать, введя 4 пальца, приступить затѣмъ, по крайней мѣрѣ, къ частичному опорожненію опухоли, а потомъ продолжать то отдѣленіе паріетальныхъ срощеній, то дальнѣйшее опорожненіе кисты, смотря потому, которое изъ этихъ двухъ препятствій будетъ больше мѣшать извлеченію опухоли при дальнѣйшемъ ходѣ дѣла. При всякомъ болѣе сильномъ кровотеченіи, наступающемъ при отдѣленіи срощеній, должно немедленно изслѣдовать его источникъ, вывернувъ или приподнявъ брюшныя покровы, и дѣйствовать, смотря по надобности.

Предположеніе, будго послѣ частичнаго опорожненія опухоли отдѣленіе

срощеній идетъ плохо, основано, впрочемъ, главнымъ образомъ на предвзятомъ мнѣнїи. Если кистовой мѣшокъ достаточно напряженъ посредствомъ сильнаго натяженія, то отдѣленіе срощеній рукою совершается также легко и лишь немного медленнѣе. Отдѣленіе при этомъ производится главнымъ образомъ кончиками пальцевъ.

Сила, нужная для отдѣленія срощеній какъ до, такъ и послѣ опорожненія опухоли, крайне различна, и также неодинаковы возникающія при этомъ кровотеченія. Есть случаи, когда только при значительномъ усиленіи удается справиться съ отдѣленіемъ. Въ большинствѣ случаевъ срощенія бываютъ плоскостныя, непрерывныя; въ другихъ они представляются въ видѣ дужинъ и сотенъ шнурковъ, сухожильныхъ и необыкновенно плотныхъ, которые приходится разрывать. Совѣтовали употреблять ножи изъ слоновой кости вмѣсто ружья для безкровнаго отдѣленія, но этотъ способъ не представляетъ никакихъ выгодъ. Нѣкоторыя части не уступаютъ туному орудію и приходится иногда прибѣгнуть къ ножу. При этомъ можетъ быть тогда полезно оставлять маленькіе кусочки кистовой стѣнки на брюшныхъ покровахъ.

Пеанъ (см. *Urdy Examen etc.* стр. 14) употребляетъ при плотныхъ срощеніяхъ слѣдующій приемъ: при ограниченномъ плотномъ срощеніи онъ прокалываетъ кистовую стѣнку на разстояніи 3—4 цтм. отъ срощенія прямою, крѣпкою металлическою иглой, которая проводится подъ срощеніемъ севозъ стѣнку и выводится снова наружу. Послѣ этого онъ перетягиваетъ кистовую стѣнку ниже иглы крѣпкою нитью и перерѣзаетъ ножомъ между иглою и срощеніемъ. Лигатура не можетъ соскользнуть, благодаря иглѣ, и не даетъ вытекать содержимому кисты.

Нѣжныя и свѣжія спайки кровоточатъ обыкновенно также мало, какъ перемычки съ противоположнымъ, сухожильнымъ характеромъ. При большихъ опухоляхъ, доходящихъ вверхъ до *Scrobiculum cordis*, полное отсутствіе пристѣночныхъ срощеній принадлежитъ къ рѣдкостямъ. На это отсутствіе всегда можно надѣяться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ростъ опухоли шелъ быстро; но при болѣе долгомъ существованіи ея никогда. Въ худшихъ случаяхъ приросшая поверхность опухоли измѣряется квадратными футами.

Такъ какъ пристѣночныя срощенія образуются по преимуществу на самой выдающейся части опухоли, то нерѣдко она оказывается плотно приросшею вокругъ самаго разрѣза. Если при этомъ брюшина распознана вѣрно, равно какъ и поверхность опухоли, то слѣдуетъ поступать совершенно по описанному выше способу. Если же существуетъ хотя малѣйшее сомнѣніе относительно различныхъ слоевъ, представляющихся на поверхности разрѣза, то слѣдуетъ прорѣзать все до кисты включительно и такимъ образомъ обойти возможность отдѣленія брюшины вмѣсто кистовой стѣнки. Многіе предлагаютъ въ подобныхъ случаяхъ удлинить разрѣзъ до того мѣста, гдѣ срощеній больше нѣтъ (Сп. Уэллсъ, Хегаръ и Кальтенбахъ), но я могу согласиться съ этимъ совѣтомъ только для тѣхъ случаевъ, когда верхній конецъ опухоли находится вблизи, или когда можетъ быть доказано присутствіе нѣкотораго количества асцитической жидкости вполоть надъ рѣзаной раной, позволяющее ожидать, что скоро достигнемъ свободной поверхности.

Трудность распознаванія поверхности висты можетъ быть очень велика при воспалительныхъ утолщеніяхъ брюшины, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже самый опытный операторъ долженъ допустить невозможность распознаванія. И здѣсь также вѣрнымъ руководителемъ является подкожный жирный слой, если онъ видѣнъ.

Когда перерѣзана и самая виста, тогда на полномъ поперечникѣ разрѣза уже легче различить отдѣльные слои. Но какъ только опухоль немного спалась, такъ нерѣдко въ рапѣ само собою начинается ея отдѣленіе отъ стѣнокъ.—виста начинаетъ отрываться отъ нихъ въ силу своей собственной тяжести.

Несмотря на всю осторожность, каждому кто оперировалъ много и въ трудныхъ случаяхъ, доводилось, особенно въ началѣ его дѣятельности, отдѣлить частью брюшину и только потомъ замѣтить свою ошибку. Большая легкость, съ которою отдѣляется отъ брюшныхъ покрововъ даже утолщенная, а тѣмъ болѣе нормальная брюшина, несмотря на свое полное срощеніе съ ними, въ особенности способна возбудить подозрѣніе. Точный осмотръ внутренней поверхности брюшной раны въ томъ мѣстѣ, гдѣ отдѣлена брюшина, устраняетъ, въ большинствѣ случаевъ, всякое сомнѣніе. Если отдѣленіе произошло на ограниченномъ пространствѣ, то это не вредитъ результату операціи. Но даже и обширныя отдѣленія вовсе не ведутъ неминуемо ни къ несчастному исходу, ни къ экссудативному процессу внѣ брюшины.

Если произошло сколько-нибудь значительное отдѣленіе, то, раньше чѣмъ закрывать брюшную рану, нужно пришить брюшину къ брюшнымъ покровамъ швомъ, употребляемымъ обойщиками для матрацовъ (Хегаръ). Самый подходящій матеріалъ для этого, безъ сомнѣнія, катгутъ. Швы накладываютъ въ мѣстахъ, гдѣ произошло отдѣленіе, на нѣкоторомъ разстояніи одинъ отъ другаго, прокалывая всю толщю брюшной стѣнки изнутри внаружи иглами, которыми вооружены оба конца нити, и завязываютъ концы снаружи, надъ брюшными покровами, подложивъ кусочекъ губки или катетера. Если отдѣленіе произошло на обширномъ пространствѣ, то цѣль достигается скорѣе, если наложить шовъ въ видѣ извилистой линіи: проведя иглу спаружи внутрь, сдѣлать нѣсколько ходовъ черезъ брюшину въ мускулатуру брюшной стѣнки и обратно въ брюшную полость, вывести наконецъ иглу назадъ черезъ брюшные покровы и укрѣпить оба конца нити на особыхъ подставкахъ.

Тугая перевязка также сдѣлаетъ свое дѣло и прижметъ отдѣленную брюшину къ брюшной стѣнкѣ. Если отдѣленіе ограничивается ближайшей окруженностью брюшной раны, то достаточно, при зашиваніи этой послѣдней, захватить поглубже брюшину.

§ 154. Срощенія съ салъникомъ встрѣчаются, послѣ пристѣночныхъ, всего чаще и подобно этимъ послѣднимъ обнаруживаются еще до полнаго опоражниванія опухоли. Если уже при разрѣзѣ живота попадается салъникъ, то нужно постараться добраться до самой опухоли въ нижнемъ отдѣлѣ. Если и здѣсь все еще предлежитъ салъникъ, то нѣтъ никакой надобности расширять разрѣзъ внизу, дальше, чѣмъ это позволительно дѣлать вообще,

потому что сальникъ можетъ лежать передъ опухолью вплоть до тазоваго входа. Лучше осторожно отдѣлить сальникъ отъ брюшныхъ покрововъ, если онъ срощенъ съ ними, чтобы дойти до свободной поверхности опухоли сбоку, и съ этою цѣлью можно, въ случаѣ надобности, расширить разрѣзъ вверху. Разрѣзывать самый сальникъ, чтобы такимъ образомъ дойти до опухоли, ни въ какомъ случаѣ не рачіонально, по причинѣ связаннаго съ этимъ кровотеченія, и этого всегда можно избѣгнуть.

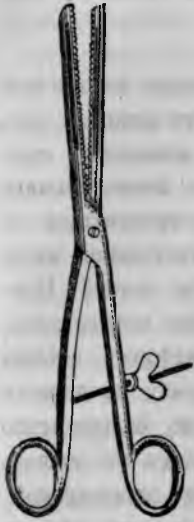
Обыкновенно сальникъ находятъ лишь выше пупка, такъ что его можно ощупать при первомъ изслѣдованіи, послѣ разрѣза брюшной стѣнки, но доступнымъ для зрѣнія онъ становится только послѣ частичнаго опорожненія опухоли. Какъ скоро при отдѣленіи пристѣночныхъ срощеній попадаетъ мягкая масса сальника, слѣдуетъ оставить ее въ покоѣ до тѣхъ поръ, пока можно будетъ вытащить ее наружу. Если послѣ этого срощеніе оказывается ограниченнымъ, то его медленно отдѣляютъ подведеннымъ подъ сальникъ ногтевымъ фалангомъ, тотчасъ же обращая вниманіе на сколько нибудь значительное кровотеченіе и останавливая его. Если съ самаго начала оказывается, что прирощая часть больше половины ладони и если при этомъ сальникъ пронизанъ крупными сосудами, то лучше перевязать его *in toto*, и притомъ вдвойнѣ, со стороны опухоли крѣпкимъ шелкомъ и вверху катгутомъ. Здѣсь также я охотно употребляю для верхняго конца проволочный зажимъ Кёберле. Онъ ускоряетъ предварительное отдѣленіе и вѣрнѣе обезпечиваетъ противъ кровотеченія при слѣдующемъ наложеніи лигатуры изъ катгута на мѣсто, на которомъ лежала проволока. Зажимъ нужно однако затягивать слабо, чтобы онъ не врѣзывался въ ткань. Прирощая часть сальника остается на опухоли. Всего необходимѣе такого рода оперативный приемъ въ томъ случаѣ, когда сальникъ совершенно вросъ въ опухоль, или, вѣрнѣе сказать, когда отдѣлы опухоли обростаютъ и буквально охватываютъ его. Я знаю, по собственному неоднократному опыту, что можно отнимать безъ вреда весьма большія части сальника. Пеанъ *) принужденъ былъ даже отрѣзать весь сальникъ при двухстороннемъ дермоидѣ яичника, и больная выздоровѣла. Въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ сальникъ прирощимъ къ задней сторонѣ опухоли.

Иногда представляется полезнымъ вдвинуть сначала большой зажимъ подъ центральную часть сальника, наприм. когда нужно быстро остановить значительное кровотеченіе изъ него. Кто любитъ пользоваться зажимомъ-отжигателемъ, тотъ можетъ употребить его съ пользою и при срощеніяхъ съ сальникомъ, если они расположены удобно. Здѣсь это средство тѣмъ болѣе рачіонально, что кровотечения изъ сальника послѣ его отдѣленія бывають, болѣею частью, главнымъ образомъ капиллярныя и не могутъ быть остановлены перевязкой. Но часто бываетъ невозможно подвести толстый отжигатель подъ сальникъ до его отдѣленія. Хегаръ и Кальтенбахъ совѣтуютъ накладывать временную шелковую лигатуру *en masse* и потомъ снимать лигатуру и перевязывать или перекручивать отдѣльные сосуды. Пеанъ употребляетъ иногда довольно сложный приемъ: онъ прокалываетъ сальникъ на разстояніяхъ около

*) Péan въ *Union méd.* 1868 № 125, 126, 145 и *Bull. de l'académie* томъ XXIII.

1 цтм. иглами, несущими петли изъ тонкаго шелка. Перерѣзавъ петли, получаютъ двойное число простыхъ нитей, которыя употребляются попарно для стягиванія лежащихъ между ними частей сальника — маневръ, несомнѣнно требующій большой траты времени.

Рис. 21.



Зажимъ для временнаго зажиманія ножки по Уэллсу.

Если, при не слишкомъ обширныхъ срощеніяхъ, въ отдѣленію приступаютъ безъ предварительныхъ мѣръ противъ кровотеченія, то болѣе крупныя сосуды перевязываютъ немедленно, а капиллярному кровотеченію, если оно умѣрено, даютъ остановиться самому собою, положивъ сальникъ на брюшныя покровы и подложивъ подъ него хорошо дезинфицированную гуттаперчевую бумагу. Въ такомъ случаѣ, и вообще во всѣхъ случаяхъ, когда сальникъ долгое время подвергался прикосновенію рукъ, его нужно передъ окончательной репозиціей хорошенько обмыть дезинфицирующимъ растворомъ. Многіе также вшивали сальникъ въ верхній уголь раны, или наладывали на него зажимъ, какъ на ножку опухоли, если кровотеченіе не унималось. Нѣкоторые (Гуссеровъ *) совѣтовали въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось отдѣлать или отрѣзать сальникъ на большомъ протяженіи, оставлять его весь на брюшныхъ покровахъ и не закрывать верхняго угла раны до тѣхъ поръ, пока онъ не проскользнетъ туда самъ собою. Пироговъ, какъ извѣстно, возвелъ въ правило

этотъ приемъ относительно сальника при грыжесѣченіи, и достигалъ имъ благоприятныхъ результатовъ. Нѣкоторые хирурги, въ особенности Розе, послѣдовали его примѣру. Гуссеровъ видѣлъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ, какъ сальникъ постепенно втягивался въ брюшную полость и наконецъ исчезъ въ ней на 19-й день. Больная выздоровѣла. Не такъ счастливъ былъ Штельцнеръ **) при томъ же приемѣ. Его больная умерла. Я не могу одобрить этотъ приемъ при оваріотоміи. Оставленный на брюшныхъ покровахъ сальникъ всегда распухаетъ въ короткое время, часто еще до конца самой операціи, вслѣдствіе венознаго застоя и серознаго пропитыванія его ткани. Это опуханіе, безъ сомнѣнія, можетъ затруднять самопроизвольную репозицію и произвести родъ ущемленія, хотя бы просвѣтъ верхняго угла раны въ началѣ былъ совершенно просторенъ. Въ одномъ случаѣ операціи сальника по этому способу я долженъ былъ приписать всевозможныя явленія раздраженія возникшему такимъ путемъ ущемленію. Когда я вслѣдствіе этого приступилъ, спустя 6—8 часовъ послѣ операціи, къ репозиціи, распустивъ одинъ изъ узловатыхъ швовъ, она удалась съ трудомъ и при значительномъ кровотеченіи, происходившемъ, отчасти въ брюшную полость, изъ гиперемизованнаго до громадныхъ размѣровъ сальника. Больная, несмотря на это, всетаки выздоровѣла.

Другая, большая опасность, при этомъ способѣ заключается, несомнѣнно, въ томъ, что черезъ посредство лежащаго снаружи сальника можетъ вполнѣд-

*) Gusserow, Berl. Klin. Wochenschr. 1868 № 12.

**) Stelzner, Sitzgsber. d. Ges. für Natur- und Heil-Kunde zu Dresden 28 Oct.

ствии произойти септическое зараженіе, если избирають открытый способ леченія раны. Закрытая или настоящая Листеровская повязка непримѣнима въ подобномъ случаѣ, въ виду опасности прижатія и размноженія сальника; и этой одной причины для меня достаточно на будущее время, чтобы никогда не оставлять сальника снаружи.

§ 155. Срощенія съ кишечникомъ всегда представляютъ въ высшей степени неприятое осложненіе. Къ счастью они рѣдки, и почти никогда ихъ не находятъ впереди опухоли, а замѣчаютъ, обыкновенно, при извлеченіи опухоли, на ея задней или боковой стѣнкѣ. Они требуютъ самаго внимательнаго отношенія къ дѣлу, такъ какъ къ кишечнымъ петлямъ нужно прибегаться съ большою осторожностью, растягивать ихъ можно лишь въ незначительной мѣрѣ и ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ подвергать ихъ давленію ногтей. Поэтому, если не удастся отдѣлать ихъ легко, при незначительномъ потягиваніи, то лучше отдѣлать рѣзущими инструментами и даже въ предѣлахъ стѣнки опухоли. Сп. Уэллсъ, правда, при 500 операціяхъ ни разу не нашелъ нужнымъ оставить на кишкѣ часть височной стѣнки; однако большинство операторовъ пользуются этимъ средствомъ именно при срощеніяхъ съ кишечникомъ безъ всякаго вреда и съ большою безопасностью для оперируемой. Этгли (Amer. Journ. of med. Sc. 1871 стр. 399) принужденъ былъ въ одномъ случаѣ оставить на Colon transversum кусокъ височной стѣнки, длиною въ 7—8". Въ другомъ случаѣ (Diagnosis etc. стр. 419, случай 136) онъ нашелъ даже нѣсколько футовъ кишечныхъ петель такъ тѣсно срощенными съ височной стѣнкой, что оставилъ эту послѣднюю на всемъ протяженіи срощенія, удаливъ однако съ нея ея внутреннюю эпителиальную поверхность.

О томъ, какъ опасны срощенія съ кишечникомъ, ясно свидѣлствуютъ многочисленные случаи происхожденія кишечныхъ фистулъ послѣ оваріотоміи, о чемъ будетъ подробнѣе сообщено въ послѣдующихъ §§. Если и не всѣ, то, безъ сомнѣнія, большая часть этихъ случаевъ могутъ быть сведены къ поврежденіямъ кишечника.

При распространенныхъ срощеніяхъ распознаваніе положенія или вообще присутствія или отсутствія кишечной петли можетъ представить большія затрудненія. Въ особенности даютъ себя знать эти затрудненія, когда кишечная петля срощена съ ножкой, что случается не особенно рѣдко. Если ножка необыкновенно широка, то входящая въ составъ ея часть широкой связки бываетъ нѣрѣдко необычайно похожа на участокъ кишки. Это сходство становится еще больше, когда ножка перетянута лигатурой или проволочнымъ экразеромъ, причѣмъ части по обѣ стороны лигатуры нѣрѣдко вздуваются на подобіе мѣшковъ. Кому не случалось еще видѣть этого, тотъ, конечно, можетъ въ подобномъ случаѣ подумать, что въ лигатуру захвачена часть кишечника. Вопросъ рѣшается въ подобныхъ случаяхъ скорѣе и вѣрнѣе всего осмотромъ подлежащихъ частей при проходящемъ свѣтѣ. Но такой осмотръ, конечно, не всегда возможенъ, и тогда остается одно—прослѣдить дальше части, похожія на кишку, и констатировать ихъ связь съ кишечникомъ, или ихъ изолированность. Сп. Уэллсъ нашелъ въ своемъ 61-мъ случаѣ прирощеніе къ ножкѣ

слѣпой кишки и помочь дѣлу тѣмъ, что наложилъ зажимъ больше на опухоль тѣмъ на ножку.

Пеанъ совѣтуетъ, отдѣливъ часть кишечной стѣнки, которая остается на кишечной петлѣ, прикрѣплять эту петлю, посредствомъ сидящаго на ней кусочка кисты, къ брюшной стѣнкѣ, для чего онъ пользуется швами, налагаемыми на брюшную рану, но едвали кто нибудь послѣдуетъ въ этомъ случаѣ его примѣру. Пеанъ надѣется доставить этимъ болѣе легкій выходъ черезъ брюшные покровы гною въ случаѣ образованія абсцесса, исходною точкою котораго служить мѣсто срощенія. Опасность закупориванія кишки при этомъ примѣѣ очевидна, и въ самомъ дѣлѣ, въ случаѣ, сообщенномъ Urdu *) (стр. 17), наступили явленія, заставлявшія предполагать перекручиваніе кишки. Спустя 6 мѣсяцевъ пациентѣ еще часто приходилось страдать отъ интенсивныхъ болей въ кишкахъ.

Если при плотномъ приращеніи кишки предпринимаютъ отдѣленіе ея внутри кишечной стѣнки, то нужно, между прочимъ, имѣть въ виду возможность существованія въ этомъ мѣстѣ фистулы, между кишкою и кистою. Если она будетъ просматриваема, то неизбежнымъ слѣдствіемъ будетъ смертельный перитонитъ. Въ виду частоты таковыхъ сообщеній кишечника, подобная случайность, безъ сомнѣнія, возможна. Однако, мнѣ неизвѣстно ни одного случая въ казуистикѣ, гдѣ такая фистула была бы наблюдаема, или просматриваема, и потому открыта при секціи.

Такое же несчастіе могло бы произойти и въ томъ случаѣ, еслибы операторъ просмотрѣлъ и перерѣзалъ заложенный въ срощеніи Proc. vermiformis. Г. Шварцъ **) встрѣтилъ такое приращеніе червеобразнаго отростка, но онъ распозналъ его и могъ отдѣлить.

Слѣдующій случай, уже сообщенный мною вкратцѣ въ Berl. Klin. Wochenschr. 1876 № 11 (случай 22) представлялъ, въ полнѣйшей мѣрѣ, образецъ затрудненій, встрѣчаемыхъ при обширныхъ срощеніяхъ съ кишечникомъ; г-жа Г., 26 лѣтъ, 20 недѣль тому назадъ легко разрѣшилась отъ бремени вторымъ ребенкомъ. Она кормила его сама въ продолженіи 6 недѣль и утверждала, что спустя 5—6 недѣль послѣ родовъ была еще совершенно здорова. Послѣ этого животъ сталъ увеличиваться и появилась болезненность надъ лоннымъ соединеніемъ.

При изслѣдованіи найдена опухоль, занимавшая срединное положеніе, довольно правильной шарообразной формы, съ нѣсколькими плоскими возвышеніями, повсюду напряженно-ластической консистенціи и возвышавшаяся надъ пупкомъ на 2 поперечныхъ пальца. Границы ея легко прощупываются сверху и съ обѣихъ сторонъ; она чувствительна при давленіи и почти совершенно неподвижна; это обстоятельство, въ связи съ умѣренной величиною опухоли, заставляегъ заключить съ увѣренностью о существованіи распространенныхъ пристѣночныхъ срощеній. Наибольшая окружность живота = 89 цтм.

При изслѣдованіи черезъ рукавъ матки представляется немного сдвинутою вправо; она умѣренно наклонена впередъ, мало подвижна. Въ тазу никакой опухоли не прощупывается.

Больная очень анемична, тѣло нѣсколько исхудало; пульсъ давалъ 100 ударовъ въ дни, предшествовавшіе операциі, при полномъ отсутствіи лихорадки по утрамъ, вечерняя температура постоянно поднималась до 38,3—39,7°. Таки какъ никакой другой причины

*) Urdu. Examen. etc. стр. 15.

**) Menche. Diss. inaug. Göttingen. 1873.

лихорадки не оказывалось, то, принимая во внимание предшествующее родильное состояние, мы признали вѣроятным нагноение кисты и думали также о возможности найти дермоидную кистому, такъ какъ такіа кистомы въ особенности часто подвергаются нагноенію вслѣдствіе родовъ. Оба эти предположенія подтвердились.

При операціи, произведенной 13. X. 75, было найдено сплошное сращеніе съ брюшной стѣнкой въ окружности разрыва. Оно было отдѣлено въ области ближайшей къ ранѣ, и затѣмъ сдѣланъ проколъ. Черезъ большой троакаръ Сп. Уэллса не вышло ни одной капли жидкости. По извлеченіи инструмента просвѣтъ его оказался закупореннымъ массою жира и волосами. Послѣ этого изъ оухоли, оказавшейся однополостною, стала вытекать грязная, отвратительно зловонная жидкость съ массами волосъ и комками жира. Въ одно мгновеніе вся комната наполнилась зловоніемъ.

Послѣ отдѣленія остальныхъ пристѣночныхъ сращеній наткнулись на широко приросшую кишечную петлю. Отдѣленіе удалось съ трудомъ. Но какъ только былъ отдѣленъ одинъ участокъ кишки, за нимъ показалась новая приросшая часть, и одна за другою появлялись все новыя и новыя петли. Послѣ 1½ часовой, трудной работы было отдѣлено мало по малу около 2 метровъ кишечныхъ петель, связанныхъ между собою. Подъ конецъ, чтобы только окончить операцію, мы производили отдѣленіе уже безъ достаточной осторожности.

Наконецъ, киста оставалась еще широко и необыкновенно плотно прикрѣпленною къ лѣвой Fossa iliaca и лѣвой половинѣ малаго таза. Эти сращенія уступили наконецъ сильному влеченію, причемъ не было возможности контролировать отдѣленіе помощю зрѣнія. Въ концѣ концовъ, опухоль была сращена также и спереди съ мочевымъ пузыремъ на пространствѣ, величиною въ ладонь, и отдѣлена лишь съ большимъ трудомъ.

Ножка оказалась къ счастью свободною. Она не имѣла обычнаго вида ножки, была необыкновенно тонка, 2 раза перекручена вокругъ своей оси, кровооттековъ не представляла. Она была перевязана толстою двойною нитью катгута и погружена въ брюшную полость.

На кишечникѣ находилось, въ одномъ мѣстѣ, отверстіе, величиною въ кончикъ маленькаго пальца, съ краями вывороченными къ наружи, такъ что слизистая оболочка выступала наружу. Дефектъ этотъ, по своему общему виду, по своей круглой формѣ и окраскѣ, не походилъ на свѣжую рану, и весьма вѣроятно, что въ кишечникѣ находилась въ этомъ мѣстѣ язва. Прободеніе въ кисту не могло имѣть мѣста, потому что, въ противномъ случаѣ, содержимое кисты, при данной упругости и напряженіи ея, должно было бы вылиться большею частью въ кишечникъ. Рана была закрыта простымъ заворачиваніемъ краевъ и зашита катгутомъ. Затѣмъ проложенъ дренажъ черезъ рукавъ, и брюшная рана зашита вплоть до верхняго угла.

Коллапса послѣ операціи не было. Температура до самой смерти не поднималась выше 39,7. Зато пульсъ въ теченіи перваго дня поднялся съ 72 до 100, во второй день до 140, потомъ до 160. Больная умерла на третій день. Былъ найденъ только незначительный перитонитъ. Смерть послѣдовала отъ септикэмии.

Эпидемиологически замѣчу здѣсь, что разложеніе оухоли, безъ сомнѣнія, было слѣдствіемъ обширнаго, тѣснаго сращенія съ кишечникомъ. Насугуило ли оно до, или послѣ родовъ, остается подъ сомнѣніемъ. Первое предположеніе представляется почти обязательнымъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ пришлось бы допустить, что въ короткое время, безъ разительныхъ явленій перитонита, могли образоваться обширныя сращенія.

Въ отношеніи терапіи была сдѣлана ошибка, состоявшая въ томъ, что послѣ истеченія страшно зловонной жидкости, при однополостной оухоли, да еще общемъ сращеніи ея съ брюшными покровами по всей окружности разрыва, не отказались отъ экстирпаціи, хотя тогда и нельзя было подозрѣвать отношенія кишечника. Даже въ настоящее время, при строго антисептическомъ леченіи, въ случаѣ подобныхъ разможившихся, сращенныхъ дермоидныхъ кистомъ или иныхъ однокамерныхъ опухолей самое лучшее—пришить вскрытый мѣшокъ къ брюшнымъ покровамъ и лечить антисептическими сприндованіями. Даже при операціи подъ спрѣемъ, съ дренажемъ или безъ него, оперируемая при такихъ условіяхъ врядъ ли избѣгла бы септикэмии въ ея худшей формѣ.

§ 156. Изъ сращеній съ другими внутренностями стоитъ

упомянуть о срощеніяхъ съ печенью, селезенкой, маткой и мочевымъ пузыремъ; послѣднія встрѣчаются всего чаще. Срощенія съ селезенкой требуютъ большой осторожности, по причинѣ значительнаго кровотеченія при надрывѣ селезенки, а срощенія съ печенью, особенно въ томъ случаѣ, когда желчный пузырь находится вблизи. Въ обоихъ случаяхъ нужно сперва попытаться отдѣлить ихъ пальцемъ, и если это не легко удастся, то прибѣгнуть къ помощи ножа или ножницъ, чтобы, въ случаѣ надобности, произвести отдѣленіе въ самой опухоли.

Срощенія съ маткой, если встрѣчаются, бываютъ обыкновенно весьма обширны и находятся всего чаще на задней стѣнкѣ. Въ большинствѣ случаевъ они встрѣчаются при опухоляхъ, доходящихъ большимъ отрѣзкомъ до дна *excavationis recto-uterinae* и укрѣпленныхъ въ ней сплошными срощеніями. Въ этомъ случаѣ тазовыя срощенія играютъ главную роль и отдѣленіе ихъ обыкновенно невозможно. Въ такихъ случаяхъ оставляютъ на мѣстѣ даже большіе участки кисты, или же при однокамерныхъ опухоляхъ, заживляютъ весь мѣшокъ въ брюшной ранѣ, т. е. оставляютъ оваріотомію неоконченною. Срощенія съ одною маткой преодолѣваются легче, хотя по причинѣ малой ихъ длины и въ тоже время большаго протяженія въ ширину, ихъ обыкновенно нельзя бываетъ перевязать. Срощенія съ боковыми стѣнками матки внутри широкихъ связокъ будутъ разсмотрѣны въ главѣ объ аномаліяхъ ножки (§ 180—182). Срощенія, находящіяся на передней поверхности опухоли, распространяются въ большинствѣ случаевъ на мочевой пузырь и если они обширны, то лучше не трогать ихъ и оставить на мѣстѣ часть кистовой стѣнки.

Срощенія съ мочевымъ пузыремъ опасны въ томъ отношеніи, что легко не узнать пузыря и можно даже принять его за часть опухоли. Это особенно легко случается тогда, когда органъ срощенъ съ опухолью на большомъ протяженіи и высоко притянутъ кверху. Въ одномъ подобномъ случаѣ Бергманъ (Petersb. med. Ztschr. 1870. XVI, стр. 205) вскрылъ мочевой пузырь, хотя онъ и былъ предварительно опорожненъ, а разрѣзъ брюшныхъ покрововъ оканчивался на 9 цтм. выше *Symph. oss. rub.* Штиллингъ (Deutsche Klinik 1869, № 8) также проколовъ мочевой пузырь, принявъ его за одинъ изъ мѣшковыхъ опухолей. Тиршъ (таблица Грензера) также имѣлъ несчастіе поранить пузырь. Я видѣлъ при одной операциі, произведенной Фолькманномъ, и при трехъ своихъ, обширныхъ прирощеніяхъ пузыря, который распознавался съ трудомъ, и разъ или два мнѣ едва удалось избѣгнуть раненія его. Въ одномъ случаѣ пузырь тѣмъ легче могъ быть принятъ за часть опухоли, что на немъ, какъ на наружной поверхности этой послѣдней, находились папиллярныя разрощенія.

Стоитъ упомянуть еще объ одномъ случаѣ Ниля (med. times and gaz. Nov. 28. 1868). Онъ не могъ окончить операциі вслѣдствіе срощеній и зашилъ рану. Но вскорѣ изъ нея стала выходить моча. Фистула однако закрылась настолько, что моча выступала лишь при сильномъ наполненіи пузыря. Черезъ 3 мѣсяца послѣ попытки, къ операциі пациента умерла.

§ 157. Срощенія съ дномъ малаго таза и обширныя срощенія съ *Fossa iliaca*—самыя худшія изъ всѣхъ, какія вообще могутъ встрѣтятся.

Затрудненія заключаются: въ глубокомъ положеніи операціоннаго поля, въ невозможности пользоваться помощью зрѣнія, въ ширинѣ площадей срощенія, въ трудности остановки кровотока, въ возможности поврежденія большихъ сосудовъ, а также мочеточниковъ.

Обыкновенно приходится выбирать одинъ изъ двухъ только способовъ: или отдѣлить срощенія рукою просто ошупью, или перерѣзать стѣнки опухоли выше срощенныхъ мѣстъ, если только не хотять оставить операцію неоконченною, шивъ стѣнку кисты въ брюшную рану.

Какую степень насилія можно употребить, разрывая срощенія рукою, и на какомъ протяженіи можно продолжать эту манипуляцію, это долженъ подсказать оператору его опытъ и его сужденіе, основанное на соображеніи всѣхъ условій. Вообще можно утверждать только, что нѣкоторыя больныя могутъ переносить изумительно много въ этомъ отношеніи.

Частичное удаленіе опухоли выше мѣстъ срощенія производится послѣ перетягиванія стѣнокъ опухоли по частямъ лигатурами. При этомъ способѣ конечно предполагается, что срощенныя части опухоли состоятъ изъ одной или немногихъ полостей. Но даже и при этомъ условіи часто бываетъ невозможно перевязать всю стѣнку если протяженіе слишкомъ велико. Въ такомъ случаѣ перевязываютъ только боковыя части, и можно рискнуть даже отрѣзать часть, срощенную съ Дугласовымъ пространствомъ, безъ предварительной перевязки; по крайней мѣрѣ сильное кровотеченіе не есть неизбежное слѣдствіе такого образа дѣйствій.

Если же самыя нижнія, приросшія части опухоли состоятъ изъ множества мелкихъ полостей, тогда о лигатурахъ en masse нечего и думать, потому что пришлось бы захватывать въ эти лигатуры не только части стѣнки, а цѣлыя конгломераты кистъ. А на этихъ послѣднихъ лигатуры держаться не могутъ. Шивать мѣшокъ въ брюшную рану въ такихъ случаяхъ обыкновенно уже слишкомъ поздно, потому что вышележація части опухоли уже слишкомъ разрушены, такъ что не удастся соединить стѣнку опухоли съ брюшными покровами. Окончить операцію, оставивъ такія части опухоли, содержація еще множество кистъ и ихъ остатковъ, при кровотеченіи въ большинствѣ случаевъ не совершенно остановленномъ,—это конечно не даетъ благоприятныхъ шансовъ, но всетаки не слѣдуетъ смотрѣть на такой случай, какъ на безусловно смертельный.

Если послѣ оставленія частей крупныхъ полостей, приросшихъ къ дну Дугласова пространства, все еще удастся шить мѣшокъ въ брюшную рану, то въ такомъ случаѣ большею частію умѣстно дренажировать черезъ рубцъ, такъ какъ дренажъ здѣсь не касается брюшной полости, даетъ болѣе полный стокъ секрету и позволяетъ лучше прополаскивать полость, чѣмъ при простомъ дренажированіи сверху.

§ 158. Несбыточно рѣдкій, но въ отношеніи представляемыхъ имъ затрудненій почти самый безнадежный видъ срощеній составляютъ срощенія съ брыжейкой. Мы неизвѣстно въ литературѣ ни одного случая распространенныхъ срощеній этого рода.

Мнѣ лично встрѣтился слѣдующій случай, который я, на основаніи сказаннаго сейчасъ, считаю за интересный:

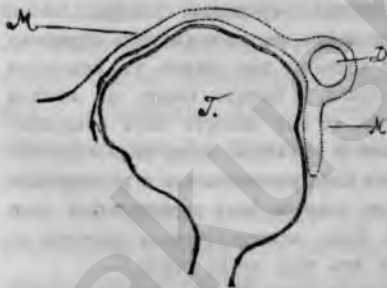
Г-жа С. 54 лѣтъ, высокая, полная женщина, перожавшая, потеряла менструаціи 5 лѣтъ тому назадъ, но въ теченіи послѣднихъ 5 недѣль у нея нѣсколько разъ показывалась кровь *per vaginam*. О присутствіи опухоли въ нижней части живота она узнала лишь 2 мѣсяца тому назадъ; но животъ всегда былъ великъ.

Опухоль заходитъ выше пупка на 8 цм., при обыкновенномъ распространеніи въ ширину. Выступовъ на ея поверхности незамѣтно; резистенція явственно эластическая, въ одномъ мѣстѣ плотнѣе. Флуктуація нѣтъ нигдѣ. Въ правой подвздошной области кишечный тонъ присутствуетъ на значительномъ пространствѣ, доходя спереди почти до середины гребешка подвздошной кости. Далѣе впереди перкуторный звукъ повсюду тупой; въ лѣвой подвздошной области также кишечнаго тона нѣтъ. Измѣненіе положенія тѣла не вызываетъ никакихъ перемѣнъ въ отношеніи перкуссіи. Подвижность опухоли весьма незначительна. При изслѣдованіи *per vaginam* опухоль снизу не прощупывается, но зато прощупывается фиброма на шейкѣ матки, величиною въ маленькій кулакъ.

Операция 19 февраля 1876 г. (случай 27). Послѣ разрѣза брюшины вытекаетъ не большое количество асцитической жидкости. Къ величайшему нашему удивленію, обнаженная опухоль во всю длину разрѣза представляетъ красно-коричневую окраску, подобно беременной маткѣ. При изслѣдованіи рукою пристѣночныхъ сращеній не оказывается; но зато можно прощупать, что образованіе, видимое въ ранѣ, оканчивается влѣво и внизъ отъ нея свободнымъ краемъ, обращеннымъ кнаружи и книзу, что слѣдовательно это образованіе представляетъ толстую перепонку, лежащую на опухоли. Свободный край на протяженіи 2—3 цм. только прилегалъ къ опухоли, дальше между перепонкой и опухолью существовало сплошное сращеніе. Намъ удалось повернуть опухоль такимъ образомъ, что въ рану была притянута снизу и слѣва свободная бѣлая ея поверхность и можно было проколоть ее. Послѣ опороженія главной кисты опухоль не уступала притягиванію, хотя въ ней осталось только 2 кисты, величиною въ кулакъ, и нѣсколько маленькихъ.

Послѣ этого, при изслѣдованіи красно-коричневой покрывающей опухоль перепонки, до конца которой по направленію вправо и вверхъ нельзя было добраться, оказалось, что она содержитъ совершенно спаившуюся кишечную петлю, идущую по передней поверхности опухоли и совершенно сращенную съ нею на протяженіи около 25—30 цм. Передъ кишкою къ опухоли еще повсюду приросшена сантиметра на 2 въ шарницу толстая перепонка, которая затѣмъ оканчивалась складкою такой же ширины, свободно прилежавшей къ опухоли. Позади кишки перепонка была приросшена сплошь и, какъ вскорѣ оказалось, на весьма широкомъ пространствѣ. Помѣщенный здѣсь рядомъ схематическій рисунокъ наглядно представляетъ относительное расположеніе частей.

Рис. 22.



Опухоль яичника, приросшая къ брыжейкѣ. Т—Опухоль. D—Кишечникъ. М—Брыжейка.

Выяснивъ себѣ положеніе дѣла, мы немедленно принялись за отдѣленіе брыжейки, бланко придерживаясь сначала поверхности опухоли, причемъ произошло весьма значительное кровотеченіе. Поэтому мы стали придерживаясь ближе перепонки (брыжейки) и мало по малу съ большимъ трудомъ отдѣляли всю кишечную петлю и позади нея брыжейку на большомъ пространствѣ. По направленію вправо брыжейка, отдѣленная на пространствѣ шириною отъ 6—8 цм., истончилась и прорвалась, такъ что опухоль въ этомъ мѣстѣ была свободна. Еще дальше вправо находилось широкое сращеніе съ кишечникомъ, которое было перевязано и отдѣлено ножомъ. Влѣво брыжейка была все еще толста и плотно сращена, конца ея еще не было видно. На кровоточащіе сосуды было уже наложено около 15 лигатуръ. Нужно было окончить операцію. Тогда я быстро рѣшился перевязать по частямъ и перерѣзать бры-

жейку, которая была еще сращена на протяжении около 15 цтм. Это было сдѣлано въ 3 приема, и кишечникъ на сказанномъ протяженіи остался совсѣмъ безъ брыжейки.

Опухоль была теперь свободна. Ножка, которая также была приращена къ кишечнику, была отдѣлена отъ него, перевязана катгутонъ и опущена въ брюшную полость. Проведеніе дренажа черезъ рукавъ представляло затрудненія по причинѣ сращеній въ Дугласовомъ пространствѣ и въ первый разъ у меня явилось опасеніе поранить прямую кишку, дѣлая щюколь черезъ рукавъ; этого однако не случилось.

Послѣ наложенія шва на брюшную рану, въ виду дренажа, не накладывали перевязки, а усердно прополоскали кисту. Вначалѣ вытекало еще много кровянистой жидкости.

Состояніе больной нельзя было назвать неудовлетворительнымъ. Температура въ теченіи дня поднялась до 39° при 104 ударахъ пульса; но на другой день она опять упала и вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшилась частота пульса. Затѣмъ, при возобновившихся лихорадочныхъ явленіяхъ (Т. 39,3° до 40,2°; П. 110) и явныхъ признакахъ перитонита, на 3—5 день въ лѣвой Regio hypogastrica образовалась круглая, болезненная опухоль, величиною, повидному, въ 2 кулака; она выдавалась изъ малаго таза, не касаясь брюшныхъ покрововъ. Это было ясно спустя 5 дней послѣ операціи. На 6 день появился острый отекъ лѣвой половины тулава. Явленія перитонита всѣ стихли, хотя пациентка все еще не была свободна отъ лихорадки. Затѣмъ на 8 день припадокъ головокруженія, обмороки, стѣсненіе въ груди съ охлажденіемъ конечностей, нитевидный пульсъ—припадки, которые можно было объяснить только эмболіей легочной артерій. Черезъ нѣсколько часовъ припадокъ прошелъ. Пациентка опять согрѣлась. На 9 день дренажъ былъ удаленъ, а къ концу 12 дня наступилъ второй такой же припадокъ, убившій больную.

Вскрытіе показало, что опухоль съ лѣвой стороны представляла гнилостный фокусъ стѣнки котораго сверху состояли изъ салника и S—ganglion, а также изъ петель тонкихъ кишекъ; эти части, плотно склеенныя съ маткою и между собою, образовали настоящую капсулу. Стѣнка кишечника, въ мѣстѣ лишенномъ брыжейки, не представляла ничего ненормального.

Въ обѣихъ art. pulmonales находилось по значительной, хотя и не вполне закупоривающей ихъ, заносной пробкѣ съ плотнымъ ядромъ. Къ сожалѣнію, констатировать источникъ этихъ пробокъ не удалось.

Эпикризъ. Что описанная выше красно-коричневая перепонка, которая имѣла около 0,5 цтм. толщины и лежала на опухоли, была брыжейка, это не подлежитъ никакому сомнѣнію, въ виду ея отношенія къ кишечнику. Что же касается того факта, что брыжейка располагалась на опухоли не по одну только сторону кишки, а именно сзади, но лежала также и спереди на пространствѣ шириною въ 4—5 цтм., то онъ можетъ быть объясненъ только слѣдующимъ образомъ: сращеніе между брыжейкою и опухолью произошло вѣроятно очень рано; по мѣрѣ роста опухоли Mesenterium должна была растягиваться и расширяться необыкновенно сильно; вмѣстѣ съ тѣмъ обѣ пластинки ея должны были передвигаться одна на другой такимъ образомъ, что та изъ нихъ которая была непосредственно сращена съ опухолью, росла вмѣстѣ съ нею по направленію впередъ изъ подъ петли кишки.

Когда рѣшено было отрѣзать брыжейку на протяженіи около 15 цтм., мы естественно предлагали себѣ вопросъ,—не послѣдуетъ ли за этимъ гангрена кишки. Черезъ нѣсколько дней я успокоился относительно этого пункта.

Относящаяся сюда изслѣдованія Коппейма и Литтена *) только что появились въ печати. На стр. 112 они говорятъ объ отдѣленіи кишки отъ брыжейки посредствомъ перевязки: „На кишкѣ, напримѣръ, можно перевязать всѣ артеріи, идущія къ ней изъ брыжейки на протяженіи 8—10 цтм., и хотя кишечная петля можетъ послѣ этого питаться только изъ артерій, заложенныхъ въ самой стѣнкѣ кишки, тѣмъ не менѣе черезъ часъ, даже еще раньше послѣ перевязки брыжеечныхъ артерій, собственное налитіе ихъ даетъ столь же обильное наполненіе сосудовъ въ этой петлѣ, какъ въ остальномъ кишечникѣ.“ Эти данныя

*) Ueber die Folgen der Embolie der Lungenarterie. Virchow's Arch. Bd. 65. I. стр. 99.

относятся къ кролику. Изъ приведенной выше исторіи очевидно, что и для человѣческаго кишечника должны существовать такія же отношенія, и на будущее время можно въ подобныхъ случаяхъ перевязывать безъ особеннаго страха, по крайней мѣрѣ, небольшіе участки брыжейки.

Предлежаніе кишечной петли длиною около 30 цтм. на передней поверхности опухоли встрѣчается не часто. Сп. Уэллсъ упоминаетъ о немъ только въ одномъ случаѣ изъ числа 114 первыхъ своихъ операцій. Въ первомъ своемъ случаѣ пробнаго разрѣза (переводъ Кюхенмейстера стр. 319) онъ нашелъ опухоль за кишками и, вслѣдствіе этого, усомнился въ характерѣ опухоли и отказался отъ операціи. Послѣ смерти, послѣдовавшей черезъ 4 мѣсяца, опухоль всетаки оказалась оваріальною. Но въ отчетѣ о вскрытіи не упоминается, имѣла ли опухоль такое же отношеніе къ брыжейкѣ. Въ нашемъ случаѣ предлежаніе кишки, совершенно свободной отъ воздуха и незамѣтной при перкуссіи, легко могло дать роковыя послѣдствія при пробномъ проколѣ, который предшествовалъ операціи.

Смертельный исходъ вслѣдствіе эмболии легочной артеріи встрѣчается иногда при оваріотоміяхъ. Диагнозу такой эмболии придавало особенную вѣроятность то обстоятельство, что за нѣсколько дней передъ тѣмъ произошелъ острый односторонній отекъ vulvae, заставлявшій, точно также какъ въ позднѣйшемъ періодѣ родильнаго состоянія, почти съ увѣренностью предположить, что произошелъ обширный тромбозъ тазовыхъ венъ.

§ 159. Относительно остановки кровотока изъ отдѣленныхъ срощеній можно сказать еще слѣдующее: если уже заранѣе видны большіе сосуды, то слѣдуетъ раньше перерѣзки или отдѣленія наложить на нихъ двойныя лигатуры. Всего чаще это бываетъ возможно, а также нужно, при срощеніяхъ съ сальникомъ, если не предпочитаютъ перевязать его en masse. Но и при паріетальныхъ срощеніяхъ предварительная перевязка большихъ венъ часто бываетъ полезна и выполнима.

Если послѣ отдѣленія происходитъ кровотеченіе, то лучшее средство, конечно, перевязка, если только она возможна. Но она непримѣнима при капиллярномъ кровоточеніи, которое часто наблюдается на сальникѣ, а также на брюшныхъ стѣнкахъ, кишечникѣ и т. д. Лигатуръ нельзя накладывать и тогда, когда кровоточащія сосуды сидятъ на гладкой поверхности брюшныхъ покрововъ или плотныхъ внутренностей каковы печень и матка; иногда также не удается этого сдѣлать на оставленныхъ частяхъ кистовыхъ стѣнокъ.

Въ такихъ случаяхъ часто съ большою пользою употребляется каленое желѣзо, въ особенности на брюшныхъ стѣнкахъ, на частяхъ кисти, на сальникѣ. Безъ сомнѣнія дѣлесообразно примѣнять его и на маткѣ и печени, если кровоточащія поверхности хорошо видны и можно безъ вреда поднести къ нимъ каленое желѣзо.

Англичане и американцы нерѣдко употребляютъ для этихъ органовъ, а также для брюшныхъ стѣнокъ, сальника и другихъ поверхностей дающихъ капиллярное кровотеченіе, Ferrum sulfuricum. Къ кровоточащей поверхности прикладываютъ кончикъ пальца, смоченный концентрированнымъ растворомъ этой соли, и слегка растираютъ ее. Этому способа не осуждаютъ даже такіе люди какъ Сп. Уэллсъ, Маріонъ Симсъ и Кёберле, но въ Германіи онъ до сихъ поръ не приобрѣлъ сторонниковъ.

При недоступныхъ для перевязки кровотока изъ брюшныхъ покрововъ Сп. Уэллсъ поступаетъ еще слѣдующимъ образомъ: онъ изслѣдуетъ,

прижимая пальцемъ въ окружности кровоточащаго мѣста, съ какою стороны подходит главный сосудъ. Отыскавъ сосудъ, онъ зажимаетъ его въ двухъ точкахъ на нѣкоторомъ разстояніи одна отъ другой введенною изнутри петлею, которая укрѣпляется на брюшныхъ покровахъ. Для той же цѣли употребляли также акупрессуру—частію изобрѣтатель ся Джемсъ Симпсонъ, частію Уэллсъ и др.: Карлсбадская има ввальвается снаружи черезъ брюшные покровы, проводится по брюшинной поверхности подъ кровоточащимъ сосудомъ и прокалывается опять кнаружи.

Кровоточащіе сосуды на самой опухоли также часто требуютъ перевязки, обкалыванія, или, если эти способы непримѣнны, перевязки en masse. Самое радикальное средство для прекращенія подобныхъ кровотеченій, перевязка ножи, часто бываетъ еще невыполнима въ данное время.

§ 160. Частота срощеній вообще и ихъ различныхъ видовъ видна, до нѣкоторой степени, изъ слѣдующей таблицы. Мы получили отъ четырехъ операторовъ континента слѣдующія цифры:

Операторы.	Число случаевъ.	Безъ срощ.	Паріетальн. срощ.	Сальников. срощ.	Кишечн.	Тазов.	Моч. пуз.	Матк.	Печени или селезен.	Брижейк.	Общій.
Кеберле *)	120	32	48	45	15	25	3	5	6	6	10
Ольсгаузенъ	46	11	25	22	8	5	3	3	1	1	
Фейтъ **)	44	11	14	13	7	1	1	1	Въ 8 случ. вовсе не упоминаю о срощ.; вѣроятно это были все легкіе случаи.		
Нуссбаумъ ***)	34	5	24	1(?)	6	7	4	0	1	Кромѣ того 1 разъ на Promontorium.	
Сумма . . .	244	59	111	81	36	38	11	9	8	7	10

Такъ какъ выборъ обнародованныхъ случаевъ у разныхъ операторовъ весьма разнообразенъ, кромѣ того, не всякое срощеніе бываетъ отмѣчено, то и статистика, основанная на такихъ наблюденіяхъ, имѣетъ только второстепенное значеніе. Оставивъ безъ вниманія показанія Кеберле, утверждающаго, что изъ 120 случаевъ, только въ 10 упоминается о повсемѣстныхъ срощеніяхъ; далѣе, принимая во вниманіе показаніе Veit'a, что изъ 44 случаевъ, срощеній не найдено было только въ 8-ми,—то мы получимъ слѣдующее процентное отношеніе на 244 случая: вовсе не было срощеній въ 24% всѣхъ случаевъ; паріетальныя срощенія = 45%; срощенія сальника = 33%; срощенія кишечника 14%; срощенія тазовыя = 15%; срощенія моч. пузыря, матки, печени, селе-

*) Koeberlé et Taule. Manuel opératoire de l'ovariotomie. Paris 1870. стр. 8.

**) Veit по письменному сообщенію.

***) Nussbaum, 34 Ovariotomieen. München 1867.

зени, брыжейки, вмѣстѣ взятыхъ = 14%. Напротивъ, Сп. Уэллсъ нашелъ, на 500 случаевъ, 296 совершенно свободныхъ отъ срощеній, или же послѣднія были въ высшей степени незначительны, т. е. всего 59%.

ГЛАВА XXX.

Уменьшеніе опухоли.

§ 161. Самымъ лучшимъ способомъ для уменьшенія опухоли служить троакарь; но примѣненіе послѣдняго возможно только въ томъ случаѣ, когда опухоль состоитъ изъ одной большой полости, когда содержимое послѣдней жидкое и когда главная стѣнка опухоли не легко разрывается. Избравъ мѣсто опухоли, лишенное большихъ сосудовъ и воткнувъ въ это мѣсто троакарь, опорожняють все содержимое опухоли. За тѣмъ возникаетъ вопросъ, что должно дѣлать для дальнѣйшаго уменьшенія опухоли, если, какъ это б. ч. бываетъ, опороженіе одной кисты недостаточно уменьшило опухоль. Если можно съ положительностью опредѣлить существованіе другихъ, большихъ кистъ, то ихъ также должно прокалывать, проникая въ нихъ троакаромъ чрезъ первую проколотую кисту. Но если нѣтъ другихъ, большихъ полостей, или же ихъ нельзя съ точностью распознать, или наконецъ, если опухоль значительно уменьшилась, то проткнуть ее чрезъ первоначально опорожненную кисту покажется небезопаснымъ, — въ такомъ случаѣ слѣдуетъ вовсе вынуть троакарь и затѣмъ расширить первичный проколъ бистуреемъ, стараясь при этомъ, по возможности избѣгнуть пораненія большихъ сосудовъ стѣнки опухоли, обращая вниманіе на то, не произошло ли кровотеченія, часто неизбежнаго въ такомъ случаѣ. Чрезъ расширенное такимъ образомъ отверстіе изслѣдуютъ опухоль однимъ или нѣсколькими пальцами, нѣтъ ли еще значительныхъ кистъ и въ какомъ онѣ находятся положеніи и направленіи. Послѣдніе должно также или проколоть троакаромъ, или же, еще лучше, вскрыть ножемъ, вводимымъ по пальцу. Вытягивая постепенно опухоль, часто легко удается опорожнить содержимое другихъ кистъ, не допустивъ изліянія его въ полость живота.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ можно себѣ позволить прокалывать или вскрыть вторую или третью кисту не чрезъ первоначально вскрытую, а прямо снаружи; въ такомъ случаѣ необходимо тѣмъ или другимъ образомъ закрыть первоначальный проколъ, чтобы устранить возможность изліянія изъ него жидкости въ брюшную полость. Такое закрытіе отверстія прокола лучше всего достигается помощью Ниропскихъ или Нелатовскихъ клещей, и даже рану шивають.

Въ большей части случаевъ не удается достигнуть достаточнаго уменьшенія опухоли однимъ проколомъ троакара, потому что жидкость, будучи густоватою, вытекаетъ очень медленно; часто она вовсе не вытекаетъ изъ

трубочки, просвѣтъ которой можетъ закупориваться густою коллоидною массою, густыми желтыми комками ожирѣвшаго эпителия, свертками фибрина или наконецъ массами жира, волосъ дермоидной кисты. Далѣе, можетъ случиться, что троакаръ разрываетъ дряблую стѣнку опухоли въ такой степени, что большая часть содержимаго вытекаетъ мимо трубки троакара; наконецъ бываетъ и то, что послѣ опорожненія большихъ полостей, остаются еще конгломераты маленькихъ кистъ, для опорожненія которыхъ примѣненіе троакара неудобно.

Если содержимое до того густо, что оно не можетъ вытекать, то должно удалить троакаръ и расширить отверстіе настолько, чтобы можно было войти въ полость кисты цѣлою рукою. Послѣ истеченія жидкаго содержимаго, рукою удаляютъ остающіяся желеобразныя или похожія на медь массы, что довольно трудно бываетъ при большихъ опухоляхъ, потому что тягучія массы очень часто ускользаютъ изъ рукъ обратно въ кисту. Въ такомъ случаѣ часто необходимо бываетъ прибѣгнуть къ употребленію деревянной лопатки, предложенной еще въ 1701 году Houstou помя. Такое очищеніе тягучихъ массъ требуетъ иногда полчаса и болѣе времени.

Второе затрудненіе,—отсутствіе большихъ полостей,—которыхъ можно было бы вскрыть троакаромъ или ножомъ,—также можно преодолѣть помощью руки. Для этого введеннымъ въ первую кисту пальцемъ стараются разорвать перегородки мелкихъ кистъ, избѣгая при этомъ, по возможности, болѣе плотныя части опухоли. Пропешедшее отъ разрыва перегородокъ кровотеченіе бываетъ различно по количеству; нѣкоторыя опухоли почти вовсе не кровоточивы, другія же, особенно съ дряблыми, легко разрывающимися перегородками кровоточатъ очень сильно. Мнѣ самому случилось быть свидѣтелемъ, какъ съ больной, во время наркоза, сдѣлался глубокой обморокъ, и весьма немногаго недоставало, что бы больная погибла на операціонномъ столѣ отъ потери крови. Единственное средство для спасенія больной въ данномъ, какъ и во всѣхъ другихъ подобныхъ случаяхъ, заключается въ возможно быстромъ схватываніи ножи опухоли и прекращеніи кровотеченія.

Третье изъ указанныхъ выше затрудненій—легко-разрываемость стѣнокъ опухоли—будетъ въ тоже время и самое главное. Троакаръ срывается; сдѣланный разрѣзъ увеличивается самъ собою; съ каждою попыткою вывести части опухоли изъ брюшинной раны наружу отрываются куски опухоли; извлеченіе опухоли кажется невозможнымъ. При существующихъ обмененно сращеніяхъ, части стѣнокъ опухоли трудно отдѣлать и онѣ остаются приросшими на многихъ мѣстахъ брюшной стѣнки. Вслѣдствіе постоянныхъ разрывовъ мелкихъ кистъ, содержимое ихъ наводняетъ постоянно операціонное поле. Болтающіеся куски тонкой наружной стѣнки препятствуютъ оцупыванію и не дозволяютъ различать опухоль отъ кишекъ. Еще менѣе возможно контролировать глазами, вслѣдствіе повторяющагося постоянно изліянія жидкости изъ разрывающихся кистъ. Отъ совокупности всѣхъ этихъ препятствій есть отчего оператору придти въ отчаяніе, опасаясь ежминутно за жизнь оперируемой. Когда опухоль достаточно уменьшена, должно стараться захватить опухоль полною рукою и выжимать ее сзади напередъ. Но и это часто не удается,

такъ какъ все подъ рукою разрывается. Въ концѣ концовъ вмѣсто опухоли мы получаемъ комокъ тонкихъ разорванныхъ клочковъ перепонокъ, остатки которыхъ, вмѣстѣ съ жидкостью, запружаютъ брюшную полость и дѣлаютъ ее въ высшей степени нечистою. Единственное утѣшеніе заключается въ томъ, что опухоль всетаки быстро уменьшилась и есть возможность захватить и прижать ножку и тѣмъ положить предѣлъ кровотеченію. Понятно, что очистка брюшной полости очень затруднительна и отнимаетъ много времени. Клебсъ (Virchow's Arch. Bd. 41. стр. 1) описываетъ такой случай, гдѣ легкоразрывавшіяся стѣнки представляли главнѣйшее затрудненіе; другой, подобный же, случай я привожу въ § 198.

§ 162. Когда уменьшеніе опухоли встрѣчаетъ одно изъ приведенныхъ препятствій, то еще труднѣе соблюсти необходимую чистоту во время производства операціи. Если содержимое опухоли будетъ густое или если опухоль состоитъ изъ мелкихъ кистъ, то весьма трудно предохранить брюшную полость отъ загрязненія, исключая развѣ того случая, когда вокругъ сдѣланнаго разрѣза существуютъ паріетальныя сращенія; въ противномъ случаѣ, должно стараться наблюдать за наружными разрѣзами, удерживая ихъ внѣ брюшныхъ покрововъ. Если же и то и другое неудобноисполнимо, то стараются защищать брюшную полость при помощи губокъ.

Особенно при дермоидныхъ кистомахъ, должно стараться препятствовать вхожденію жирныхъ массъ и волосъ въ полость живота. Если, судя по тѣстообразной резистенціи обнаженной опухоли, можно заключить, что содержимое опухоли имѣетъ описанное выше свойство, то должно стараться извлечь опухоль, не уменьшая объема ея. Если въ полость живота попали жировыя массы, то ихъ должно тщательно удалить.

Еще неблагопріятнѣе будутъ тѣ случаи, гдѣ содержимое дермоидной кисты перешло въ нагноеніе или даже въ гнойное разложеніе, какъ это бываетъ въ рѣдкихъ, правда, случаяхъ даже въ не проколотыхъ кистахъ. Гнойное распаденіе чаще всего встрѣчается въ дермоидныхъ кистомахъ; самое незначительное загрязненіе брюшной полости можетъ, въ такомъ случаѣ, имѣть самыя пагубныя послѣдствія.

Въ такомъ случаѣ должно стараться о совершенномъ опороженіи содержимаго всерыгой кисты при помощи губокъ и о немедленномъ закрытіи сдѣланнаго отверстія.

§ 163. При плотныхъ опухоляхъ уменьшеніе объема достигается только съ большимъ трудомъ. Проколъ размягченныхъ кистъ, находящихся нерѣдко въ фибромахъ и фибросаркомахъ, съ цѣлью уменьшенія величины опухоли, не имѣетъ большаго значенія, по причинѣ незначительной величины этихъ кистъ. Поэтому лучше всего стараться вывести плотную опухоль чрезъ брюшную рану, не уменьшая ее предварительно. Для этого часто полезно перекручивать опухоль, которая иногда бываетъ приплюснута спереди назадъ, вслѣдствіе давленія на нее стѣнокъ живота. Какъ бы то ни было, при равной величинѣ опухоли рана живота должна быть больше при плотной, чѣмъ при

мѣшчатой опухоли. Поэтому разрѣзь удлиняютъ вверхъ на сколько окажется необходимымъ. При опухоляхъ, величиною въ голову взрослого человѣка, необходимо бываетъ увеличить разрѣзь выше пупка.

При величинѣ опухоли, равной маткѣ *adterminum*, необходимо бываетъ дѣлать разрѣзь, длиною до 12" и болѣе. Что касается до меня, то я предпочелъ бы уменьшенію опухоли разрѣзь колоссальныхъ размѣровъ, на-

Рис. 23.

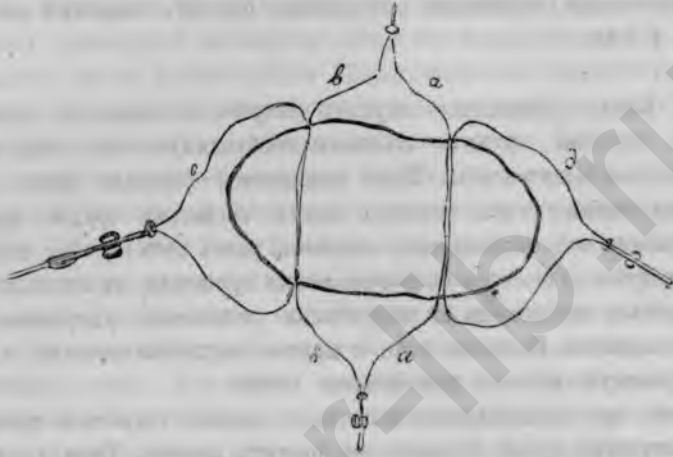


Схема раздробленія твердыхъ опухолей.

поминающихъ глубокую старину. Если же рѣшаются на уменьшеніе объема опухоли, то слѣдуетъ поступать по способу Рѣан'а, употребляемому имъ при плотныхъ опухоляхъ матки, и названномъ имъ *Morsellement* (кроше-ніемъ). *Morsellement* состоитъ въ томъ, что опухоль удаляютъ по частямъ, перевязавъ предварительно каждую часть проволокою. Для этого поступаютъ слѣдующимъ образомъ (см. схему на прилагаемомъ рисункѣ): если напр. желаютъ раздѣлить опухоль на три части, то въ двухъ разныхъ мѣстахъ опухоли проводятъ черезъ нее по 2 проволоки въ каждомъ мѣстѣ. Концы двухъ разныхъ проволокъ (а и б Рис. 23) одной стороны захватываются щипцами (*Serre—pincet*): а концы каждой изъ двухъ остальныхъ проволокъ с и d захватываются другимъ *Serre—pincet*, и затѣмъ продолжаютъ скручивать проволоки до полного сжатія главныхъ сосудовъ. Послѣ этого удаляютъ каждую часть опухоли отдѣльно, причемъ должно старательно избѣгать близкаго прикосновенія ножомъ къ проволочнымъ петлямъ, такъ какъ послѣднія очень легко сдвигаются, если захваченныя въ нихъ части опухоли не были довольно значительны. Далѣе, послѣ удаленія каждой части (трети) опухоли, необходимо стягивать петлю плотнѣе, потому что, вслѣдствіе кровотеченія съ поверхности разрѣза, уменьшается также объемъ культи впереди проволоки, которая отъ того расслабляется.

Проволоки лучше всего проводить помощью длиннаго, тонкаго троакара, чрезъ заостренный конецъ котораго и протягиваютъ проволоку. Предложенныя

для той цѣли П е а номъ большія, ланцетоводныя иглы, снабженныя ушками въ которыя вдѣваютъ проволоки, менѣе удобны.

Во всякомъ случаѣ, операція эта отнимаетъ много времени, и очень трудно избѣгнуть изліянія крови въ брюшную полость. Ко всему этому можетъ присоединиться обильное кровотеченіе или изъ укуловъ опухоли или изъ пораненныхъ поверхностей, особенно когда прижатіе толстыхъ и плотныхъ массъ опухоли не будетъ достаточно, или же когда петля проволоки сдвинется съ мѣста.

Поэтому, при малѣйшей возможности, слѣдуетъ воздержаться отъ всякаго уменьшенія величины опухоли, замѣняя его лучше большимъ разрѣзомъ и проникая прямо до ножен.

§ 164. Удаленіе опухоли изъ полости живота, послѣ предварительнаго уменьшенія и освобожденія ея отъ сросеній, обыкновенно не представляетъ особенныхъ затрудненій, исключая тѣхъ случаевъ, когда стѣнки очень легко разрываются.

Если притягиваніемъ рукою или помощью Н у г о р'овскихъ вѣшей не удастся вытянуть опухоль чрезъ недостаточно широкое отверстіе, то вводятъ всю руку въ опухоль и выжимаютъ ее сзади кпереди, или же притягиваютъ ее за плотныя перегородки внутреннихъ вѣшей. Сп. Уэллсъ и др. совѣтуютъ избѣгать прижатія брюшной раны, а въ случаѣ надобности, лучше болѣе расширить разрѣзъ. Я не раздѣляю этого опасенія, и мнѣ не разъ уже удавалось, даже съ нѣкоторымъ усиліемъ и довольно сильнымъ притягиваніемъ, высвободить опухоль, не прибѣгая къ расширенію раны.

Если мы имѣемъ дѣло съ однокамерными опухолями въ клиническомъ смыслѣ, удаленіе которыхъ, несмотря на достаточное уменьшеніе ихъ, все еще не удается, то совѣтывали (Нуссбаумъ, Уэллсъ и др.) захватить заднюю стѣнку кисти снаружи, втянуть ее въ полость кисти и вытащить такимъ образомъ вывороченную кисту. Нуссбаумъ воспользовался этимъ способомъ въ одномъ случаѣ съ успѣхомъ, а въ другомъ съ несчастнымъ исходомъ. Во всякомъ случаѣ способъ этотъ примѣнимъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ и требуетъ всегда величайшей осторожности, такъ какъ никогда нельзя быть увѣреннымъ, что вмѣстѣ съ опухолью не будетъ вытянута другая какая нибудь важная часть, а равно трудно узнать какія могутъ быть резорваны сросенія.

Такимъ образомъ, если легкимъ притягиваніемъ не удастся извлечь опухоль, то не слѣдуетъ продолжать попытку, но должно обследовать со всѣхъ сторонъ опухоль, чтобы убѣдиться какія препятствія мѣшаютъ извлеченію ея. Послѣднія могутъ заключаться въ сросеніяхъ здней стѣнки опухоли (съ позвоночнымъ хребтомъ, съ почками и пр.), полости таза, въ ущемленіи части опухоли въ полости таза, или же они зависятъ отъ вторичныхъ, еще не распознанныхъ кистъ, препятствующихъ своею величиною.

ГЛАВА XXXI.

О ножкѣ и леченіи ея.

Литература: Sp. Wells: Clinical remarks on different modes of dealing with the pedicle in ovariotomy. Brit. med. J. Oct. 1866. стр. 378.—Koeberlé et Taule: manuel opératoire, Paris 1870.—Rost: Der Stiel der Ovarientumoren und seine Bedeutung. Diss. Breslau 1869.—Tixier: Le pédicule et son traitement après l'opération de l'ovariotomie. Thèse. Strassb. 1869.—Kaltenbach R.: Beitrag zur Anatomie und chirurgischen Behandlung der Ovarialtumoren. Ztschr. v. Martin und Fasbender. 1876. I. стр. 537.—Waldeyer: Arch. f. Gyn. I стр. 255. 1870.—

О въ брюшинномъ леченіи ножки: Stilling: Holscher's Annalen 1841: Н. 3 стр. 251 и Н. 4 стр. 393. Schuchardt's Ann. Ztschr. f. pr. Hlk. 1865 и Jenaische Annalen 1849. I. стр. 129.—E. W. Duffin: medico-chir. transact. vol. XXXIV. стр. 1—5. 1850.—Langenbeck: Deutsche Klinik. 1851 Nr. 21 стр. 223.—Busch W.: Chirurgische Beobachtungen. Berlin 1854.—H. Storer: Amer. J. of med. Sc. 1868. Jan. стр. 77.

Объ употребленіи зажима Sp. Wells: med. t. a. gaz. Oct. 30. 1869. стр. 530.—Gr. Hewitt: Brit. med. J. Oct. 1. 1870.—Lloyd Roberts, Manchester med. and surg. Rep. Oct. 1871. стр. 94.—W. L. Atlee: Amer. J. of med. Sc. April 1871. стр. 370.

О каутеризаціи ножки: John Clay: med. times. Juni 1862.—Baker Brown Transact. obst. Soc. Lond. VII. 1866. стр. 28. VIII. 1867. стр. 109.—Spiegelberg: Monatsschr. f. Gebk. Bd. 27. 1866. стр. 368 и Bd. 30. 1867. стр. 431.—Routh: Lancet 1866. vol. II. стр. 578.—Harper: Lancet 1867, стр. 118.—Maslowsky: Centralbl. f. d. med. Wissenschaft, 1868. Nr. 56 и Langenbeck's Arch. Bd. IX.—Krawowsky: De l'ovariotomie, Petersburg 1868.—Keith: Lancet. April 15. 1876.—

Объ экзарезѣ: J. L. Atlee: North. amer. med. chir. Rev. July 1858.—Pope: Amer. J. of med. Sc. April 1859.—

Перекручиваніе ножки: Maisonneuve: Des opérations applicables etc. Paris 1850 (Anal. f. Frauenkrankh. VII. стр. 466).—Humphrey: Amer. J. of obst. Febr. 1869. стр. 429.—McLeod: Lancet 1871. Vol. I. стр. 108.—Jessup: Lancet 1871. Dec. стр. 654.—

Акупрессура и флюпрессура: J. Simpson: Edinb. med. J. vol. V. 1860. стр. 649 и clin. lect. on diseases of women. 1872. стр. 506.—v. Bruns: Chirurgische Heilmittellehre стр. 259.—P. v. Bruns: Die temporäre Ligatur der Arterien. Arch. f. Chir. Bd. V.—Aveling: J. H. Lond. obst. Soc. transact. VII. 1866 стр. 229.—Böcker: Ztschr. von Martin und Fasbender 1876. I. стр. 366.—

О перевязкѣ сосудовъ ножки: Busch: Chirurgische Beob. Berlin 1854 (Canstt's Jb. 1854. 4. стр. 220). Miner J. F.: Buffalo med. and surg. J. June 1866. стр. 423.—Tyler Smith: London. obst. Soc. transact. VI. 1865 стр. 66.—Hayes: Dubl. quaterl. J. Nov. 1871.—

Торзія сосудовъ ножки: Beebe: Amer. J. of med. Sc. 1871. April. стр. 353.

О лигатурѣ en masse: Olshausen: Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 11 и Volkmann's kl. Vorträge Nr. 111.—Hofmokl: Wien. med. Presse 1873 Nr. 33.

О вылущеніи: Miner: Buffalo med. and surg. J. June 1869. стр. 420. Amer. J. of med. Sc. Oct. 1872. стр. 391.—Knight: Amer. J. 1872. стр. 434.—Logan: ibidem July 1873 стр. 122.—Graig: ibidem 1874 стр. 286.—Mursick: ibidem 1874. стр. 119.—Burnham: Bost. med. and surg. J. July 1873.

О леченіи внутрн-связочныхъ образованій: Péan et Urdu: Hystérotomie 1873.—Urdu: Examen de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie. Paris 1874.—Kaltenbach: Ztschr. i. Gebh. u. Frauenkrankh. I. 1876. стр. 537.—Hegar:

die Exstirpation grosser Fibromyome des Uterus durch die Laparotomie. Berl. klin. Wochenschr. 1876, Nr. 12.—Hegar: Exstirpation des Uterus und der Eierstöcke durch die Laparotomie. Wien. med. Presse 1877, Nr. 14 do 17.—Kimball: Bost. med. and surg. J. Aug. 31. 1876.—Th. Keith: Lancet 15. May 1875.—Olshausen: klinische Vorträge, Nr. 111. 1877.—

Анатомія ножки.

§ 165. Для того чтобы употребить правильный прием при операции ножки безусловно необходимо точное знание анатомических отношений этого образования.

Отношения эти в большинстве случаев просты. Опухоль, как бы вырастающая из задней пластинки широкой связки, достигнув известной величины, вытягивает подлежащие части в шнуровидное образование, которое всегда содержит 3 легко различаемых части—широкую связку, связку яичника и Фаллопиеву трубу и, редко кроме них, еще круглую связку матки. Различная ширина и толщина ножки существенно зависят от отношения к ней широкой связки. Труба своей боковой частью довольно плотно прилегает на большем или меньшем протяжении к наружной поверхности опухоли. Средней своей частью она входит в состав ножки. *Lig. ovarii* входит в состав ножки по всей своей длине. Она часто бывает значительно утолщена, часто также удлиннена, и если развернуть ножку по плоскости, то связка яичника лежит у верхнего ее края, а труба у нижнего. Как *Lig. ovarii*, так и *Lig. latum* может подвергнуться некоторой гиперплазии, которая, судя по ее нередко бледнокрасноватому цвету, существенно зависит, по видимому, от увеличения числа ее мышечных элементов.

Различная толщина составных частей ножки, в особенности превращение связки яичника в жесткий шнурок, обуславливает неравномерность ножки, которая может оказаться весьма неприятным обстоятельством при операции с зажимом. Если зажим не кольцеобразный, а состоит из двух параллельно лежащих ветвей, то более тонкие части опухоли зажимаются недостаточно крепко и могут даже вытянуться из зажима, а вследствие этого может выскользнуть и вся ножка.

Длина ножки, как сказано, весьма различна; в большинстве случаев она доходит до 3—4 цтм. и более, так что можно с удобством наложить на нее двойную лигатуру и перерезать в промежутке, оставляя значительные массы ткани. В редких случаях ножка достигает 10—12 цтм. длины.

Объем ножки, ее ширина и массивность также существенно зависят от широкой связки, отчасти вследствие ее общей гиперплазии, отчасти вследствие развития в ней больших сосудов. Иногда можно бывает насчитать с полдюжины толстых венных стволов, проходящих в ней и вздувающихся ее. Сп. Уэллс говорит о венах, которые походили на кроличьи уши.

Отношение трубы, почти всегда без исключения, такое, что участок ее, длиною от нескольких до 15 цтм. и более, лежит на опухоли и должен быть удален вместе с нею. Но эта часть почти всегда отделяется от

стѣнки опухоли короткою Mesosalpinx, въ чемъ можно убѣдиться, пробуя поднять трубку.

Какъ ни обычно такое отношеніе, тѣмъ не менѣе встрѣчаются и здѣсь исключенія. Труба можетъ прилегать къ опухоли только бахромками, да и тѣ могутъ такъ легко отдѣляться, что ихъ не удаляютъ и вся труба остается на мѣстѣ. Я видѣлъ такое отношеніе нѣсколько разъ. Гораздо рѣже случается, что труба тѣсно прилегаетъ къ стѣнкѣ вѣсты своимъ боковымъ концомъ, такъ что Mesosalpinx на самой наружной части ея отсутствуетъ. Я видѣлъ недавно такое отношеніе на одномъ яичникѣ, растянутомъ, также какъ яичникъ другой стороны, до громаднѣхъ размѣровъ, такъ что оба они, экстирпированные вмѣстѣ (случай 49) вѣсили 60 фунтовъ. Mesosalpinx можетъ отсутствовать только въ такомъ случаѣ, если пластинки *Alae vesperilionis* пошли на покрывку опухоли. Такой случай предполагаетъ вростаніе опухоли въ широкую связку, стало быть увеличеніе и перерожденіе вѣбрюшинной части яичника, вдвинутой между листиками *Peritonei*. Несмотря на такія условія, вѣдствие натягиванія связки можетъ еще образоваться порядочная ножка, и въ упомянутомъ случаѣ она дѣйствительно существовала и имѣла довольно значительную длину.

Въ среднемъ выводѣ, самыя выгодныя ножки, т. е. длинныя, тонкія и содержащія мало сосудовъ, составляютъ принадлежность простыхъ вѣствъ яичника; тогда какъ при необычайно сильной пролиферациі вѣствъ встрѣчается обыкновенно наибольшее обиліе сосудовъ. По *Bryant* у короткія, толстыя ножки содержатъ большею частью лишь сосуды меньшаго калибра, тонкія же, напротивъ, часто содержатъ толстыя сосуды. Говорятъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ находили ножки, почти не содержащія сосудовъ (*Atlee*, стр. 34).

Чѣмъ толще ножка, тѣмъ она обыкновенно бываетъ крѣпче. Встрѣчаются ножки необыкновенно хрупкія. Такъ *Мидъ* (*Brit. med. Journ. Nov. 26. 1870*) нашелъ до того непрочную ножку, что она порвалась и не потребовалось перевязки для остановки кровотеченія. Подобная ломкость обуславливается кажется, преимущественно процессомъ жироваго перерожденія и проницаніемъ кровью.

О перекручиваніи ножки было уже говорено подробно. Послѣ раскручиванія при операціи такая ножка всегда оказывается довольно длинною, но пропитанною кровью и болѣе или менѣе хрупкою.

Весьма неприятное осложненіе представляетъ срощеніе съ ножкою другихъ образований. Это случается большею частью съ широкими ножками. Прирастаютъ въ большинствѣ случаевъ петли тонкихъ кишекъ. Иногда нѣтъ надобности приступить къ отдѣленію ихъ—операціи всегда не безразличной—если можно навѣрное отдѣлить ножку на нѣкоторомъ разстояніи впереди срощеній. Въ рѣдкихъ случаяхъ ножка бываетъ двойная, если между трубою и *Lig. ovarii* возникаетъ щель (*Сп. Уэллсъ и Нуссбаумъ*, случай 20).

§ 166. Ножка можетъ отсутствовать, но характеръ и значеніе этого факта бывають необыкновенно различны. При маленькихъ опухоляхъ связка яичника съ широкой связкой можетъ представлять еще совершенно нормальныя, неизмѣненныя отношенія. Это едвали когда нибудь можно найти при

опухоли, давшей показаніе къ овариотоміи. Но такое отношеніе конечно можно найти послѣ экстирпаціи одного яичника на второмъ, если онъ находится въ начальномъ періодѣ дегенераціи. Какіе при этомъ нужны техническіе приемы, объ этомъ всего удобнѣе будетъ стало быть сказать при *ovariotomia duplex* (§ 208).

Но можетъ также случиться, что яичникъ, срощенный во многихъ мѣстахъ, довольно большой и развившійся въ брюшной полости, всетаки совсѣмъ не представляетъ ножки. Такого рода былъ 110 случай Сп. Уэллса. О немъ говорится слѣдующее: никакихъ срощеній съ брюшною стѣною нѣтъ, но сальникъ былъ вѣрно прикрѣпленъ къ верхней части кисты и соединенъ снизу съ брыжейкою. Уэллсъ прокололъ нѣсколько большихъ кистъ, одну за другою, вывелъ опухоль наружу и нашель, что она не имѣла ножки. Оказалось, что опухоль получала кровь только отъ сосудовъ сальника и брыжейки. Дно матки было шероховато на ощупь, но не было ни трещины, ни разрыва на томъ мѣстѣ, гдѣ должна была отдѣлиться Фаллопиева труба, не было также и кровотеченія.—Я также въ одномъ случаѣ отдѣлилъ множество пристѣночныхъ, оментальныхъ и тазовыхъ срощеній и думалъ, что добрался наконецъ до ножки, но увидѣлъ вмѣсто нея лишь тонкій шнурокъ, не содержащій ни одного изъ характерныхъ для нея образований. Шнурокъ этотъ имѣлъ скорѣе характеръ перемычки и прикрѣплялся не къ маткѣ, а болѣе кнаружи къ широкой связкѣ.

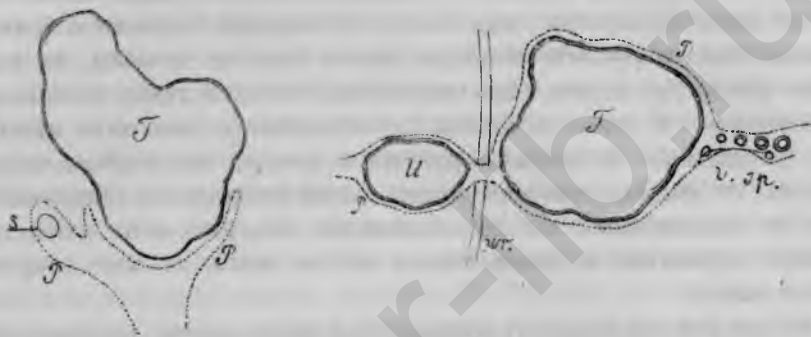
Нельзя конечно исключить возможность и такого случая, что при отдѣленіи многочисленныхъ срощеній въ глубинѣ отдѣляются вмѣстѣ съ ними, не замѣчая этого, и ножку, и потомъ не доискиваются ея. Но въ виду характерныхъ составныхъ частей ножки такой недосмотръ трудно допустить, между тѣмъ какъ съ другой стороны отсутствіе ножки сидящей на нормальномъ мѣстѣ и состоящей изъ извѣстныхъ образований, не только мыслимо, но и доказано анатомически. Полное отдѣленіе яичника отъ материнской почвы можетъ быть вызвано предшествующимъ перекручиваніемъ (см. § 56).

Третій видъ отсутствія ножки тождественъ съ разрастаніемъ увеличеннаго яичника между листками широкой связки, съ междусвязочнымъ развитіемъ опухоли. Анатомическія условія этого способа развитія разобралъ до сихъ поръ подробнѣе одинъ только Кальтенбахъ, и разобралъ превосходно. Увеличеніе яичника съ выдреніемъ между листками широкой связки можетъ представлять весьма различныя степени. Можетъ произойти лишь частичное расхожденіе брюшинной складки, такъ что надъ тазовымъ дномъ остается еще часть широкой маточной связки, которую нужно перевязать. Точно также могутъ остаться неразвернутыми боковыя части дубликатуры со стороны матки или тазовой стѣнки. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, опухоль доходитъ до самой матки, съ которою она такимъ образомъ вступаетъ въ тѣсное соединеніе широкимъ основаніемъ; точно также она можетъ дойти по направленію кнаружи до стѣнки таза; здѣсь подающаяся впередъ опухоль можетъ даже раздвинуть и дубликатуру, идущую къ *Fossa iliaca* и извѣстную подъ названіемъ *Lig. infundibulo-pelvicum*, и такимъ образомъ можетъ возникнуть широкое соединеніе съ мышцами *Fossae iliacaе*. Та-

вѣтъ путемъ, какъ указываетъ Сп. Уэллсъ, можетъ даже образоваться слѣва соединеніе опухоли съ Mesocolon Flexurae sigmoideae, справа съ Mesocolicum. Книзу и взади растущей опухоли тоже нѣтъ надобности ограничиваться основаніемъ широкой связки; она можетъ пробраться подъ брюшину Дугласова пространства, стало быть проникнуть между Rectum и Vagina. И дѣйствительно, я видѣлъ подобное распространеніе при одной двусторонней опухоли (случай № 6. Berl. klin. Wochenschr. 1876 № 11)—эксевизитной папиллярной кистомѣ. (см. Рис. 9 стр. 55). Рисунокъ представляетъ вынутыя при операциіи вмѣстѣ съ почти всею маткой между-связочныя части обѣихъ кистомѣ. Съ каждой стороны осталось по порядочному участку крупнои папиллярной

Рис. 24.

Рис. 25.



Сагитальный разръзъ. Внутри связочная опухоль. Горизонтальный разръзъ.

U—Uterus. T—Tumor. S—Tuba. P—Peritoneum. Ur—Ureter. V. sp—Vasa Spermatica.

кисты. После смерти пациентки, наступившей черезъ 17 дней, оказалось, что опухоль дошла въ брюшины впереди rectum почти до задняго прохода. Такимъ образомъ, она ни въ какомъ случаѣ не могла быть экстирпирована цѣлкомъ.

Шпигельбергъ (Arch. f. Gyn. I. 1. стр. 71) говоритъ объ одномъ подобномъ-же случаѣ, что когда онъ отдѣлялъ всѣ сращения, то: «Несмотря на это, опухоль все-таки не удается вывести всю изъ раны, потому что она сидитъ овально-заостреннымъ сегментомъ въ полости таза между пластинокъ лѣвой широкой связки: лѣвая сторона задней поверхности матки плотно прилегаетъ къ основанію опухоли; серозная оболочка, т. е. внутренняя пластинка широкой связки, проходитъ по прямой плоскости черезъ опухоль и матку.» Шпигельбергъ разорвалъ эту пластинку, вынулъ опухоль, образовалъ по направленію къ маткѣ родъ ножки, которую можно было зажать, и наложилъ лигатуру en masse. Больная умерла черезъ 23 часа отъ внутренняго кровотеченія.

Кальтенбахъ тоже описываетъ подобный случай. Ему принадлежитъ вмѣстѣ съ тѣмъ та заслуга, что онъ обратилъ вниманіе на то, какъ можетъ измѣняться расположеніе сосудовъ опухоли влѣдствіе развертыванія широкой связки. Вмѣсто того, чтобы лежать вмѣстѣ, образуя настоящій пучекъ, какъ вообще лежатъ vasa spermatica на боковой сторонѣ основанія опухоли и vasa

uterina на срединной его сторонѣ—они теперь раздвигаются, смѣщаются и уже не могутъ быть перевязаны всѣ вмѣстѣ.

Сосуды Plexus pampiniformis, проходящіе надъ сводомъ рукава, при сильномъ ростѣ опухоли также подаются внизу; ближе къ своду.

Мочеточникъ тоже можетъ очутиться въ опасномъ близкомъ сосѣдствѣ, равно какъ большіе vasa iliaca, если опухоль растетъ по направленію къ подвздошной впадинѣ. Прилагаемые рисунки 24 и 25 поясняютъ локализацию опухоли относительно матки, трубы, сосудовъ и мочеточника.

Отношенія усложняются еще болѣе, если наружныя поверхности раздвинутыхъ широкихъ связокъ срастаются съ сосѣдними частями; сращения эти могутъ заходить весьма далеко. Кишки, въ томъ числѣ прямая, задняя поверхность матки суть ближайшія и всего чаще прирастающія части. Мало того опухоль можетъ оттянуть широкую связку соответственной стороны такъ далеко назадъ, что эта послѣдняя прирастаетъ даже къ Lig. latum другой стороны.

Усмотрѣть всѣ эти отношенія при операциі можетъ быть въ высшей степени трудно, даже невозможно; ихъ часто не удается уяснить даже при секціи. Понятно, насколько менѣе можетъ быть возможно поставить точный діагнозъ *intra vitam*.

Послѣ этого разсмотрѣнія анатомическихъ отношеній переходимъ къ

Леченію ножки.

§ 167. Многочисленные способы леченія ножки распадаются на двѣ группы—внутри и внѣбрюшинное леченіе.

При леченіи внутрибрюшинномъ ножку погружаютъ въ брюшную полость, принявъ предварительно тѣ или другія мѣры противъ кровоточенія. Эта цѣль достигается:

- 1) Перевязкою *en masse*,
- 2) Перевязкою сосудовъ отдѣльно,
- 3) Отжиганіемъ ножки,
- 4) Отнятіемъ посредствомъ эбразера,
- 5) Перекручиваніемъ ножки,
- 6) Акупрессурой.

Внѣбрюшинное леченіе имѣетъ цѣлью удержать поверхность равы ножки внѣбрюшной полости. Это достигается:

- 1) Укрѣпленіемъ помощью иглъ, проведенныхъ черезъ ножку,
- 2) Вшиваніемъ ножки,
- 3) Помощью зажима.

Въ настоящее время изъ всѣхъ этихъ способовъ, которые еще варьируются различнымъ образомъ, распространены только три, уже разсмотрѣнные выше (§ 150), а именно операциа съ зажимомъ, перевязка *en masse* и отжиганіе.

Разсмотримъ прежде всего отдѣльные способы въ историческомъ и техническомъ отношеніяхъ:

§ 168. 1) Перевязка en masse, если еще не сдѣлалась, то вѣроятно весьма скоро сдѣлается наиболѣе распространеннымъ способомъ. Въ тоже время это старѣйшій способъ, такъ какъ М.к. Доуэлль употребилъ его при своей первой операціи, причемъ вывелъ нити лигатуры черезъ нижній уголь раны. Изъ операторовъ перваго времени примѣру его слѣдовали Крисмаръ, Квиттенбаумъ, Lizars, Ф. Бэрдъ, Дж. Л. Этли и др.

Въ настоящее время погружающіе ножку не выводятъ болѣе нитей наружу, а обрѣзаютъ ихъ коротко, потому что выведение (такъ назыв. длинная лигатура), не представляя никакихъ преимуществъ, невыгодно въ томъ отношеніи, что брюшная рана при немъ должна оставаться открытою впродолженіи нѣсколькихъ недѣль, иногда цѣлые мѣсяцы; такъ долго длится иногда отдѣленіе лигатуръ, наложенныхъ en masse. Пизли наблюдалъ выходеніе ихъ черезъ 18 недѣль.

Вообще принято перевязывать толстыя ножки, раздѣливъ ихъ на 2 или части, въ исключительныхъ случаяхъ на 4. Обыкновенно бываетъ достаточно раздѣленія на 2 половины, и его производятъ въ самой тонкой, средней части ножки, по возможности простымъ давленіемъ пальцевъ, причемъ всего вѣрнѣе можно избѣгнуть кровотеченія. Раздѣлить ножку пальцемъ удастся довольно часто. Въ одну половину попадаетъ труба, въ другую Lig. ovarii. Если палецъ оказывается недостаточнымъ для этой цѣли, то можно употребить перевязочную иглу, снабженную двойной лигатурой, или наконецъ острую кривую иглу. Пизли прокалываетъ ножку иглою, снабженною ушкомъ и рукояткой (игла Брунса или Бурова), въ которую продѣта петля изъ нитки. Между нитяною петлей и иглой вкладывается петля, приготовленная для перевязки, и протягивается вмѣстѣ съ иглою черезъ проколотое отверстіе. Послѣ перерѣзки петли обѣ половины ея переплетаются такимъ образомъ, чтобы лигатуры обѣихъ половинокъ ножки захватывали одна другую. Пріемъ этотъ во всякомъ случаѣ весьма цѣлесообразенъ.

Если хотятъ наложить сперва на время экзсеръ, то либо проводятъ самую проволоку черезъ тонкое, по возможности бѣдное сосудами мѣсто, либо берутъ троакаръ, канюля котораго служитъ проводникомъ для проволоки.

Матеріаломъ для перевязки служило по очереди все, что только можно придумать. Сначала брали для этого полоски кожи, бичевку, а также кишечныя струны и нити, приготовленныя изъ кишекъ шелкоичнаго червя (извѣстныя въ продажѣ подъ названіемъ «морской травы», silk-worm-gut или Флорентинскихъ нитокъ). Въ настоящее время большинство операторовъ употребляетъ шелкъ или нитки, другіе серебрянную проволоку и наконецъ кѣгутъ. При антисептическомъ способѣ леченія результаты, кажется, получаются одинаковые при всякомъ матеріалѣ. Во всякомъ случаѣ важно затягивать лигатуры какъ можно крѣпче, при толстой ножкѣ дѣлать поверхъ хирургическаго узла еще два другихъ, и для предупрежденія соскальзыванія оставлять впереди лигатуры толстую массивную часть ножен. Кѣгутъ, какъ перевязочный матеріалъ для ножки, подвергался упрекамъ въ томъ, что онъ легко соскальзываетъ, что невозможно плотно затянуть его и что узлы на немъ распускаются; но упреки эти не оправдываются, если только перевязка дѣлается пра-

вильно, а именно: если берутъ двойную нить кэтуга № 3, затягиваютъ крѣпко, дѣлая руками дрожательныя движенія, завязываютъ тройнымъ узломъ, оставляютъ впереди послѣдняго узла длинныя концы и широкую массу ткани, а при мало малъски толстой ножкѣ стягиваютъ ее сперва проволочнымъ экразеромъ и вкладываютъ лигатуру изъ кэтуга въ проложенный проволокой желобокъ.

Въ пользу преимущества карболованнаго кэтуга передъ шелкомъ и всякимъ инымъ матеріаломъ можно привести два обстоятельства: во-первыхъ, что онъ болѣе всего соответствуетъ строгой антисептикѣ; далѣе при употребленіи его менѣе предстоитъ опасности отъ омертвѣнія конца ножки, вслѣдствіе его растяжимости, а также вслѣдствіе того, что кэтутъ очень скоро обростаетъ тканью.

Противъ проволоки можно привести то, что, для болѣе вѣрнаго сжиманія ножки, необходимо скручивать проволоку, причемъ выдающійся, болѣе длинный конецъ ея дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на кишки и можетъ ихъ даже поранить. Проволоку неудобно завязывать простымъ узломъ; она легко стибается и вслѣдствіе этого не достаточно и невѣрно сжимаетъ ножку, не гарантируя такимъ образомъ отъ кровотеченія. Пизли сообщаетъ, что въ одномъ случаѣ, не смотря на наложенныя имъ 6 проволочныхъ лигатуръ, онъ не могъ остановить кровотеченіе, и долженъ былъ прибѣгнуть къ шелковой лигатурѣ.

Hofmokl предложилъ, для избѣжанія послѣдовательныхъ кровотеченій, перевязать ножку по частямъ нитяными шнурами, а поверхъ послѣднихъ, въ образовавшійся желобъ, наложить резиновый шнурокъ. Въ основіи этого предложенія лежитъ та, совершенно вѣрная идея, что, какъ бы туго не была наложена лигатура, ножка все-таки утончается, въ особенности, когда она была перерѣзана и изъ культи вытекла кровь. Въ такомъ случаѣ самая тугая лигатура расслабляется и можетъ послѣдовать кровотеченіе. Опасность эту можно избѣгнуть, если предварительно перетянуть помощью проволочнаго экразера всѣ толстыя части. Кромѣ всего этого, кэтутъ заслуживаетъ предпочтенія по своей значительной эластичности. Erichsen (Ass. med. J. Ja 13. 1854. стр. 37) совѣтовалъ отсепаровывать отъ обрюшичнаго покрова ножки полоску, чтобы тѣмъ вѣрнѣе захватить и прижать лигатурою всѣ ткани ножки, но такой образъ дѣйствія требуетъ много времени и совершенно излишенъ.

Въ томъ случаѣ, когда ножка богата кровью и части вообще очень объемисты для одиночныхъ лигатуръ, очень хорошо наладывать, кромѣ того, какой бы не былъ употребляемъ матеріалъ, нѣсколько лигатуръ en masse, напр. одну общую лигатуру на всю ножку, а впереди или позади послѣдней, по одной лигатурѣ на каждую половинку ножки.

Основываясь на томъ, что лигатура очень легко соскальзываетъ, Хегаръ и Кальтенбахъ считаютъ опаснымъ довольствоваться простымъ наложеніемъ лигатуры на ножку и укрѣпленіемъ ея узломъ. Они требуютъ, чтобы ножку прокалывали въ нѣсколькихъ мѣстахъ и перевязывали ее по частямъ, или, если ножка очень тонка, то протянутую чрезъ нее нитку обвить вокругъ одной половинки ножки, затѣмъ пртянуть нитку чрезъ тоже отверстіе и обвить

ею другую половинку, и завязать; тоже совѣтовалъ Митгау въ 1865 г. Я сомнѣваюсь, чтобы такая восьмиобразная перевязка обѣихъ половинокъ ножки могла бы стянуть ихъ настолько крѣпко, чтобы она гарантировала отъ послѣдовательнаго кровотеченія. Я считаю совершенно достаточнымъ наложеніе на тонкую ножку простой лигатуры; если же хотять перевязывать ножку по частямъ, то для каждой изъ нихъ необходима отдѣльная нитка, которую и связываютъ отдѣльными узлами. Только въ томъ случаѣ, когда ножка очень коротка и нельзя оставить впереди лигатуры куска, поврайней мѣрѣ, длиною въ 1,5 цтм., слѣдуетъ, даже при тонкой ножкѣ, дѣлать перевязку, вмѣстѣ съ провалываніемъ ножки въ нѣсколькихъ мѣстахъ.

Необходимо еще упомянуть объ особенномъ способѣ наложенія лигатуръ en masse, обнародованномъ Пизли въ 1869 году. Онъ беретъ сплюснутую серебрянную трубочку, длиною въ 3-4" и шириною въ $\frac{1}{2}$ ", снабженную на обѣихъ плоскихъ поверхностяхъ небольшими отверстиями, отстоящими одно отъ другаго на $\frac{1}{3}$ ". Трубочку эту кладутъ возлѣ ножки; каждую половинку раздѣленной на двѣ части лигатуры en masse прежде чѣмъ ее связываютъ въ узелъ, продвѣваютъ поперегъ чрезъ просвѣтъ канюли. Сдѣлавши узлы, концы лигатуры выводятъ возлѣ канюли изъ раны живота, оставляя ихъ вмѣстѣ въ нижнемъ углу брюшной раны. Операторъ можетъ, если онъ найдетъ нужнымъ, перерѣзать обѣ лигатуры внутри канюли. Для этого Пизли изобрѣлъ особенный ножикъ. Лигатуры перерѣзываютъ между 2 и 4 днемъ.

Цѣль этого способа заключается, слѣдовательно, въ томъ, что лигатуры можно удалить какъ скоро онѣ исполнили свою задачу. Но способъ этотъ не позволяетъ совершеннаго закрытія брюшной раны и поэтому онъ не совсѣмъ удобенъ, не говоря уже о томъ, что послѣ всего того, что намъ стало извѣстно изъ опыта объ участи погруженныхъ лигатуръ, цѣль этого способа потеряла свое значеніе.

Возраженія, дѣлаемые противъ лигатуръ en masse и погруженія ножки, заключаются въ слѣдующемъ:

1) Лигатура не гарантируетъ отъ послѣдовательныхъ кровотеченій и не въ состояніи ихъ прекратить.

Это возраженіе послужило, по всему вѣроятію, главнымъ побудительнымъ поводомъ къ открытію и распространенію вѣнбрюшиннаго способа леченія ножекъ. Нельзя отрицать, что въ прежнее время, нѣкоторые больныя погибали послѣ оваріотоміи отъ внутренняго кровотеченія. Но съ тѣхъ поръ, какъ мы научились перевязывать ножку по частямъ, какъ стали употреблять лучшей матеріалъ для лигатуръ и въ тоже время стали лучше ихъ накладывать, — случаи истеченія кровью изъ перевязанной ножки сдѣлались рѣдкостью, и едва ли въ наше время кто либо опасается такихъ неудачъ. Должно главнымъ образомъ придерживаться слѣдующихъ правилъ: туго стягивать лигатуры, перевязывать ножку по частямъ, отрѣзывать ножку, отступая далеко отъ лигатуры.

2) Далѣе указываютъ на раздраженіе брюшины оставаемыми швами.

3) На опасность гнилостнаго распада ножки и всасыванія ихора.

Оба эти пункта мы будемъ имѣть въ виду при изложеніи общаго критическаго обзора внѣ и внутри брюшиннаго метода.

4) Опасность отъ могущаго произойти кровонзліянія въ полость живота изъ погруженной ножки во время наступленія менстואціи, при чемъ можетъ образоваться Haematocoele, вслѣдствіе чего можетъ развиваться перитонитъ.

Опасность эту нельзя отрицать. Точно также, какъ вшитая въ покровы живота ножка можетъ кровоточить во время появленія менструаціи, кровотеченіе можетъ являться по временамъ и изъ погруженной ножки. Случаи этого рода были не разъ наблюдаемы; но, насколько мнѣ извѣстно, ни одинъ изъ нихъ не кончился смертельно. Далѣе успокоительно какъ для врача, такъ и для пациентки, и то, что такіа кровотеченія столько же рѣдко повторяются при погруженной, какъ и при не погруженной ножкѣ.

5) Послѣдній упрекъ, дѣлаемый погруженію, который, на сколько мнѣ извѣстно, еще не былъ произнесенъ, но который еще можетъ когда нибудь играть роль,—заключается въ большей возможности рецидива, если у ножки остались мелкія части опухоли. Но это можетъ случиться только при очень короткихъ ножкахъ, которыя и безъ того не пригодны для вѣбрюшиннаго ихъ заживленія.

§ 169. 2) Отжиганіе ножки помощью Бэкеръ—Броуновскаго или ему подобнаго зажима (§ 150) было уже описано мною раньше, причемъ я обратилъ вниманіе на то, что медленное отжиганіе части ножки впереди живота весьма существенно для превращенія кровотеченія. Тоже значеніе имѣетъ продолжительное прижатіе ножки помощью широкаго зажима въ родѣ Бэкеръ — Броуновскаго. Поэтому способъ отжиганія имѣетъ важное значеніе; отжиганіе ножки помощью гальванокаустики, даже если оно совершается медленно, не представляетъ описанныхъ выше преимуществъ и, слѣдовательно, не гарантируетъ въ той же степени отъ кровотеченія, какъ отжиганіе помощью зажима и каленнаго желѣза.

Гальванокаустика была примѣнена впервые Шпигельбергомъ, въ 1866 и 67 гг. въ 5 случаяхъ, но она мало нашла послѣдователей. Брунсъ и Неггератъ тоже пользовались ею. Впрочемъ и Шпигельбергъ не погружалъ прожженную ножку, а предварительно ее перевязывалъ и затѣмъ уже погружалъ, или же захватывалъ ножку въ зажимъ и укрѣплялъ ее внѣ брюшины.

Способъ отжиганія ножки помощью зажима, примѣненный впервые I. Clay емъ въ Бирмингамѣ, съ цѣлью устраненія сросшей, употреблялся до сихъ поръ въ широкихъ размѣрахъ только немногими операторами, а именно Бэкеръ—Броуномъ, White'омъ (Буфало) и Keith'омъ. Но способъ этотъ имѣетъ за собою блестящіе результаты. Изъ 46 больныхъ, пользовавшихся по этому способу Бэкеръ—Броуномъ (*Ovarian dropsy*, 2-ое изд. стр. 127), выздоровѣли 41. Правда, онъ включилъ сюда и тѣ случаи, гдѣ, послѣ отжиганія, необходимо было прибѣгнуть еще и къ перевязкѣ. Еще блистательнѣе представляются результаты Keith'a, который уже многіе годы, почти во всѣхъ случаяхъ примѣняетъ отжиганіе и погруженіе ножки, притомъ съ такимъ успѣхомъ, какого никто изъ операторовъ до сихъ поръ еще не достигалъ.

Вообще опасаются отжиганія только потому, что при немъ нельзя быть спокойнымъ насчетъ кровотеченія, въ особенности, когда послѣ отжиганія появится частая рвота или сильный кашель. Это опасеніе и было причиною, почему такіе люди какъ Сп. Уэллсъ, Кеберле, W. Atlee, Нуссбаумъ воздерживались отъ серьезнаго испытанія отжиганія помощью зажима. Опасеніе

это не лишено основанія, въ особенности для тѣхъ, кто не часто упражнялся въ этомъ способѣ и не могъ убѣдиться собственнымъ опытомъ. Я откровенно признаюсь, что и я до сихъ поръ не рѣшался на отжиганіе только изъ опасенія, что мнѣ придется дорого заплатить за первые уроки. Что касается до того, на сколько, при настоящемъ состояніи антисептики, отжиганіе цѣлесообразно,— то вопросъ этотъ будетъ нами разобранъ подробнѣе ниже, при критическомъ обзорѣ различныхъ методовъ. Въ настоящее время отжиганіе съ зажимомъ практикуется, изъ всѣхъ извѣстныхъ операторовъ, только Th. Keith'омъ и всегда съ блистательнымъ успѣхомъ. Изъ 50 пользованныхъ имъ по этому методу случаевъ, онъ насчитывалъ только 4 смертныхъ случая (Lancet. April 15. 1876), несмотря на то, что въ 35 случ. существовали обширныя сращения.

Что касается до техники отжиганія, то можно еще замѣтить, что употребляемое для этого раскаленное желѣзо можетъ имѣть самыя разнообразныя формы. Призматическая форма менѣе удобна, чѣмъ гладкая и заостренная. Желѣзо должно быть накалено только до красна. Масловскій схватываетъ ножку щипцами, которыя сжимаютъ ее только въ нѣкоторыхъ точкахъ. Wright предложилъ особенный видъ зажима, который оставляетъ свободными только тѣ части ножки, которыя были каутеризированы, причемъ гораздо легче замѣтить могущія обнаружиться кровотокающія мѣста. Если ножка еще кровоточитъ, то ее можно еще разъ прижечь, если не хотять лучше перевязать ее или же укрѣпить ее вмѣстѣ съ зажимомъ въ наружной ранѣ. Перевязка отдѣльныхъ сосудовъ на прижатой поверхности не удобоисполнима; послѣднюю, вообще не слѣдуетъ трогать, и даже вытирать. Отжиганіе удобнѣе всего производится на толстыхъ, мясистыхъ ножкахъ; на тонкихъ же легче появляется послѣдовательное кровотеченіе. Это, повсему вѣроятію, зависитъ отъ того, что на тонкихъ ножкахъ чаще находятъ небольшое число сосудовъ, но зато калибръ ихъ очень великъ, между тѣмъ какъ въ толстыхъ ножкахъ сосуды—многочисленны, но малаго калибра.

Здѣсь уместно будетъ упомянуть о серозно-пластическомъ методѣ Масловскаго. Чтобы устранить вредъ отъ присутствія прижатнаго струпа въ полости брюшины, Масловскій совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ. Ножку помѣщаютъ предварительно въ зажимъ для сжиманія ея; затѣмъ надъ зажимомъ отдѣляютъ закругленный лоскутъ брюшины съ поверхности опухоли; послѣ этого перерѣзываютъ ножку; кровотокащіе сосуды прижимаютъ блювовиднымъ баленымъ желѣзомъ; поверхность ножки покрываютъ выше упомянутымъ лоскутомъ брюшины, который укрѣпляется взади помощью швовъ изъ серебрянной проволоки.

Быль-ли этотъ методъ испытанъ на живыхъ, кромѣ одного случая экстирпаціи міомы матки, сообщаемого Масловскимъ,—мнѣ не извѣстно. Что касается до устраненія возможности послѣдовательныхъ кровотеченій, то методъ это недостаточенъ, и поэтому и не удобопримѣнимъ.

§ 170. 3) Отдавливаніе (ecrasement) ножки было предложено впервые J. L. Atlee, а W. Atlee примѣнилъ его въ цѣломъ рядѣ случаевъ; Pore (Ст. Луи) употребилъ эвразеръ въ 2 случаяхъ; но чаще другихъ примѣнялъ

escrasement Ногг. Storer; онъ положительно отвергаетъ употребленіе этого инструмента, потоку что онъ втягиваетъ очень много ткани во время ущемленія, причеъ разрывается болѣе сосудовъ, чѣмъ нужно.

Сп. Уэллсъ почти совсѣмъ не употреблялъ экразера; онъ того мнѣнія, что инструментъ этотъ, подобно отжиганію ножки, не гарантируетъ отъ кровотеченія; соединеніе же экразера и отжиганія, напротивъ, представляетъ вѣрную гарантію противъ кровотеченія. Но, какъ кажется, и этотъ способъ не былъ имъ примѣняеъ. Различные операторы (Кэберле, Нуссбаумъ) предлагали и теперь предлагаютъ еще другой способъ, состоящій въ томъ, что ножку захватываютъ проволочнымъ экразеромъ и вмѣстѣ съ нимъ погружаютъ. Привѣрляемый въ нижнемъ углу экразеръ все болѣе и болѣе сдвигивается и когда онъ совсѣмъ ослабляется, то его удаляютъ.

4) Послѣ отдаливанія экразеромъ слѣдуетъ откручиваніе ножки. Мезонневъ, а за нимъ Нимрнгеу примѣняли этотъ способъ, каждый въ одномъ случаѣ. Для этого ножку фиксируютъ, а кисту перекручиваютъ до тѣхъ поръ, пока ножка не отвалится. Способъ этотъ удобопримѣняеъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда ножка не слишкомъ толста и имѣетъ достаточную длину. Мс. Леодъ совершалъ такое откручиваніе при помощи 2 паръ щипцовъ, захватывавшихъ крѣпко ножку посредствомъ приспособленныхъ винтовъ. Передъ наложеніемъ наружныхъ щипцовъ сдвигиваютъ и затѣмъ уже производятъ перекручиваніе. Методъ этотъ теперь совершенно оставленъ.

5) Акупрессура ножки рекомендована Дж. Симпсономъ, но, повидимому, ни онъ самъ, ни другіе не пользовались этимъ способомъ; только В. Фергюссонъ попробовалъ его, и то долженъ былъ отказаться отъ него, и прибѣгнуть къ лигатурѣ. При этомъ способѣ прокалываютъ брюшныя стѣнки длинною, прямою, пуговчатою иглою, въ сторонѣ отъ порѣзанной раны, затѣмъ иглу продвигаютъ тихонько чрезъ отдѣленную уже ножку и, наконецъ, выводятъ ее снова снаружу чрезъ брюшныя стѣнки. Спустя 50—60 часовъ удаляютъ иглу.

Преимущества этого способа, по Симпсону, заключаются въ слѣдующемъ: тазовые органы при этомъ не претерпѣваютъ такого смѣщенія, какъ при употребленіи зажима и не предстоитъ опасности ущемленія кишечной петли. Но, нѣтъ сомнѣнія, что способъ этотъ представляетъ больше опасностей, чѣмъ выгодъ; и прежде всего опасность отъ кровотеченія больше, какъ до удаленія иглы, такъ и послѣ того.

Очень близко подходитъ къ акупрессурѣ неподвижная лигатура (*ligatura amovibilis*) или филопрессура, употребляемая уже много лѣтъ Брунсомъ для артерій при ампутаціяхъ и другихъ операціяхъ. Въ 1865 г. лигатура эта примѣнена была Авелингомъ на ножкѣ при оваріотоміи, причеъ однакоже онъ отдѣлил ножку посредствомъ проволочнаго экразера. Случай окончился счастливо. Въ новѣйшее время филопрессуру снова рекомендовалъ Вöcker. Для этого употребляютъ серебрянную трубку, передній конецъ которой, обращенный къ ножкѣ, раздѣленъ перекладиною на 2 части; другой конецъ трубки раздѣленъ, части сначала разогнуты, затѣмъ дуги ихъ снова сближены и соединяются подъ сѣдломъ. На ножку накладываютъ петлю ли-

гатуры, концы которой проходятъ черезъ трубку; ножку притягиваютъ къ перекладинѣ передняго конца инструмента и такимъ образомъ она сжимается. Концы петли связываютъ надъ сѣдломъ трубки у задняго ея конца. Черезъ нѣсколько дней лигатуру можно перерѣзать и удалить. Для овариотоміи инструментъ этотъ долженъ имѣть значительную длину, чтобы проникнуть черезъ брюшныя покровы и затѣмъ снова быть вытянутымъ наружу. При этомъ способѣ нельзя закрывать рану въ первые дни; поэтому онъ не представляетъ всѣхъ выгодъ внутри брюшиннаго леченія ножки, не говоря уже о томъ, что онъ не чуждъ и недостатковъ послѣдняго. Способъ этотъ затрудняетъ, если не совсѣмъ устраняетъ, примѣненіе строгаго антисептическаго леченія.

6) Изолированная перевязка сосудовъ ножки, кажется, впервые была примѣнена Б. Лангенбекомъ въ 1851 г. въ одномъ случаѣ, правда, съ цѣлью предохранить кровотеченіе изъ ножки. Онъ перевязалъ 5 сосудовъ, но ножку онъ зашилъ въ брюшную рану, такъ что это не было внутри брюшинное леченіе. Нельзя отрицать, что всякій хирургъ предпочелъ бы перевязку всѣхъ сосудовъ отдѣльно наложенію лигатуры en masse, какъ самую раціональную; тѣмъ не менѣе способъ этотъ не привился, потому что онъ кажется всѣмъ не вполне надежнымъ. Только Minet, въ Буфало, употребилъ этотъ способъ, но и онъ предварительно наложилъ временную лигатуру en masse.

Что касается до перевязки видимыхъ на пораненной поверхности ножки сосудовъ съ одновременнымъ употребленіемъ лигатуры en masse,—то она вообще и всѣми всегда примѣняется и теперь. Hayes предлагаетъ обкалывать отдѣльные сосуды ножки подъ брюшиною, захвативъ предварительно провизорно ножку зажимомъ. Но способъ этотъ не примѣнимъ при короткой ножкѣ, такъ какъ необходимо разсматривать послѣднюю при свѣтѣ; кромѣ того, весьма легко просмотрѣть нѣкоторые сосуды въ толстыхъ частяхъ ножки. Способъ этотъ не нашелъ послѣдователей, исключая, какъ дополненіе при леченіи помощью отжигательнаго нажима (Keith).

7) Перекручиваніе (торзія) сосудовъ ножки примѣнялъ Гейфельдеръ (по Пизли стр. 438); онъ потерялъ трехъ больныхъ отъ внутренняго кровотеченія. Тѣмъ не менѣе способъ этотъ нашелъ себѣ новаго приверженца въ Вебе (въ Чикаго). Въ 1871 г. онъ опубликовалъ 6 случаевъ, оперированныхъ имъ только по этому способу. Ни разу не было кровотеченія; въ 5 случаяхъ послѣдовало излеченіе; 6-я больная умерла черезъ 4 недѣли. Вебе перерѣзываетъ ножку по частямъ и торквируетъ всѣ обнаруживающіеся сосуды, артеріи и вены. Послѣднія представляютъ больше затрудненій.

§ 171. Изъ методовъ въ брюшиннаго леченія ножки самый старый обнаруженъ Б. Штиллингомъ, въ 1841 г. Онъ укрѣплялъ ножку въ брюшной ранѣ такимъ образомъ, что на ножкѣ оставалась значительная часть опухоли, кровотеченіе изъ сосудовъ онъ останавливалъ торзією, лигатурами, каленымъ желѣзомъ; повернувъ затѣмъ часть опухоли вмѣстѣ со всею поверхностью раны наружу, зашивалъ ее въ брюшной ранѣ. Съ 1848 по 1865 г. онъ примѣнилъ этотъ способъ въ 3 случаяхъ, и каждый разъ съ успѣхомъ.

За нимъ слѣдуетъ въ 1849 г. Э. Мартинъ, съ тою разницею, что онъ перерѣзывалъ брюшину и проводилъ лигатуры чрезъ обнаженную такимъ образомъ часть ножки, причемъ лигатуры служили для фиксаціи самой ножки въ полости живота, а не основанія опухоли. Совершенно также оперировалъ впоследствии Б. Лангенбекъ. Въ одномъ случаѣ ножка оказалась слишкомъ короткою, чтобы помѣстить ее въ нижнемъ углу раны; тогда Л. вдѣлъ всѣ 20 лигатуръ ножки и сросеній въ одну иглу, которую онъ вкололъ въ покровы живота подъ Пупартовою связкою, и вывелъ такимъ образомъ всѣ лигатуры наружу. Больная умерла отъ истеченія кровью изъ ножки.

Не зная ничего о способѣ Штиллинга, въ 1850 г. Duffin въ Лондонѣ, совѣтовалъ фиксировать ножку внѣ брюшины. Штиллингъ былъ наведенъ на мысль укрѣплять ножку внѣ брюшины однимъ смертельнымъ случаемъ, вслѣдствіе кровотеченія изъ ножки въ полость живота; таже мысль зародилась у Duffin'a изъ стремленія избѣгнуть разложенія ножки и раздраженія лигатурами.

Вообще вшиваніе ножки практиковалось мало, такъ какъ оно скоро было вытѣснено употребленіемъ зажима.

Б. Лангенбекъ, въ 1851 г. и вскорѣ затѣмъ Storer видоизмѣнили нѣсколько вшиваніе ножки тѣмъ, что они закрывали брюшную рану надъ ранюю ножки—*rocketing the pedicle*.—Storer надѣется этимъ способомъ избѣгнуть гангренознаго распаденія культи и возникающей отъ того опасности.

Даже Штиллингъ впоследствии измѣнилъ свой образъ дѣйствія, а именно: онъ фиксировалъ ножку помощью иглы, проколовъ ее сквозь ножку и брюшные покровы.

Точно также поступаетъ при длинной ножкѣ и Кеберле; онъ перевязываетъ ножку всю или въ двухъ частяхъ и прокалываетъ иглу впереди лигатуры, причемъ игла проникаетъ и чрезъ брюшные покровы, не захватывая однако брюшины. Цѣль его та, чтобы избѣгнуть всякаго растяженія и все-таки удержать рану снаружи.

Какъ-бы то ни было методу этому можно сдѣлать тотъ упрекъ, что прокалываніе толстою иглою должно благоприятствовать нагноенію или гнилостному разложенію въ культѣ, причемъ часть ножки, лежащая впереди лигатуры, все-таки не настолько изолирована отъ кровообращенія въ остальной ея части, какъ это бываетъ при употребленіи зажима.

§ 172. Предложенное въ 1858 г. Hutchinson'омъ леченіе съ помощью зажима очень скоро приобрѣло себѣ многочисленныхъ приверженцевъ, и до послѣдняго времени—это былъ самый употребительный способъ. Большая часть успѣшныхъ случаевъ обязаны этому способу.

Сп. Уэллсъ, Кеберле, Keith и большая часть американцевъ оперировали почти исключительно при помощи зажима; не подлежитъ сомнѣнію, что изобрѣтеніе этого инструмента много способствовало какъ распространенію операціи, такъ и ея счастливымъ исходамъ. Выше (§ 150) уже было изложено подробно о разнообразныхъ формахъ зажима и о его способѣ употребленія;

остается еще сказать о вредных послѣдствіяхъ. Помимо вредныхъ послѣдствій, сопровождающихъ всякій методъ вѣбрюшиннаго леченія, вредныя послѣдствія отъ примѣненія собственно зажима заключаются въ слѣдующемъ:

- 1) Онъ производитъ растяженіе ножки, если она не очень длинна.
- 2) Онъ фиксируетъ матку къ брюшнымъ покровамъ такимъ образомъ, что это можетъ имѣть вредныя послѣдствія для беременности.
- 3) Онъ пригоденъ для короткихъ ножекъ вообще.
- 4) Онъ образуетъ шнурокъ на задней поверхности брюшной стѣнки, который можетъ повести къ закрытію кишечныхъ петель.
- 5) Онъ не вполне исключаетъ возможность ускользанія ножки въ брюшную полость.
- 6) Онъ благоприятствуетъ развитію столбняка послѣ операціи.
- 7) Онъ благоприятствуетъ развитію впослѣдствіи брюшной грыжи.
- 8) Онъ не допускаетъ полного закрытія брюшной раны.
- 9) Онъ допускаетъ возможность зараженія остающейся снаружи раны ножки.

Изъ всѣхъ этихъ вредныхъ послѣдствій мало заслуживаютъ вниманія изложенныя подъ 1 и 2; приводимыя же подъ № 3 играютъ нѣкоторую роль только въ самомъ меньшемъ числѣ случаевъ, въ которыхъ и безъ того нието не сталъ-бы употреблять зажима. Равнымъ образомъ приводимыя подъ №№ 4 и 5 причины относятся къ столь рѣдкимъ случаямъ, что на нихъ не стоитъ обращать вниманія. Гораздо большее значеніе имѣеть тотъ упрекъ противъ зажима, что онъ нерѣдко сопровождается столбнякомъ. Вообще столбнякъ рѣдко появляется послѣ оваріотоміи, и въ такомъ случаѣ появленіе его всегда мы наблюдали послѣ употребленія зажима, какъ мы это увидимъ въ § 227. Къ тому-же мы не знаемъ, что именно вызываетъ столбнякъ и какъ его избѣгнуть. Наконецъ, наступленіе столбняка у поправляющейся послѣ оваріотоміи больной дѣйствуетъ до того подавляющимъ образомъ на расположеніе оператора, что понятно, почему, уже по этой одной причинѣ, операторъ охотно замѣняетъ употребленіе зажима всякимъ другимъ методомъ леченія.

Равнымъ образомъ и то обстоятельство, что на томъ мѣстѣ, гдѣ былъ наложенъ зажимъ, легко можетъ образоваться грыжа, также имѣетъ не мало-важное значеніе. Хотя брюшная грыжа и не опасна, тѣмъ не менѣе она составляетъ не совсѣмъ пріятный недугъ.

Но самыя важныя упреки употребленію зажима составляютъ тѣ, которые изложены подъ №№ 8 и 9. Мы разберемъ эти причины ниже, въ статьѣ объ общей критикѣ внутри и вѣбрюшиннаго леченія.

Тѣмъ не менѣе, достойно замѣчанія, что, не смотря на все болѣе возрастающее недоброжелательство противъ леченія при помощи зажима, самыя знаменитыя операторы обязаны большею частью своихъ блестящихъ успѣховъ именно употребленію зажима. Это не относится ни до Ш. Клея, ни до Tyler Smith'a, которые всегда погружаютъ ножку; но связанное относится до W. L. Atlee, Сп. Уэллса, Кеберле и Keith'a. Въ то время какъ Keith обратился теперь къ погруженію отжигаемой ножки, Уэллсъ и Кеберле до сихъ поръ остаются вѣрными вѣбрюшинному методу леченія.

Критическій обзоръ внѣ и внутри брюшиннаго леченія ножки.

Литература: Объ участп погруженнхъ лигатуръ и культн ножи.

Ronh: Lancet 1861. Sept. стр. 183.—Marion Sims: Brit. med. J. 1867. Jan: 19—Peaslee: Phil. med. and surg. Rep. June 29. 1867. стр. 533 и Ovarian Tumors. стр. 265 и 458.—Maslowsky: Langenbeck's Arch. IX стр. 538.—Spiegelberh und Waldeyer: Centralbl. f. d. med. W. 1867 Nr. 39 и Virchow's Arch 1868. Bd. 44 стр. 69.—Heppner: Petersb. med. Ztschr. XVII. 1870. стр. 306.—Hüffel: Arch. f. Gyn. IX. 1876. стр. 319.—E. Martin, Ztschr. f. Frauenkrankh. I. стр. 370. 1876.—Hegar und Kaltenbach: Oper. Gyn. стр. 168.—Rost: Diss. Breslau 1869.—Hime: Obst. J. of gr. Britain. Oct. 1876. стр. 493.—A. Hegar: Volkmann's klin. Vortr. Nr. 109, 1877.—B. Stilling: Deutsche med. Wochenschrift. 1877, Nr. 10.

§ 173. Теперь, когда уже миновали тѣ времена, когда многія больныя погибали отъ истеченія крови изъ ножки, при вопросѣ о леченіи послѣдней прежде всего слѣдуетъ обращать вниманіе на возможно болѣе вѣрное устраненіе септического зараженія оперируемыхъ. Въ сравненіи съ этой опасностью при операциі, всякая другая опасность незначительна и встрѣчается довольно рѣдко.

Долгое время успѣшнѣ всего избѣгали опасности развитія септикэміи (или какъ прежде выражались перитонита) чрезъ ножку тѣмъ, что выводили наружу поверхность раны ножки и удаляли изъ полости брюшины подвергающіяся распаду части ея. Искусные овариотомы показали намъ какнхъ успѣховъ можно достигнуть такимъ способомъ леченія, если въ тоже время соблюдать безусловную чистоту.

Впрочемъ, опасность развитія септикэміи можетъ исходить и не отъ одной только ножки. Заражающимъ веществомъ можетъ быть и не распадъ ножки, и мѣстомъ прививки можетъ быть и не поверхность раны ея. Дѣйствительно, оба эти обстоятельства, навѣрно играли роль, но крайней мѣрѣ въ меньшинствѣ случаевъ, въ смертномъ исходѣ отъ септикэміи. Поверхность брюшины, благодаря ея большому протяженію и значительной всасывающей способности, представляетъ собою весьма благоприятную почву для развитія заразы; точно также все что ни попадаетъ въ полость ея изъ содержимаго кисты или изъ крови, если оно только обладаетъ способностью разлагаться, представляетъ столь же ядовитую массу, какъ и остатокъ ножки, подвергающійся распаду.

Слѣдовательно, если желаютъ избѣгать опасности отъ развитія септикэміи, то слѣдуетъ сдѣлать безвредными вышеупомянутые два источника, и кромѣ того, не допустить всасыванія какъ чрезъ ножку, такъ и чрезъ брюшину, искусственно произведенныя раны покрововъ живота и въ мѣстахъ разединенія, спаекъ. Опытъ показалъ, что наружное фиксированіе ножки въ весьма многихъ случаяхъ, не ограждаетъ отъ септического зараженія, такъ какъ содержимое полости живота подвергается этому зараженію отчасти во время самой операциі, отчасти послѣ нея, и такимъ образомъ, помимо даже самой ножки, готовитъ опасность, которую желали бы избѣгать.

Къ тому же опасался погруженія ножки и закрытія полости живота, предполагая, что перевязка вызоветъ либо воспаленіе брюшины, либо процессы

разложенія; перевязанная же ножка, съ своей стороны, будетъ содержаться въ полости живота точно также какъ и внѣ ея, т. е. будетъ подвергаться гнилоственному распаденію, или по меньшей мѣрѣ засохнетъ и отпадетъ.

Въ настоящее время мы болѣе ознакомились съ этими отношеніями отчасти путемъ опытовъ, отчасти путемъ вскрытій послѣ оваріотоміи, такъ что мы можемъ съ достаточною вѣрностію дать болѣе или менѣе опредѣленный отвѣтъ на главнѣйшіе вопросы.

Прежде всего мы ставимъ такого рода вопросъ:

§ 174. Что происходитъ съ перевязочнымъ матеріаломъ? На это можно отвѣчать различно, такъ напр. карболизированный кѣтутъ, повсему вѣроятію, въ концѣ концовъ всасывается въ полости живота, какъ и въ другихъ живыхъ тканяхъ. Въ этомъ едвали ли можно сомнѣваться, если принять во вниманіе наблюденія и опыты, произведенные Листеромъ и приверженцами его метода, хотя именно въ этомъ направленіи, на сколько мнѣ извѣстно, не существуетъ ни опытовъ, ни положительныхъ наблюденій надъ умершими или оставшимися въ живыхъ послѣ операціи.

Не смотря однако на все сказанное, послѣ цѣлаго ряда собственныхъ наблюденій, одно обстоятельство мнѣ кажется весьма вѣроятнымъ, а именно, что всасываніе кѣтутовыхъ нитокъ въ полости брюшины совершается медленно, чѣмъ въ другихъ тканяхъ.

Такъ напр. при 11 вскрытіяхъ оваріотомированныхъ, у которыхъ перевязанная кѣтутомъ ножка (№ 3) была погружена, я находилъ всѣ лигатуры еще совершенно крѣпкими и не размягченными, хотя въ 6 случаяхъ смерть воспослѣдовала между 6 и 13 днемъ.

Относительно шелковыхъ перевязокъ, по опытамъ Масловскаго, Шпигельберга и Вальдейера, можно сказать, что онѣ довольно долго остаются безъ измѣненія. Мало по малу бѣлые кровяные шарикі проникаютъ въ промежутки между отдѣльными волоконцами нитокъ и разъединяютъ ихъ, вслѣдствіе чего перевязка ослабляется, но тѣмъ не менѣе продолжаетъ выполнять еще свое назначеніе, облекаясь въ новообразованную соединительную ткань. Німе'у представился случай сдѣлать вскрытіе одной изъ своихъ пациентокъ спустя 7 лѣтъ по выздоровленіи послѣ оваріотоміи, но онъ не нашелъ ни малѣйшаго слѣда ни отъ остатка ножки, ни отъ крѣпкихъ льняныхъ нитокъ, которыя служили лигатурою для ножки.

§ 175. 2) За симъ спрашивается: что происходитъ съ отшнурованною частью ножки? Вопросъ этотъ впервые выяснился, благодаря экспериментамъ вышеупомянутыхъ изслѣдователей, которые, накладывая лигатуры на рога матки у собакъ, кошекъ и кроликовъ, не замѣчали, по истеченіи долгаго времени (отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль), ни разу гангрены отшнурованной части. Этотъ весьма важный фактъ подтвердился впоследствии многочисленными вскрытіями оваріотомированныхъ. Уже Шпигельбергъ могъ констатировать этотъ фактъ при вскрытіи двухъ оперированныхъ, умершихъ спустя три дня послѣ оваріотоміи, причемъ онъ не нашелъ

ни малѣйшаго слѣда гангрены на культѣ ножки. Въ 11 случаяхъ перевязки ножекъ кэтгутомъ, я имѣлъ возможность наблюдать совершенную цѣлость культи, и только въ 12 случаѣ произошла гангрена ножки. Peaslee уже давно обратилъ вниманіе на это весьма важное обстоятельство и первый, основываясь на наблюденіяхъ на живыхъ, пришелъ къ убѣжденію, что перевязанная ножка не подвергается гангрени. Это онъ и подтвердилъ тремя вскрытіями въ 1865 г., къ которымъ впоследствии присоединились еще нѣсколько новыхъ.

И такъ, перевязанная ножка, оставленная въ полости живота, обыкновенно представляется иначе, чѣмъ когда ее зашиваютъ въ брюшную рану, оставляя ее въ соприкосновеніи съ воздухомъ. Последняя, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, подвергается гангрени, причемъ происходитъ отпаденіе отшнурованной части ея. Обусловливается это различіе двумя различными моментами: хорошо перевязанная ножка прежде всего лишается притока питательнаго матеріала изъ своей центральной части и, по этой уже одной причинѣ, должна умертвѣть, если не будетъ, конечно, получать питательнаго матеріала изъ другого источника. Можетъ быть, что нѣкоторое время она можетъ питаться, хотя и неудовлетворительно, чрезъ всасываніе различныхъ веществъ изъ жидкаго содержимаго брюшины, и этимъ самымъ на нѣкоторое время предохранить себя отъ окончательнаго распада въ полости живота. Предположеніе это, какъ бы оно ни казалось а priori невѣроятнымъ, но, судя по имѣющимся опытамъ, оно не можетъ быть абсолютно отвергнуто. Извѣстно же всѣмъ, что пересаженные кусочки кожи сохраняютъ свою жизнность, хотя она нѣкоторое время не поддерживается кровообращеніемъ; извѣстно также, что обнаженные суставныя концы костей по видимому, способны расти.

Въ нѣсколько дней, а быть можетъ еще и скорѣе, состояніе отшнурованной части измѣняется, а именно: вокругъ лигатуръ отлагаются молодыя клеточки, превращающіяся въ соединительную ткань, которая скоро выполняетъ желобокъ перевязки. Нѣрѣдко отшнурованная часть ножки своей пораненной поверхностью срастается съ близъ лежащими частями брюшины. Обстоятельство это постоянно замѣчали Шпигельбергъ и Вальдейеръ при отшнуровываніи роговъ матки. Складка Mesenterii склеивалась съ отшнурованною частью. Шпигельбергъ наблюдалъ также у одной оваріотомированной больной сращеніе пораненной поверхности ножки съ частью брюшины, покрывающей m. psoas. При одномъ вскрытіи мнѣ случилось видѣть тѣсное сращеніе пораненной поверхности ножки съ брюшиннымъ покровомъ дна таза; возможность подобнаго сращенія говоритъ нѣкоторымъ образомъ въ пользу того, что конецъ ножекъ не лишень былъ питанія.

Но существуетъ еще и другое воззрѣніе и, пожалуй, болѣе вѣроятное: если питаніе въ отшнурованной части прекратилось, даже только на нѣсколько часовъ, то она превращается въ мертвое тѣло. Но это не обуславливаетъ еще гниlostнаго распада, потому что умертвѣвшая часть, выстѣ съ перевязочнымъ матеріаломъ, окружается соединительною тканью и постепенно всасывается, уменьшаясь въ объемѣ. Возможность подобнаго всасыванія умертвѣлыхъ животныихъ тканей доказано опытами Хегара, который вшивалъ собакамъ въ полость живота свѣже вырѣзанные кусочки мяса ихъ собственнаго тѣла, пред-

варительно дезинфицируя ихъ хлорной водой. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль, всѣ эти вырѣзанные кусочки мышць безслѣдно всасывались. Мнѣ, какъ и самому Херару, кажется весьма вѣроятнымъ, что подобное явленіе можетъ случиться и съ отшнурованною частью ножки. При вскрытіяхъ меня неоднократно поражала относительная малость отшнурованной части, въ сравненіи съ величиною ея во время погруженія ножки. Бонтокъ, спустя годъ послѣ оваріотоміи, нашелъ остатокъ ножки въ видѣ узелка, величиною въ льняное сѣмячко, содержащій внутри себя лигатуру. Узелокъ этотъ, по всему вѣроятію, состоялъ изъ новообразованной соединительной ткани, окружившей остатокъ ножки, благодаря давленію и всасывающей способности которой отшнурованная часть совершенно исчезла. Німе, напротивъ того, у одной женщины, спустя 7 лѣтъ послѣ оваріотоміи, не могъ найти не только малѣйшаго слѣда остатка ножки, но даже рубца, а равно и слѣда отъ толстыхъ перевязочныхъ нитокъ, служившихъ лигатурами. Тутъ, слѣдовательно, должно полагать, что отшнурованная часть не одѣлась капсулой, а напротивъ того, она скорѣе осталась свободной и всосалась, а освободившаяся перевязка затерялась въ просторномъ брюшинномъ мѣстѣ.

Разъ обращено вниманіе на возможность подобнаго превращенія отшнурованной части, то намъ при помощи опыта не трудно будетъ убѣдиться, всасывается ли остатокъ ножки или же онъ продолжаетъ питаться и въ тоже самое время, сморщиваясь, уменьшается въ объемѣ.

Во всякомъ случаѣ достовѣренъ тотъ фактъ, единственно важный въ практическомъ отношеніи, что погруженная ножка, независимо отъ перевязочнаго матеріала, ни въ какомъ случаѣ не подвергается гнилостному разложенію, если приняты мѣры противъ гнилостнаго зараженія.

§ 176. 3) Какъ дѣйствуетъ погруженная ножка и перевязочныя нитки на брюшину. И на этотъ вопросъ мы въ состояніи дать довольно удовлетворительный отвѣтъ, а именно: дѣйствіе это, въ большинствѣ случаевъ, весьма ничтожно. Въ ближайшей окрестности инородныхъ тѣлъ, въ числѣ которыхъ должно отнести также культю ножки, начинается слабая реакція, причемъ выдѣляются бѣлые кровяные шарикъ и развивается соединительная ткань; эта послѣдняя окружаетъ инородное тѣло и дѣлаетъ его безвреднымъ. Какъ показываютъ наблюденія надъ животными, произведенныя Шпигельбергомъ и Вальдейеромъ, это слабое реактивное воспаленіе часто влечетъ за собою срощеніе отшнурованной части съ сосѣдними отрѣзками брюшины. Однако, не рѣшено еще, происходитъ ли это же самое явленіе также часто и у оперируемыхъ женщинъ. Безлихорадочное состояніе, въ большинствѣ случаевъ, послѣ оваріотоміи съ погруженіемъ ножки, даетъ право полагать, что и у оперированныхъ женщинъ обыкновенно не наблюдаются никакія мѣстныя явленія, кромѣ описанныхъ.

Далѣе, слѣдствіемъ погруженія ножки и лигатуръ является въ ограниченномъ числѣ случаевъ нагноеніе и образованіе гнойнаго фокуса вокругъ инороднаго тѣла. Такъ, поименованные изслѣдователи, при своихъ опытахъ надъ животными, иногда наблюдали весьма малые гнойники, содержащіе одну или нѣсколько капель гноя, и въ центрѣ ихъ помѣщалась лигатура. Подобныя же явленія наблюдались при вскрытіяхъ умершихъ послѣ оваріотоміи (Шпигель-

бергъ). Хегаръ въ послѣднее время высказалъ предположеніе, что образованіе подобнаго гнойнаго фокуса вокругъ остатка ножки не составляетъ столь рѣдкаго явленія; изъ 11 случаевъ оваріотоміи съ погруженіемъ ножки, 3 раза наблюдалъ онъ внутри брюшины образованіе гнойника, вскрывшагося то въ кишечникъ, то наружу. Однажды, на 16 день послѣ операціи, гнойникъ вскрылся въ кишку, причемъ онъ извлекъ оттуда большой перепончатый лоскутъ ткани, длиной въ 12 цм., вмѣстѣ съ узломъ лигатуры. Въ другой разъ, на 17 день гнойникъ вскрылся наружу надъ Symph. о. \bar{u} ; причемъ извлечено было нѣсколько омертвѣвшихъ лоскутковъ ткани, перевязанная часть брыжейки и двѣ лигатуры. Въ третьемъ случаѣ прободѣніе произошло въ кишечникъ на 19 день, причемъ не найдено было ни лоскутковъ ткани, ни лигатуры.

Случайности эти, столь часто встрѣчающіяся въ случаяхъ, описываемыхъ Хегаромъ, невольно заставляютъ задуматься и могутъ даже поставить въ тупикъ. Хотя всѣ больныя его и выздоравливали, но все таки онѣ въ продолженіе нѣкотораго времени, безъ сомнѣнія, находились въ опасности. Е. Мартинъ также наблюдалъ въ трехъ случаяхъ выходъ лигатуръ чрезъ кишку; разъ на 10 день, а два раза между 15—18 днемъ; но изъ его описаній нельзя усмотрѣть, была ли полость живота совершенно закрыта, или нѣтъ. На сколько мнѣ извѣстно, подобныхъ наблюденій обнародовано немного. Peaslee, который съ давнихъ поръ неоднократно практиковалъ способъ погруженія перевязанной ножки, говоритъ, что ему ни разу не случилось наблюдать подобныхъ явленій. Изъ 34 случаевъ выздоровленія оперированныхъ съ погруженіемъ ножки, я только въ двухъ случаяхъ наблюдалъ выходъ лигатуръ и омертвѣвшихъ кусковъ ткани. Изъ числа 34 операцій, только въ 15 былъ строго примѣненъ Листеровскій способъ и полость живота совершенно закрывалась; въ остальныхъ 19 случаяхъ производился дренажъ чрезъ влагалище и, слѣдовательно, воздухъ имѣлъ свободный доступъ въ полость живота, — обстоятельство, какъ должно полагать, способствующее развитію процессовъ нагноенія вокругъ ножки. Тѣмъ не менѣе однакожь вышеупомянутое явленіе было наблюдаемо всего только въ двухъ случаяхъ.

Въ одномъ изъ нихъ операція производилась безъ Листеровскаго способа, и, нужно замѣтить, операція принадлежала къ напруднѣйшимъ. Дѣло заключалось въ томъ, что двѣ опухоли срослись и между собою и съ органами малаго таза, вообще говоря, со всѣми окружающими тканями. Произвести полную экстирпацию не было никакой возможности, вслѣдствіе чего отъ стѣнокъ опухоли остались значительные куски, покрывавшіе все содержимое малаго таза, дренажъ былъ проведенъ въ Excavatio recto-uterina, сверху внизъ, по направленію въ влагалище, а въ Excavatio vesico-uterina по направленію вверхъ. Больная выздоровѣла, не смотря на довольно значительное нагноеніе въ остаткахъ кисты, а чрезъ оставленный открытымъ уголъ раны, въ періодъ времени между 18—25 днями, три раза выходили гангренозные лоскуты тканей.

Во второмъ случаѣ также принуждены были оставить части кисты и погружено было около 8 лигатуръ отчасти шелковыхъ, отчасти кѣтутовыхъ.

При такихъ условіяхъ операціи частичная гангрена не удивительна и не можетъ быть приписана исключительно только лигатурамъ.

По имѣющимся опытамъ можно однако утверждать, что процессъ нагноенія вокругъ погруженной ножи, и притомъ въ угрожающихъ размѣрахъ, представляетъ рѣдкое явленіе, даже и въ томъ случаѣ, если оказалась бы связь между подобными нагноеніями и нѣкоторыми случаями свищей кишки, которые наблюдались послѣ оваріотоміи. Еще не рѣшено, какія обстоятельства и техническіе приемы, даже въ случаѣ удаленія гнилостныхъ веществъ, способствуютъ развитію нагноенія. Весьма вѣроятно, что различные перевязочные матеріалы не въ одинаковой степени предрасполагаютъ къ нагноенію. Масловскій, основываясь на своихъ опытахъ, пришелъ къ тому убѣжденію, что шелкъ труднѣе проволоки инкапсулируется, съ чѣмъ согласенъ также и Маріонъ Симсъ, и что подтвердили опыты, произведенные, въ послѣдніе годы. Быть можетъ, что вся суть заключается въ возможно болѣе полной дезинфекціи перевязочнаго матеріала, и что успѣхъ обезопасить культю ножи существенно зависитъ отъ примѣненія того или другаго способа антисептическаго образа дѣйствія.

Хегаръ также указываетъ еще и на то обстоятельство, что ножка и перевязочный матеріалъ могутъ все таки въ послѣдствіи вызвать нагноеніе; въ доказательство чего онъ приводитъ случай, подробно описанный Гиффелемъ: въ одномъ случаѣ оваріотоміи, произведенной Хегаромъ, ножка была перевязана и погружена; вслѣдъ затѣмъ развился ограниченный перитонитъ съ образованіемъ экссудата, отъ котораго однаковъ больная выздоровѣла. Спустя слишкомъ 2¹/₂ года послѣ благополучныхъ родовъ, происшедшихъ 1¹/₂ года послѣ оваріотоміи, въ лѣвой сторонѣ образовался нарывъ, соотвѣтственно удаленному яичнику, который вскрылся надъ Symph. о. р., причемъ вытекло много вонючаго гноя; выходженіе же лигатуръ не наблюдалось. Согласно подробному описанію Гиффеля, должно допустить, что гнойникъ соотвѣтствовалъ старому рубцу, который, вѣроятно, и послужилъ исходною точкою для его образованія. Случай этотъ однаковъ единственный въ своемъ родѣ.

Если Хегаръ и приводитъ еще одинъ, имъ лично видѣнный, случай образованія значительнаго перитонита спустя три недѣли послѣ оваріотоміи съ погруженіемъ ножи, то случай этотъ ничего не доказываетъ, такъ какъ намъ не извѣстно какимъ вреднымъ вліяніемъ подвергала себя больная послѣ излеченія; къ тому же начало перитонита совпадало со временемъ ожидаемой менструаціи, и быть можетъ въ данномъ случаѣ произошло кровоизліаніе изъ ножи въ полость живота.

§ 177. Погруженная ножка можетъ, наконецъ, быть причиною септическаго зараженія. Пораженная поверхность ножи сама представляетъ удобную почву для всасыванія гнилостнаго яда и въ такомъ случаѣ она способна вызвать септическій перитонитъ и повлечь за собою гнилостный распадъ ея. Недавно еще при погруженіи ножи процессъ этотъ навѣрно довольно часто имѣлъ мѣсто, и былъ причиною безчисленнаго множества жертвъ, что и послужило поводомъ къ открытію и распространенію вибрюшиннаго способа леченія ножи. Случай, какъ напр. наблюденіе подъ № 60 у Сп. Уэллса, гдѣ только сосуды ножи были изолированы и перевязаны, и гдѣ, послѣ наступившей черезъ 60 часовъ смерти, ножка подверглась гнилостному распаду при общемъ воспаленіи брюшины, — должны были оттолкнуть отъ этого способа леченія.

Естественно, что всѣ подобные случаи, благодаря вредному дѣйствию септического яда, по большей части быстро оканчиваются смертью. Если-же гнилостный фокус успѣетъ скоро изолироваться и не произойдетъ всасыванія со стороны раны ножки, ведущаго къ септѣміи,—то возможенъ благоприятный исходъ.

Нижеслѣдующій случай, описанный въ § 158, въ этомъ отношеніи поучителенъ, какъ примѣръ трудностей техническихъ приемовъ: Операция, произведенная безъ срѣгу, встрѣтила затрудненія, вслѣдствіе обширныхъ срощеній опухоли съ брюшкой, однако-же вылученіе удалось, и дренажъ былъ проведенъ по направленію къ влагалищу. При явленіяхъ перитонита, наступившихъ въ первые-же дни послѣ операции, но вскорѣ ослабѣвшихъ, въ лѣвой сторонѣ таза образовалась болѣзненная опухоль, величиною въ кулакъ, которую на 6-й день, по уменьшеніи болѣзненности, можно было ясно прощупать снаружи. Въ то же время развился значительный скоротечный отекъ на лѣвой сторонѣ наружныхъ половыхъ органовъ. На 8-й день, во время позыва на низъ, обнаружились: головокруженіе, чувство стѣсненія въ груди, охлажденіе конечностей и лица, обмороки при слабозъ, но частомъ пульсѣ лучевой артеріи—эмболія легочной артеріи. Припадокъ прошелъ, но на 12-й день снова появился и окончился смертью. Явленія перитонита мало по малу исчезали, лихорадка однако-же все еще не проходила.

Вскрытіе подтвердило эмболію, которая поразила сперва правую, а затѣмъ лѣвую легочную артерію, каждую въ одномъ изъ главныхъ стволовъ. Въ маломъ тазу, въ лѣво возлѣ матки, найдены ихорозный фокусъ, окружавшій остатокъ яйцепровода и содержавшій въ себѣ множество катgutовыхъ лигатуръ. Фокусъ этотъ былъ совершенно окруженъ капсулой, происшедшей вслѣдствіе срощенія между собой брюшкой, S. romanum, и отдѣльныхъ петель тонкихъ кишекъ и съ покровами живота и маткой.

Не случись эмболія легочной артеріи, происшедшей вслѣдствіе образованія тромбовъ въ венахъ таза, то, вѣроятно, послѣдовало-бы прободеніе ихорознаго фокуса въ кишку, и жизнь была-бы спасена. На 12-й день уже навѣрно была устранена опасность септического зараженія, угрожавшаго жизни.

§ 178. Если гнилостный распадъ ножки обыкновенно ведетъ къ острой септикеміи съ смертельнымъ исходомъ, то возникаетъ вопросъ:

4) Какъ дѣйствуетъ струпь, образующійся отъ отжиганія ножки? Вопросъ этотъ путемъ какъ опыта, такъ и наблюденія рѣшенъ удовлетворительно. Образующійся весьма тонкій струпь отпадаетъ черезъ нѣсколько дней, не вызывая реактивнаго воспаленія. Вальдейеръ и Шпигельбергъ, по прошествіи 6 дней, находили уже поверхность ножки свободной отъ струпа, а черезъ три недѣли она оказалась совершенно гладкою. У животныхъ, по видимому, постоянно происходятъ срощенія прижигаемыхъ поверхностей съ meso-metrum. Въ окружающихъ-же тканяхъ наблюдаются: пропитываніе кровью, закупорка сосудовъ и нѣкоторое размягченіе. Обуглившіяся частички еще довольно долго сохраняются въ ткани культи. Кальтенбахъ, у женщины скончавшейся на 8-й день послѣ операции, нашелъ прожженную поверхность плотной паріетальной спайки совершенно гладкою, причемъ не было ни малѣйшаго слѣда воспаленія брюшины. Гейнеръ, у одной женщины, оперированной Красовскимъ, спустя 2 года послѣ операции могъ еще открыть частички обугливагося струпа, разсыпанныя на сосѣднихъ съ ножкою органахъ. Части ножки разошлись; не наблюдалось также инкапсулированія ея.

Многочисленные успѣшные результаты, которыхъ достигли Бэкеръ-Броунъ, Кейтъ и другіе при помощи прижигательнаго зажима, помимо

незначительнаго числа опытовъ, произведенныхъ на животныхъ, показываютъ на сколько безвреденъ струпь отъ прижиганія для окружающихъ мягкихъ частей и для всего организма; онъ не вызываетъ перитонита, не ведетъ къ септическому зараженію чрезъ всасываніе омертвѣлыхъ тканей; напротивъ того, омертвѣвшая ткань отваливается, а необугливающая часть всасывается. Можно даже утвердительно сказать, что струпь самъ по себѣ предохраняетъ ножку отъ септического зараженія. Случайно приставшія къ ней септическія вещества при тщательномъ прижиганіи навѣрно разрушаются и становятся безвредными, благодаря дѣйствию калильнаго жара. Не подлежитъ сомнѣнію, что на томъ же принципѣ основана наклонность ранъ къ успѣшному заживленію послѣ гальвано-каустическихъ операцій. До отпаденія струпа подъ нимъ образуются грануляціи, которыя и препятствуютъ всасыванію. Безспорно, что во время Бэкеръ-Бруна, когда еще ничего не знали ни объ источникахъ, ни объ опасностяхъ септического зараженія, прижигательный зажимъ вошелъ во всеобщее употребленіе, благодаря вышеизложенному, неподозрѣвавшемуся преимуществу.

Само собою разумѣется, что однимъ этимъ средствомъ еще не устраняется опасность септического зараженія; не подлежитъ сомнѣнію, что поверхность раны ножки при операціяхъ ножемъ всегда представляла главное мѣсто для прививки гниlostнаго яда, и поэтому, если кто не желаетъ прибѣгать при операціи къ общему антисептическому способу леченія, напримѣръ Листеровскому, тому, по крайней мѣрѣ, слѣдуетъ, по примѣру Кейта, предохранить рану ножки отъ зараженія раскаленнымъ желѣзомъ; не мѣшаетъ также провести по поверхности перевязанной ножки раскаленнымъ желѣзомъ.

§ 179. Резюмируя вкратцѣ все сказанное о внутри-брюшинномъ леченіи ножки, нельзя не придти къ тому заключенію, что въ томъ случаѣ, когда септическое зараженіе извнѣ будетъ удалено, устраняются также всѣ тѣ дурныя послѣдствія, которыхъ въ особенности опасались прежде, а именно: развитіе септического фокуса въ полости брюшины и раздражающее вліяніе ножки на окружающія части погруженной ножки, причемъ безразлично вызываютъ ли за тѣмъ ножку или ее отжигаютъ. Исходя изъ того убѣжденія, что Листеровскій способъ, а также и другіе способы, вошедшіе еще въ употребленіе, устраняютъ почти всякую возможность септического зараженія, я полагаю, что въ настоящее время, изъ всѣхъ способовъ леченія ножки, погруженіе ея слѣдуетъ считать самымъ рациональнымъ и удобнѣйшимъ. Только въ тѣхъ, сравнительно рѣдкихъ, случаяхъ, когда имѣемъ дѣло съ гниlostно распавшимъ содержимымъ вкстомы, когда нельзя рассчитывать на вѣрное предохраненіе полости живота отъ зараженія ядовитыми веществами, только тогда лучше всего вывести ножку наружу для болѣе вѣрнаго предохраненія ея отъ дѣйствія заражающихъ веществъ. Въ подобныхъ случаяхъ не возможно даже строгое примѣненіе антисептического способа леченія, требуемаго Листеромъ.

Дурныя послѣдствія внутри-брюшиннаго способа леченія при правильно наложенной перевязкѣ заключаются въ возможности развитія впоследствии

Haematocеле и образования абсцессовъ. Обѣ эти опасности едва ли могутъ угрожать жизни и во всякомъ случаѣ не велики въ сравненіи съ тѣми дурными послѣдствіями, которыя могутъ произойти отъ употребленія зажима, употребленіе котораго можетъ быть причиною столбняка, и не дозволяетъ полнаго закрытія раны живота.

Изъ этихъ двухъ способовъ леченія должно предпочесть перевязку ножи, по крайней мѣрѣ мало опытному оператору, какъ самый вѣрный способъ, который поэтому еще долгое время будетъ имѣть весьма большое примѣненіе, хотя, собственно говоря, правильно произведенное отжиганіе можетъ не только сравниться съ нимъ, но даже заслуживаетъ предпочтенія. Я же, съ своей стороны, думаю, что отъ соединенія этихъ двухъ способовъ можно ожидать наилучшихъ результатовъ.

Кто, подобно Уэллсу и Кеберле, въ состояніи избѣжать септического зараженія, не примѣняя собственно антисептического способа леченія, тотъ, конечно, можетъ ожидать такихъ же благоприятныхъ результатовъ отъ примѣненія зажима. Напротивъ того, непослѣдовательно поступаетъ тотъ, кто при Листеровскомъ способѣ леченія выводитъ ножку наружу; ибо, желая съ самаго начала устранить опасность септического зараженія, онъ въ то же самое время дозволяетъ зародкѣ проникать чрезъ ножку и чрезъ отверстіе, получающееся вслѣдствіе невозможности полнаго закрытія полости живота. Если даже продолжаютъ накладывать антисептической повязки до полнаго заживленія раны живота и ножи, то этимъ путемъ еще нельзя рассчитывать на то, что не появится вторичное зараженіе, чего никогда не бываетъ при полномъ закрытіи полости живота.

Слѣдовательно, можно сказать, что примѣненіе зажима играло важную роль въ прошедшемъ, болѣе же славное будущее принадлежитъ способу погруженія ноженъ.

Теперь уже не время статистически доказывать преимущество того или другаго способа леченія ножи. Удовлетворительную обширную статистику можно составить тогда только, если собрать операціи, произведенныя въ различные годы и пятилѣтія; но техника овариотоміи столь быстро усовершенствовалась, что въ статистику вошли бы многія ошибки, такъ какъ въ ней сопоставлялись бы данныя, несхожія между собой. Кромѣ того, статистическія данныя не позволяютъ дѣлать вывода въ пользу того или другаго метода, по той простой причинѣ, что примѣненіе внутри-брюшиннаго способа леченія имѣетъ преимущество предъ внѣбрюшиннымъ лишь только благодаря одновременному примѣненію антисептического способа леченія. Что же касается послѣдняго, то въ данный моментъ мы не пользуемся еще такою опытностью, чтобы цифры были для насъ безусловно доказательны.

§ 180. Отсутствие ножи и развитіе опухоли между листками связокъ въ значительной степени осложняютъ операцію (см. анатомическія отношенія въ § 166-мъ). Часто въ подобныхъ случаяхъ, для болѣе основательнаго ознакомленія съ анатомическими отношеніями, сначала приходится предварительно удалить большую часть опухоли; для этого накладываютъ провизорную шелковую лигатуру, затѣмъ стягиваютъ опухоль проволокою или замыкающимися щипцами (см. рис. 21.) Если можно обойтись безъ предварительнаго удаленія части опухоли, то тѣмъ лучше, такъ какъ оно, во первыхъ, отнимаетъ много времени, и во вторыхъ часто служитъ причиною значительной потери крови. При отсутствіи же ножи, когда нѣтъ собственно внѣ-брюшиннаго развитія опухоли,

весьма рационально не трогать выдающегося основания ея; точно также совершенно безопасно, когда последнее состоит только из одной кисты. В такомъ случаѣ ее перевязываютъ по частямъ, все равно будетъ ли она предварительно перетянута или нѣтъ. Затѣмъ, отступя на достаточное разстояніе отъ лигатуръ, срѣзываютъ опухоль, послѣ чего остается еще незначительная часть стѣнокъ одной кисты. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ совѣтуютъ вылущеніе всей опухоли, вмѣстѣ съ значительною частью брюшиннаго покрыва таза, принадлежащаго, конечно, въ *Ligamentum latum*. Пораненіе соединительной ткани можетъ имѣть неблагоприятныя послѣдствія, представляя исходную точку продолжительныхъ флегмонозныхъ воспаленій въ тазу, а иногда и образованія тромбовъ въ сосудахъ. Кромѣ того, при этомъ нельзя съ такою же увѣренностью, какъ при внутри—брюшинной перевязкѣ, рассчитывать на возможность избѣгать послѣдовательныхъ или первоначальныхъ кровотеченій.

На *Lig. latum* перевязка слабо держится; болшею частью трудно бываетъ оставлять впереди перевязки столько ткани, чтобы лигатуры не соскальзывали; да сверхъ того, поражая *ligament. latum*, легко поранить довольно значительные сосуды ея, въ особенности вены. Въ тѣхъ случаяхъ, когда можно предусмотрѣть подобную опасность, слѣдуетъ предварительно перевязать *vasa spermatica* на мѣстѣ вхожденія ихъ въ *ligam. latum*: но перевязать по срединѣ *vasa uterina* невозможно, а слѣдовательно и цѣль будетъ достигнута только на половину.

Еще болѣе неблагоприятные случаи тѣ, когда при отсутствіи ножен, самое нижнее основаніе опухоли, находящееся въ связи съ *ligam. latum*, состоитъ изъ конгломерата кистъ и представляетъ, относительно, значительную часть всей опухоли. Въ подобныхъ случаяхъ желательно полное вылущеніе опухоли, и только въ крайнемъ случаѣ рѣшаются на удаленіе части подобнаго конгломерата кистъ; стягивающія проволоки, а равно и лигатуры въ этомъ случаѣ вовсе не держатся, почему еще скорѣе можно рассчитывать на кровотеченіе.

Минеръ, изъ Буфало, предложилъ, для удаленія нестебельчатыхъ опухолей, новый оперативный способъ, именуемый имъ *enucleatio tumoris*. По его совѣту, слѣдуетъ отдѣлять брюшину у *Nilus ovarii* отъ поверхности опухоли и, такимъ образомъ, образовать искусственную ножку; для этой цѣли дѣлаютъ поверхностный надрѣзъ вверху основанія опухоли, затѣмъ подводятъ ноготь подъ брюшину и такимъ образомъ вылущаютъ опухоль. Способъ этотъ, не смотря на то, что былъ испробованъ многими операторами, въ томъ числѣ и Пеаномъ, по видимому, въ общемъ не встрѣтилъ особеннаго одобренія. Я неоднократно прибѣгалъ къ вышеупомянутому способу, однако каждый разъ мнѣ приходилось отказываться отъ него по причинѣ значительнаго кровотечения. Тоже испытали и другіе операторы. Да это и естественно, если мы обратимъ вниманіе на тотъ фактъ, что подъ брюшиною въ *Nilus ovarii* почти всегда проходятъ весьма большіе сосуды, въ особенности вены. По моему мнѣнію, хотя я и не могу подтвердить этого опытомъ, вылущеніе опухоли удобнѣе начать производить не подъ *peritoneum*, какъ это дѣлаютъ, а въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится наружная плотная пластинка стѣнки опухоли. При этомъ не всегда бываетъ возможно избѣгать разрыва и внутренней стѣнки кисты. Я съ

своей стороны совѣтоваль бы прибѣгать къ способу Минера только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ.

§ 181. Случай отсутствія ножи, когда основаніе опухоли не находится между пластинками *ligam. latum*, можно отнести къ несложнымъ, и не представляютъ значительныхъ техническихъ неудобствъ, въ сравненіи съ случаями настоящаго внутри—связочнаго развитія опухолей, размѣры которыхъ изложены выше.

Имѣя дѣло съ внѣ-брюшиннымъ развитіемъ опухоли, первую нашу заботою должно быть опредѣленіе границъ, какихъ она достигла; если она распространяется только на *ligam. latum*, то еще возможно бываетъ полное вылуštění ея, такъ какъ у основанія и по бокамъ связки еще возможно отдѣлить опухоль отъ сосѣднихъ частей, посредствомъ наложенія лигатуръ *en masse*.

Самое большое затрудненіе представляетъ маточный край опухоли, если спайка ихъ широка и коротка, потому что волизи матки, или даже на ея поверхности лигатуры плохо удерживаются, независимо отъ того матеріала, изъ котораго онѣ сдѣланы. Поэтому то иногда бываетъ необходимо для остановки кровотеченія прибѣгать къ раскаленному желѣзу. Если рѣшаются на вылуštění опухоли изъ *ligum. latum*, то маточный край ея оставляютъ нетронутымъ до конца операціи, ибо тогда, ухватившись за опухоль, отдѣленную со всѣхъ сторонъ, удобнѣе отсепаровывать ее на этомъ трудномъ мѣстѣ. Итакъ, слѣдовательно, отшнуровываніе посредствомъ лигатуры *en masse* начинаютъ съ боковъ края опухоли, затѣмъ отдѣляютъ ее на мѣстахъ безопасныхъ, благодаря хорошо наложеннымъ лигатурамъ, далѣе, подвигаются къ основанію, и доходятъ такимъ образомъ до маточнаго края опухоли. Первой лигатурой захватываютъ *vasa spermatica*, назначеніе же другихъ имѣеть цѣлью предохранить большія венныя сплетенія отъ кровотеченія. Двойная перевязка сосудовъ съ обѣихъ сторонъ всегда желательна, но не всегда возможна. Затѣмъ слѣдуетъ рѣзать осторожно и медленно короткими размахами для того, чтобы возможно было тотчасъ же при помощи пинцета или лигатуры остановить всякое значительное кровотеченіе изъ самой опухоли. Для лигатуръ *en masse* вѣтгутъ менѣе пригоденъ, чѣмъ шелкъ, такъ какъ ерѣшное затягиваніе вѣтгутовыхъ лигатуръ въ глубинѣ полости и при томъ безъ контроля глазъ, представляетъ значительное затрудненіе.

Въ случаѣ чрезмѣрнаго разрощенія опухоли внѣ брюшины, иногда рационально отдѣлять пальцемъ части опухоли наименѣе богатая сосудами т. е. вылущить ихъ, а за тѣмъ уже перевязывать кровотокащія мѣста, и на оставшуюся, до возможности уменьшенную, спайку накладывать лигатуры, прежде чѣмъ приступать къ отдѣленію ея. Такъ поступилъ Шпигельбергъ въ одномъ случаѣ (*Arch. f. Gynec.* 1. 1870, стр. 71). Описавъ способъ отдѣленія паріетальныхъ и брыжеечныхъ сросеній, онъ говоритъ: «—не смотря на отдѣленіе, все таки не возможно опухоль совершенно вывести наружу черезъ рану, потому что она своимъ овально-заостреннымъ сегментомъ сидитъ въ полости таза, между пластинками лѣвой *ligam. latum*; основаніемъ же плотно прилегаетъ къ лѣвой части задней поверхности маткы, да сверхъ того на нее и на матку, въ прямой плоскости, переходитъ *segoa* т. е. задняя пластинка

ligam. latum. Я разрываю эту пластинку, отдѣляю основаніе опухоли отъ соединительной ткани полости таза настолько, что получаю въ концѣ концовъ нѣчто въ родѣ ножки, въ составъ которой входятъ: часть lig. latum, идущая отъ матки, lig. ovarii и начало яйцепровода. Затѣмъ захватываю ножку зажимомъ, подъ которымъ накладываю лигатуру en masse и сношу опухоль. Изъ сосудовъ ножки и надорваннаго широкаго края сильно струилась кровь и т. д.» Наложениемъ 6 лигатуръ и каленнымъ желѣзомъ удалось остановить кровотечение, однако же большая, по истеченіи 23 часовъ послѣ операціи, скончалась при явленіяхъ collaps'a.

Описаніе это напоминаетъ намъ оперативный способъ, весьма схожій съ операціей М и н е р а, къ которой слѣдуетъ прибѣгать только въ крайнемъ случаѣ, а отнюдь не всегда, такъ какъ отдѣленіе опухоли отъ брюшиннаго покрова обыкновенно сопровождается разрывомъ большихъ венъ, которыхъ, именно, весьма много въ случаяхъ внутри-брюшиннаго развитія опухоли, и которыя лежатъ тотчасъ подъ peritoneum.

§ 182. Въ томъ случаѣ, когда ligam. latum, особенно ея средняя часть, весьма сильно растянута сидящею въ ней опухолью, естественно возникаетъ вопросъ, не лучше ли за одно съ опухолью вылущить и матку. Однако подобная ovario-hysterotomia представляетъ весьма сложную операцію въ сравненіи съ простой, даже и затруднительной овариотоміей, а потому и слѣдуетъ прибѣгать къ первой лишь въ крайней необходимости, встрѣчающейся, къ несчастью, довольно часто. Въ настоящее время извѣстны уже многіе случаи, когда прибѣгали къ этой операціи при пораженіи одного или обоихъ яичниковъ. На рис. 26 представлена подобная двухсторонняя опухоль, которую едва ли возможно было бы вылущить, не задѣвая матки; а такъ какъ анатомическія отношенія вполне выяснились при діагнозѣ, то операція не была произведена.

Вообще слѣдуетъ придерживаться того правила, что при вылученіи матки должно захватить оба яичника, хотя бы одинъ изъ нихъ и не былъ поврежденъ, операція отъ этого не осложняется и не дѣлается болѣе опасной. Удаленіе же обоихъ яичниковъ, въ подобныхъ случаяхъ, желательно уже потому, чтобы по вылученіи матки прекратились также и мѣсячныя очищенія. Кромѣ того могутъ произойти дурныя послѣдствія и отъ созрѣванія яичекъ, способныхъ оплодотворяться, хотя описанный Кеберле случай внѣ-маточной беременности послѣ экстирпаціи матки остается до сихъ поръ единственнымъ. Оплодотвореніе яичекъ въ этомъ случаѣ произошло чрезъ открытую неудаленную шейку матки. Къ сожалѣнію, не вполне выяснены подробности этого случая, окончившагося смертью еще до конца беременности.

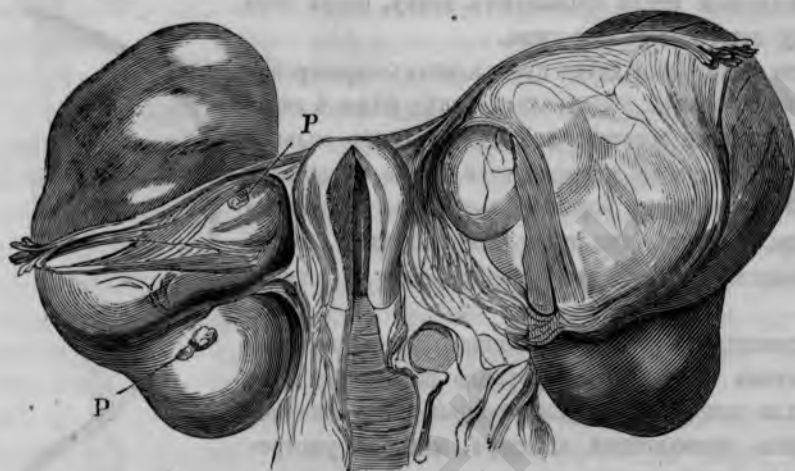
Операція вылученія обоихъ яичниковъ и матки еще не въ такой степени усовершенствована, чтобы возможно было указать на общепринятые правила, по которымъ ее слѣдуетъ производить. Понятно, что операція эта схожа съ той, которая производится при фибромахъ или другихъ опухоляхъ матки; ее вырѣзываютъ вмѣстѣ съ здоровыми яичниками. Заслуга усовершенствованія техники этой операціи, по преимуществу, принадлежитъ Пеану, Кейту, Кимбалу, Кеберле и Хегару.

Замѣтимъ, что для большинства случаевъ можно придерживаться того

основного принципа, что матку, и каждую *lig. latum* слѣдует оперировать порознь; такимъ образомъ, слѣдовательно, получаются три отръзка, которые еще до вылушенія слѣдует предохранить отъ кровотечения. Кроме того, иногда на сторонѣ пораженнаго яичника приходится *lig. latum* въ свою очередь разрѣзать на нѣсколько частей и каждую изъ нихъ перевязать отдѣльно.

Перевязка на сторонѣ здороваго яичника, обыкновенно, не представляетъ ни малѣйшей трудности. Если нормальный яичникъ и не имѣетъ собственной ножки, то весьма легко стянуть лигатурой поддерживающія его ткани. Если

Рис. 26.



Двухсторонняя, внутрисвязочная опухоль. РР—Сосочки, прободающіе наружную стѣнку.

для стягиванія употребляють проволоку, то прежде всего слѣдует позаботиться, чтобы она не соскользала, поэтому, на всякій случай, ее слѣдует по возможности крѣпко затянуть еще до перерѣзки вышеназванныхъ частей и въ особенности послѣ нея. Лучше, однакоже, не полагаться на одну стягивающую проволоку, но наложить еще сверхъ того лигатуру *en masse*.

Вылушеніе поврежденнаго яичника производится точно также, какъ и здороваго при посредствѣ проволоко-стягивателей или безъ оныхъ, и всегда при помощи нѣсколькихъ лигатуръ.

Матку срѣзываютъ надъ влагалищемъ, на высотѣ внутренняго отверстія или вблизи его. Въ томъ случаѣ, когда мочевоу пузырь высоко подымается по переднему краю матки, или даже сроеся съ нею, то прежде всего слѣдует предохранить его отъ поврежденія. Только въ рѣдкихъ случаяхъ требуется отдѣлить матку отъ гестумъ, ибо даже при сроешемся *sacum Douglasii*, сроченіе рѣдко простирается выше свода влагалища.

Отдѣленіе отъ этихъ двухъ органовъ должно производить съ крайнею осторожностью и во всякомъ случаѣ въ области вещества матки. Если шейка матки свободна и нѣтъ препятствія для ея перевязки, то на нее накладываютъ либо одну сплошную лигатуру, либо двѣ лигатуры, по одной на каждую половину ея отдѣльно. Для этой цѣли весьма рационально употреблять петлестягиватель, такъ какъ руками рѣдко удастся достаточно

крѣпко затянуть лигатуры, по причинѣ плотной и сильно кровоточащей ткани этого органа.

Если желаютъ наложить лигатуры отдѣльно на двѣ половины шейки матки, въ томъ случаѣ, когда она значительно утолщена, то, по Пеану, при помощи изогнутой иглы продвѣаютъ проволоку двухъ экразеро́въ, или даже непосредственно протыкаютъ заостренные концы ихъ проволоку.

Для большей безопасности, на шейку матки, спереди или сзади проволочной петли, накладываютъ лигатуру изъ самаго толстаго шелка, которая обхватывала бы всю шейку матки. Затѣмъ на два-три сантим. отъ проволочной петли срѣзываютъ матку, послѣ чего проволоку затягиваютъ еще туже.

Вмѣсто одного или двухъ проволочныхъ-экразеро́въ, весьма цѣлесообразно употреблять одинъ цѣпной экразеръ, при помощи котораго достигается болѣе сильное стягиваніе и матка не повреждается. Далѣе, образованную такимъ способомъ бороздку выполняютъ двойною лигатурою, которую, при посредствѣ крѣпкой иглы, протягиваютъ чрезъ средину шейки еще до стягиванья.

Съ давнихъ поръ и до настоящаго времени часто предпочитали производить операцію шейки внѣ брюшины; для подобныхъ операцій рационально, конечно, употреблять проволочный экразеръ, который употребляютъ для фиксированія ножки въ полости раны; послѣднее однако еще удобнѣе производить при посредствѣ двухъ экразеро́въ, изъ которыхъ одинъ кладутъ справа, а другой слѣва на покровы живота. Если маточная культия фиксируется слабо, то въ нее сверхъ того вонзается крѣпкая копьевидная игла, которая одновременно продыравливаетъ и покровы, или только покоится на нихъ. Такъ какъ для иглы, обыкновенно, нѣтъ мѣста позади проволочныхъ экразеро́въ, и такъ какъ во всякомъ случаѣ удобнѣе помѣстить ее спереди ихъ, то понятно, что отъ шейки слѣдуетъ оставлять довольно длинную культию для того, чтобы игла не могла ее прорѣзать.

Съ того времени какъ Пеанъ обнаружилъ свой оперативный способъ, Цинтратовскому проволочному экразеру оказываютъ предпочтеніе предъ Кеберлевскимъ сжимателемъ; первый отличается отъ послѣдняго: болѣею длиною, воронкообразнымъ, сильно открытымъ концомъ, въ который заходитъ проволока, и въ особенности приспособленіемъ, которое даетъ возможность оставить у ножки стягивающую проволоку и въ тоже время удалить инструментъ. Пеанъ, повидимому, такъ и поступаетъ при операціяхъ, между тѣмъ какъ Хегаръ и другіе предпочитаютъ оставлять инструментъ на покровахъ живота. Въ послѣднемъ случаѣ возможно

Рис. 27.



Кривая лигатурная игла по Пеану.

отъ времени до времени тѣснѣ затянуть инструментъ, чего нельзя, конечно, сдѣлать по удаленіи его. Если вслѣдствіе того, что шейка матки фиксирована,

Рис. 28.



Проволочный сжиматель
Cintra't'a.

или глубоко лежитъ въ полости таза, невозможно бываетъ ввести бултыю въ рану покрововъ живота, или вывести ее наружу, то можно, подобно Нуссбауму, погрузить и эвразеръ въ глубину полости живота. Къ этому приему однакоже слѣдуетъ прибѣгать только въ отчаянныхъ случаяхъ, такъ какъ невозможно контролировать, не происходитъ ли раненіе кишекъ и сосудовъ отъ столбчатости ихъ съ стальнымъ инструментомъ. Не слѣдуетъ также внутри полости живота крѣпче затягивать инструментъ и особенно Цинтратовскій, такъ какъ въ него еще легче, чѣмъ въ другіе проволочные эвразеры, вовлекаются предварительно незахваченныя части. Въ виду того обстоятельства, что въ весьма короткое время могутъ образоваться спайки, также не слѣдуетъ по прошествіи нѣсколькихъ дней и другими проволочными эвразерами орудовать въ глубинѣ полости живота.

Скажу теперь въ заключеніе, что для шейки матки точно также, какъ и для ножки, я отвергаю вѣбрюшинный способъ леченія на томъ основаніи, что послѣдній значительно препятствуетъ примѣненію антисептическаго способа леченія, а подчасъ дѣлаетъ его совершенно невозможнымъ. Однако, несмотря на все сказанное мною, бываетъ необходимо, въ случаяхъ простой гистеротоміи, по причинѣ міомъ, фиксировать снаружи утолщенную шейку матки. Замѣчу сверхъ того, что когда приходится вылущать нормальную матку только потому, что она тѣсно срослась съ опухолью яичника, можно избѣжать кровотеченія и при внутри-брюшинномъ способѣ леченія; иногда же, абсолютно нѣтъ возможности привлечь шейку матки въ рану покрововъ живота, и въ такомъ случаѣ ее еще скорѣе, чѣмъ ножку опухоли яичника, слѣдуетъ предварительно стянуть проволокой въ мѣстахъ наложенія главныхъ лигатуръ, такъ какъ въ противномъ случаѣ, даже искусно наложенный шовъ не предохранитъ ее отъ послѣдовательнаго кровотеченія.

Не менѣе рачіонально подѣ или надѣ двумя лигатурами, наложенными на обѣ половины шейки, наложить еще сплошную лигатуру.

Наконецъ еще замѣчу, что прижиганіе поверхности порѣза и перевязка сосудовъ, видимыхъ въ разрѣзѣ, еще болѣе предохраняютъ отъ опасности.

ГЛАВА XXXII.

Очищенію (туалетъ) полости брюшины.

Литература: Penzoldt: Ueber das Verhalten von Blutergüssen in serösen Höhlen. Arch. f. klin. Med. 1876. — G. Wegner: Langenbeck's Arch. XX. 1876. стр. 51. — Stephanesco: Quelques considérations sur le peritoine Thèse. Strassbourg 1870. —

Дремажъ чрезъ брюшную полость: Marion Sims: Ueber Ovariectomie. Немѣц. перев. Н. Beigel'я, Erlangen 1873. (Оригиналъ въ New-York. Med. J. 1872—73). — Peruzzi: Storia di due ovariectomie. II Raccoltore med. 10—12. Nov. 1874 und 10. Sept. 75. — Mursick: Amer. J. of med. Sc. Jan. 1874. — Skene: New-York med. Record Oct. 1. 1873. — Hahn: Berl. klin. Wochenschr. 1874. Nr. 38. — Pauli: Arch. f. Gyn. VII. стр. 347. 1875. — Nussbaum: Bayr. ä. Intell.-Bl. 1874. Nr. 3. — Spiegelberg: Arch. f. Gyn. VI. стр. 341. 1874. VII. стр. 459. 1875 и VIII. стр. 520. 1875. — Grenser: Arch. f. Gyn. VIII. стр. 513. — Kimbal: Bost. med. and surg. J. May 28. Juni 11. и 18. Aug. 6. Sept. 17. 1874. — Schröder: Sitzungsber. d. phys. med. Soc. zu Erlangen. 10. Mai 1875. — Beckhaus: Diss. Göttingen 1874. — Weissensee: Diss. Göttingen 1875. — Ebell: Ztschr. f. Gebh. und Frauenkrkh. I. стр. 373. 1876. — Abegg: Arch. f. Gyn. IX. стр. 147. 1876. — Schatz: Arch. f. Gyn. IX. 504. — Martini: Deutsche med. Wochenschr. 1876. Nr. 20 und 21. — Olshausen: Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 10 и 11 и Volkmann's klin. Vorträge Nr. 111. 1877. — Winkler: Arch. f. Gyn. X. стр. 370. 1876 и XI. 372. 1877.

§ 183 Только въ рѣдкихъ случаяхъ не требуется очистки полости живота или, по крайней мѣрѣ, изслѣдованія; хотя извѣстны случаи, гдѣ операція произведена до того чисто, что не была обнажена ни одна кишечная петля, ни какая либо другая внутренность.

Въ большинствѣ же случаевъ слѣдуетъ, по меньшей мѣрѣ, бросить бѣглый взглядъ въ полость живота, чтобы убѣдиться не пристали ли къ поверхностно лежащимъ кишечнымъ петлямъ сгустки крови, или содержимое кисты.

Къ несчастью, обстоятельство это представляетъ весьма часто неизбежное явленіе, а потому приходится, на большемъ или меньшемъ протяженіи, предпринимать очистку полости живота. Съ этою цѣлью пинцетомъ или рукой удаляютъ кровяные сгустки и попадающіеся отрывки спаевъ, содержимое же кисты и всевозможныя жидкости удаляютъ при помощи хорошо дезинфицированной губки. Спрашивается, въ какихъ же размѣрахъ должна производиться очистка? при этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду слѣдующія правила: если случаются большія количества жидкой крови, то необходимо, по возможности, извлекать главныя массы; при этомъ замѣтимъ, что наибольшее количество жидкости обмененно скопляется въ маломъ тазу и въ поясничныхъ областяхъ, а иногда также въ легко просматриваемой excavatio vesico-uterina, которая подчасъ значительно расширена, благодаря присутствію опухоли. Въ прежнее время, а отчасти и теперь еще, весьма старательно удаляли малѣйшія количества крови и

содержимаго кисты, что, конечно, хорошо отзывалось на здоровьи оперируемыхъ. Если содержимое полости живота обладает сколько нибудь ядовитыми свойствами, то слѣдуетъ ее весьма старательно очистить.

Весьма интересные опыты Вегнера о всасываніи жидкостей изъ полости брюшины показываютъ намъ, какъ вредно дѣйствуютъ скопившіяся въ томъ мѣстѣ вещества и съ какою быстротой обнаруживается это разрушительное дѣйствіе.

Судя по опытамъ, произведеннымъ на кроликахъ и собакахъ, всасывающая способность брюшины до того велика, что если ее принять приблизительно такую же и для человѣка, то окажется, что полость брюшины въ часъ времени всасываетъ отъ 2¹/₂ до 6 литровъ жидкости, а отъ 12—30 часовъ количество жидкости, равное вѣсу всего тѣла. Изъ полости брюшины всасываніе происходитъ скорѣе, чѣмъ изъ кишекъ и подкожной клетчатки. Дѣйствіе жидкости, впрыснутой въ полость живота, обнаруживается почти также скоро, какъ и при непосредственномъ впрыскиваніи ея въ кровеносную систему.

Существенное вліяніе на всасываніе оказываетъ внутрибрюшное давленіе; оно поддерживается тамъ усиленнымъ перистальтическимъ движеніемъ кишекъ.

Вегнеръ полагаетъ, что животныя жидкости, а слѣдовательно и питательная, попадая въ полость живота, въ присутствіи бродиль (не дезинфицированный воздухъ) разлагаются тамъ скорѣе, чѣмъ гдѣ либо въ организмѣ. Если въ полость живота попадаетъ незначительное количество жидкости, то она успѣетъ всосаться до разложенія, причемъ, естественно, не произойдетъ гнилостнаго зараженія.

Чистая кровь, безъ примѣси постороннихъ отдѣленій, находясь въ полости брюшины, не разлагается въ присутствіи недезинфицированного воздуха, напротивъ того, разложеніе ея быстро наступаетъ въ подкожной клетчаткѣ и въ другихъ тканяхъ животнаго организма, какъ только она приходитъ въ соприкосновеніе съ бродилами воздуха. Вегнеръ, для объясненія этого явленія, принимаетъ, что эндотелій полости живота играетъ ту же роль, что и эндотелій сосудовъ, вслѣдствіе чего питаніе крови не прекращается и она сохраняетъ свойство живой ткани. Точно также и воздухъ, содержащій бродило, поглощается ею (кровью) безъ всякаго вреда, какъ это бываетъ и при непосредственномъ впрыскиваніи его въ обращающуюся кровь. Но какъ скоро прибавляется къ ней другая жидкость, хоть напр., содержимое кисты яичника, то получается весьма легко разлагающаяся смѣсь. Кровь представляетъ собою самую опасную примѣсь для всѣхъ разлагающихся жидкостей.

Выводы Вегнера, полученные на основаніи многочисленныхъ опытовъ, можно вполне считать вѣрными и удобопримѣнимыми къ полости брюшины человѣка. Къ тому же они разъясняютъ процессы и заболѣванія, наблюдаемыя послѣ оваріотоміи.

При послѣдней рѣдко когда попадаетъ въ полость живота чистая только кровь; въ большинствѣ же случаевъ примѣшивается къ ней и содержимое кисты, иногда же водяночная жидкость, иногда кровяной трансудатъ изъ разорванныхъ спаекъ. Такимъ образомъ въ полости живота и появляется жидкость, способная легко разлагаться. Однако, съ вылученіемъ большой брюшной опухоли, мгновенно измѣняются условія внутри-брюшиннаго давленія.

Послѣднее дѣлается равнымъ нулю и даже отрицательнымъ; по этой причинѣ всасываніе на время замедляется, или совершенно прекращается, чему содѣйствуетъ также и параличъ охлажденныхъ кишечныхъ петель. Таже причина равнымъ образомъ способствуетъ трансудаціи жидкости изъ брюшины и искусственно пораненныхъ поверхностей, съ нею рука объ руку идетъ артеріальная и венозная гиперемія кишекъ. Пониженіе давленія въ полости брюшины обусловливаетъ, наконецъ, кровотеченія изъ зіяющихъ сосудовъ пораненныхъ поверхностей. Только съ возстановленіемъ положительнаго давленія всасываніе снова усиливается, причемъ безразлично, произойдетъ ли это давленіе самопроизвольно, вслѣдствіе вновь наступившаго сокращенія покрововъ живота, или искусственно, вслѣдствіе наложенія нажимающихъ повязокъ. Чѣмъ меньше находится жидкости въ полости живота, слѣдовательно, чѣмъ скорѣе она всосется, тѣмъ скорѣе можно надѣяться, что не произойдетъ гніенія, а потому и септикеміи, несмотря на присутствіе бродиль.

При такомъ положеніи дѣлъ, когда еще не примѣняли антисептическихъ способовъ леченія, весьма важно было самымъ тщательнымъ образомъ очищать полость живота. Если очень часто и нельзя было произвести совершенной очистки полости живота, то все таки, оставляя въ ней какъ можно меньше постороннихъ веществъ, достигали весьма хорошихъ и даже счастливыхъ результатовъ. Приходилось поэтому проникать во всѣ углубленія полости живота, проникать даже до глубины заматочной области, лавируя при этомъ насаженною на палочку губкой между кишечными петлями; операція эта производится до тѣхъ поръ пока губка выводится совершенно сухою и чистою. Давно уже всѣми дознано, что отъ раздраженія кишекъ губками не можетъ произойти ни перитонита, ни другихъ вредныхъ послѣдствій. Скорѣе слѣдуетъ опасаться, что при такихъ продолжительныхъ манипуляціяхъ произойдетъ новое перекручиваніе или образованіе петель,—что навѣрно неразъ случалось при процессѣ очищенія полости живота.

Всѣмъ опытнымъ хирургамъ должно быть извѣстно, что весьма часто, по отдѣленіи многихъ спаекъ, невозможно достигнуть совершенной очистки вышеупомянутой полости; такъ какъ вовремя самаго процесса очищенія безпрестанно сочится кровяная жидкость изъ обнаженныхъ поверхностей перерѣзанныхъ спаекъ. Сверхъ того, когда операція продолжалась долго,—кишки сильно гиперемированы и парализованы,—брюшина способна столь быстро трансудировать, сколько она въ другихъ случаяхъ способна всасывать. Понятно, что обстоятельства эти не позволяютъ полной очистки полости брюшины, такъ какъ извлеченное количество жидкости постоянно пополняется новою. Дѣло доходитъ до того, что общее состояніе больныхъ, вслѣдъ за продолжительной операціей, настоятельно требуетъ, чтобы полость живота была закрыта.

Исходъ въ подобныхъ случаяхъ исключительно обусловливается слѣдующими обстоятельствами: имѣли ли бродила доступъ въ полость живота, всосалась ли вся или большая часть имѣющейся тамъ жидкости еще до разложенія ея, вызвали ли гніющія жидкости воспаленіе брюшины, которое, въ свою очередь, создаетъ новыя зловредныя вещества, способныя всасываться.

§ 184. Прежде чѣмъ разсмотрѣть кажими болѣе совершенными средствами

мы владѣемъ для предохраненія полости живота отъ заразы, не лишнимъ будетъ сказать еще нѣсколько словъ о разныхъ мѣрахъ, предложенныхъ относительно очистки. Таеъ наприм. Нуссбаумъ совѣтывалъ по окончаніи операціи класть больныхъ на животъ или отчасти на одинъ бокъ для способствованія свободному истеченію жидкости изъ полости живота; примѣръ этотъ онъ позаимствовалъ у Мс. Dowell'я, который точно также постушалъ при своей первой операціи. Приемъ этотъ тоже совѣтуетъ и Peaslee. Нуссбаумъ доходилъ до того, что даже оперировалъ больныхъ въ полу-боковомъ положеніи, чтобы такимъ образомъ съ самаго начала сдѣлать невозможнымъ захожденіе врови и жидкаго содержамаго висты въ полость живота.

Должно полагать, что онъ отъезался отъ этого оперативнаго способа, не имѣвшаго впрочемъ послѣдователей, съ тѣхъ поръ какъ сталъ оперировать подъ ширемъ. Къ этому способу очищенія полости живота позволительно прибѣгать только при особенно нечистыхъ операціяхъ и то только ради его краткости, таеъ какъ даже при глубокомъ нарезѣ и не слишкомъ большомъ разрѣзѣ покрововъ живота можно предохранить кишкы отъ выпаденія.

Хегаръ и Кальтенбахъ, напротивъ того, совѣтуютъ выдавливать жидкость, прогоняя ее руками по направленію къ отверстію раны. Способъ этотъ, безспорно, можетъ быть примѣненъ съ пользою и сообразить очищеніе, но при немъ отнюдь нельзя рассчитывать на совершенное удаленіе жидкости изъ глубины полости таза, гдѣ, какъ намъ извѣстно, скопляются наибольшія количества ея.

Кеберле совѣтуетъ приподнять рукою кишечныя петли, затѣмъ, идя по вогнутой поверхности вдоль введенной руки, ввести губку въ савитъ Douglasii, не дотрогиваясь до кишечныхъ петель. Едвали всегда подобный приемъ, удастся, да сверхъ того онъ содѣйствуетъ еще обильному вхожденію воздуха въ полость живота.—Peaslee совѣтуетъ прикрыть матку и культи ножекъ лѣвой рукою, затѣмъ по ея тыльной поверхности вводитъ губки въ глубину полости таза, причеъ, если нужно, то проволочнымъ врючкомъ удерживать кишечныя петли.

Въ настоящее время, въ случаяхъ значительнаго скопленія жидкости въ полости живота, довольно часто прибѣгаютъ къ выкачиванію ея при помощи насосовъ. Даже изъ савитъ Douglasii можно выкачать жидкость при помощи длиннаго насоса, чѣмъ, понятно, значительно сокращается операція очищенія.

Удалять воздухъ, по п а в ш і й, во время операціи, въ полость живота, поглаживаніемъ по брюху, какъ совѣтуетъ Хегаръ, весьма рационально. Въ одномъ случаѣ ему даже удалось такимъ образомъ удалить чрезъ рану большое количество воздуха, засѣвшаго между складками брыжейки. Случаи подобнаго захожденія воздуха встрѣчаются рѣдко, и то лишь благодаря продолжительной вознѣ съ кишечными петлями во время операціи. Воздухъ чаще всего можетъ скопляться въ верхней части полости живота, между верхнимъ угломъ разрѣза и діафрагмою, въ особенности послѣ удаленія изъ нея большихъ опухолей, при обыкновенномъ положеніи больной. Изгнать воздухъ изъ этихъ мѣстъ весьма трудно, таеъ какъ онъ легко перемищается подъ ребра и подъ куполь грудобрюшной преграды. Едва ли можно опасаться проникновенія воздуха въ нижнюю часть

полости живота, если, до наложенія шва на рану послѣдняго, стараться не приподнимать покрововъ его, и тѣмъ не дать повода къ аспираціи воздуха.

§ 185. Важность, которую прежде придавали точной до педантизма очисткѣ полости живота, потеряла теперь свое значеніе, когда мы съ увѣренностью можемъ избѣгать зараженія. Многіе, вмѣстѣ съ Вегнеромъ, сомнѣваются еще, что этого можно достигнуть употребленіемъ Spгау изъ карболовой кислоты. Я же, съ своей стороны, вполне въ этомъ убѣжденъ, и во многихъ, весьма нечистыхъ операціяхъ, я ограничивался довольно поверхностной очисткой полости живота; я удалялъ кровь и содержимое кисты только съ поверхностно лежавшихъ кишечныхъ петель. Такъ, при 17 лапаротоміяхъ, соблюдая строго дезинфекцію по Листеру (только при 16 оваріотоміяхъ), мнѣ пришлось только однажды удалить жидкость изъ промежутковъ между глубоколежащими кишечными петлями изъ *sacum Douglasii*, и только въ одномъ случаѣ проводить дренажъ по направленію кверху; во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ я немедленно послѣ операціи закрывала рану. Въ виду того, что всѣ операціи, произведенныя мною по способу Листера, за исключеніемъ одной (смерть произошла отъ эмболии легочныхъ сосудовъ), окончились выздоровленіемъ, я полагаю, что, примѣняя этотъ способъ, можно на очистку полости живота обращать нѣсколько меньше вниманія; однако, я не позволяю себѣ дѣлать дальнѣйшіе выводы на основаніи незначительнаго числа извѣстныхъ мнѣ фактовъ.—

ГЛАВА XXXIII.

Дренажъ полости живота.

Литература. Смори въ предыдущей главѣ.

§ 186. Дренажъ полости живота весьма тѣсно связанъ съ вопросомъ объ ея очисткѣ; цѣль его, въ сущности, заключается въ удаленіи скопляющейся тамъ послѣ операціи жидкости.

Дренажъ проводятъ либо со стороны раны живота, либо со стороны влагаллица. Въ прежнее время не проводили дренажа при оваріотоміяхъ, въ послѣдніе же 10—20 лѣтъ нѣкоторые хирурги проводили его кверху при нечистыхъ операціяхъ.

Peeslee сталъ примѣнять дренажъ уже съ 1855 года.

Сп. Уэллсъ, въ особенности Кеберле, уже съ давнихъ поръ примѣняли дренажъ, но только въ исключительнo рѣдкихъ случаяхъ, а именно, при весьма нечистыхъ операціяхъ; а также при появленіи септикѣміи и замѣтномъ скопленіи жидкости въ полости живота. Къ послѣднему вопросу мы еще возвратимся, когда будетъ рѣчь о послѣдовательномъ леченіи. Значеніе дренажа, различно, смотря потому, примѣняютъ ли одновременно съ нимъ антисептическій способъ леченія по Листеру, или же самостоятельно. Въ первомъ

случаѣ онъ представляетъ только составную часть антисептическаго образа дѣйствія и когда онъ, какъ мы послѣ увидимъ, имѣетъ при оваріотоміи второстепенное значеніе.

Другое дѣло, когда проводятъ дренажъ безъ антисептической повязки. Недезинфицированный воздухъ въ такомъ случаѣ имѣетъ свободный доступъ въ полость живота, а обстоятельство это значительно отражается на дѣйстви дренажа.

Въ прежнее время только при исключительныхъ операціяхъ проводили дренажъ со стороны покрововъ живота; но въ 1872 году Marion Sims предложилъ при всѣхъ оваріотоміяхъ предварительно проводить дренажъ, для достиженія свободнаго стока жидкости, скопляющейся въ полости живота, и совѣтовалъ для этого проводить дренажную трубку со стороны влагалища, прободая для этого *savum recto-uterinum*. Предложеніе свое онъ мотивируетъ слѣдующимъ образомъ: у большинства женщинъ, скончавшихся послѣ оваріотоміи, при вскрытіи не находили ни разлитаго перитонита, ни другихъ значительныхъ мѣстныхъ поражений; умирали же онѣ, благодаря всасыванію гнилостныхъ веществъ. Въ полости живота у нихъ находятъ болѣе или менѣе значительное количество жидкости, б. ч. водянистой, часто кровавой, вонючей и ѣдкой.— Жидкость эта состоитъ отчасти изъ крови и содержимаго кисты, попавшихъ въ полость живота во время операціи, отчасти же изъ выпота невоспаленныхъ, пораненныхъ поверхностей спаекъ и брюшины. Всасываніемъ этихъ то жидкостей и обусловливается смертельный исходъ. Sims полагаетъ, что въ 7 смертельныхъ случаяхъ его собственныхъ и въ 26 изъ 39 случаевъ Сп. Уэллса смерть произошла отъ септикеміи, или піеміи. Онъ поэтому совѣтуетъ проводить дренажъ въ самыхъ отлогихъ мѣстахъ полости живота для болѣе успѣшнаго истеченія ядовитой жидкости, съ удаленіемъ которой устраняется также и причина смерти, отъ которой, по его мнѣнію, погибаетъ большинство умирающихъ послѣ оваріотоміи.

Предложеніе Marion Sims'a съ самаго начала вызвало много возраженій. Болѣе всего опасались развитія перитонита отъ проныкновенія воздуха въ брюшинный мѣшокъ, а также и отъ владыванія трубокъ въ полость живота далѣе утверждали, что дренажъ никоимъ образомъ не можетъ извлечь жидкость изъ всѣхъ мягкихъ частей и всѣхъ закоулковъ полости живота, даже если его провести въ самомъ глубокомъ мѣстѣ *savum Douglasii*.

И то и другое возраженіе не выдерживаетъ критики. Проникающій въ полость живота воздухъ, самъ по себѣ, еще не въ состояніи вызвать воспаленія брюшины, что теперь не подлежитъ уже никакому сомнѣнію; что перитонитъ не происходитъ отъ вышеприведенныхъ причинъ, подтверждается многочисленными случаями внѣ или внутрибрюшиннаго леченія ножки, причемъ полость живота никогда вполне не закрывалась, между тѣмъ не происходило воспаленія брюшины.

Требовать отъ дренажа чрезъ влагалище, чтобы онъ выводилъ наружу гнойные фокусы, нерѣдко инкапсулировавшіеся между кишками, образующіеся на всемъ протяженіи полости живота, вслѣдствіе развивающагося воспаленія брюшины,—значитъ требовать невозможнаго. Назначеніе же дренажа должно

заключаться лишь въ удаленіи водянистой жидкости, скопляющейся въ полости живота во время самой операціи и непосредственно послѣ нея; и дѣйствительно, онъ соотвѣтствуетъ назначенію, если и не вполне, то въ весьма значительной степени. Онъ успѣшнѣе всякой очистки удаляетъ изъ полости живота жидкости, скопляющіяся тамъ при сложныхъ и грязныхъ операціяхъ. Хотя для верхнихъ отрѣзковъ полости живота едва ли можетъ быть кабая либо польза отъ дренажа чрезъ влагалище при существованіи обширныхъ спаекъ большихъ опухолей. но тѣмъ не менѣе, въ большинствѣ случаевъ, кровь и содержимое висты стекаютъ въ полость малаго таза, а отсюда уже выводятся наружу чрезъ влагалище.

Опыты Вегнера могли бы отлично выяснитъ всю пользу дренажа чрезъ влагалище, но практика опередила въ короткое время всякія теоріи, доказавъ,—что проведеніе дренажа чрезъ влагалище для предохраненія отъ зараженія при всякой оваріотоміи, какъ того требуетъ Sims, не всегда имѣетъ достаточное основаніе. Опыты Вегнера уяснили намъ, какъ скорость всасыванія изъ полости брюшины, такъ и условія этого ускоренія или замедленія, а также и ту громадную разницу въ дѣйстви, смотря по большому или меньшему количеству всосавшихся гнилостныхъ веществъ.

Если поэтому Вегнеръ и совѣтовалъ производить дренажъ чрезъ влагалище, то только съ цѣлью удалить главныя массы жидкости или, что все равно, оставить какъ можно меньше послѣдней для всасыванія. Мотивируетъ же онъ эту цѣль тѣмъ, что чѣмъ скорѣе произойдетъ всасываніе, тѣмъ вѣрнѣе будетъ устранено гніеніе жидкости.

Допустимъ, что результаты, полученные проведеніемъ предохранительнаго дренажа, достигнуты, именно, этимъ путемъ; но результаты эти, какъ мы въ послѣдствіи увидимъ, сами по себѣ шатки и неудовлетворительны.

Конечно, по имѣющимся наблюденіямъ, еще нельзя судить о результатахъ дренажа чрезъ влагалище; ибо если и существуетъ возможность сопоставитъ описанныя въ вышесказанныхъ сочиненіяхъ операціи, то поэтому небольшому числу случаевъ еще нельзя придти къ окончательному заключенію, тѣмъ болѣе, что при этихъ операціяхъ проводили дренажъ по разнымъ техническимъ способамъ, подчасъ весьма несовершеннымъ, далѣе онѣ производились при различныхъ внѣшнихъ условіяхъ; способы послѣдовательнаго леченія весьма разнообразны; наконецъ операціи произведены 12 различными операторами. Кромѣ того, при обсужденіи значенія достигнутыхъ результатовъ отъ дренажа, слѣдуетъ обратитъ должное вниманіе на тотъ фактъ, что большинство хирурговъ проводили дренажъ только исключительно въ трудныхъ случаяхъ, такъ что дренажъ въ такихъ случаяхъ играетъ такую же роль, какъ другія осложненія, отъ которыхъ могла послѣдовать смерть.

Изъ 59 вышеупомянутыхъ случаевъ 36 окончились выздоровленіемъ, 23 смертью; такой результатъ не даетъ еще права дѣлать выводы, а только побуждаетъ къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Такъ, изъ тѣхъ же 59 случаевъ, мнѣ извѣстны 29, изъ которыхъ 18 выздоровѣло, 11 же умерло. Данныя эти тѣмъ болѣе имѣютъ значеніе, что всѣ означенныя операціи произведены однимъ и тѣмъ же хирургомъ и въ одной и той же больницѣ (въ госпиталѣ Діаконисъ, въ Галле); почти всѣ операціи произведены по вышеупомянутому

способу (а именно 29 изъ 32 послѣдовательныхъ случаевъ); наконецъ при всѣхъ почти операціяхъ соблюдаемы были одни и тѣже техническіе пріемы.

Если это такъ, то можно было надѣяться на болѣе благоприятные результаты, которые тѣмъ менѣе удовлетворительны, что изъ 29 оперированныхъ умерло 11 т. е. 38%.

Не смотря на это, можно было бы надѣяться на усовершенствованіе этого способа леченія и отстанвать его, еслибы не возникли новыя, чисто теоретическія опасенія и еслибы еще не удалось другимъ путемъ достигать лучшихъ результатовъ.

Съ точки зрѣнія современной науки, опасность отъ проведенія дренажа заключается не въ развитіи перитонита, вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія воздуха, проникающаго въ полость живота, а, напротивъ того, въ септическомъ зараженіи, съ его послѣдствіями, содержамаго полости живота. Если тѣмъ или другимъ способомъ намъ и удалось избѣжать инфекціи во время самой операціи, то она можетъ произойти послѣ нея, отъ заходящаго черезъ трубку воздуха, когда ее невозможно герметически закрыть. Нельзя не замѣтить, что обстоятельство это можетъ имѣть мѣсто чрезъ верхній конецъ трубки, а отнюдь не чрезъ нижній.

Возможность развитія септикеміи этимъ путемъ не подлежитъ сомнѣнію, въ чемъ мнѣ пришлось убѣдиться въ этомъ горькимъ опытомъ.

Однажды, послѣ весьма простой операціи, при которой не приходилось даже отсепаровывать спаявъ, причемъ одностороннюю опухоль весьма легко удалось вывести наружу черезъ небольшое отверстіе раны, въ виду кровотока изъ раны покрововъ живота, причемъ въ полость послѣдняго попало небольшое количество крови, оставивъ ножку опухоли въ ранѣ, провелъ дренажъ чрезъ влагалище (я въ то время былъ еще приверженцемъ дренажа чрезъ влагалище). Перевязанная эвтутомъ ножка кисты была погружена въ полость живота; операція была произведена при постоянномъ орошеніи растворомъ карболовой кислоты, сверхъ того, были приняты всѣ предосторожности противъ развитія септикеміи. Состояніе больной въ продолженіи 1½ дней казалось удовлетворительнымъ, но затѣмъ наступили рвота, учащеніе пульса, тревожное состояніе и безпокойство. Температура только на 4 день послѣ операціи поднялась выше 38, а затѣмъ постоянно повышалась, пока на 6-й день температура больной дошла до 40,7 и она скончалась. При вскрытіи нашли весьма небольшія ложно-перепончатыя пленки на матѣ и на нѣкоторыхъ внѣшнихъ петляхъ; культя ноги была совершенно здорова, въ полости живота незначительное количество мутной жидкости, едва увеличенная и нѣсколько размягченная селезенка. Теченіе болѣзни подробно описано въ § 222.

Судя по ходу болѣзни, слѣдовало допустить, что развилась септикемія, — предположеніе, которому нисколько не противорѣчили данныя, полученныя при вскрытіи. Зараженіе, очевидно, произошло не во время операціи, произведенной со всевозможными предосторожностями, а впослѣдствіи, въ пользу чего говоритъ первоначальное удовлетворительное состояніе больной. Распространялась ли зараза по трубкамъ чрезъ влагалище или она проникла съ воздухомъ, трудно рѣшить.

§ 187. Если мы бросимъ бѣглый взглядъ на то отношеніе, какое выказали хирурги въ дренажу чрезъ влагалище, то мы убѣдимся, что тѣ изъ нихъ, которые уже раньше достигали блистательныхъ результатовъ, съ самаго начала появленія этого способа дренажа высказались противъ него, а нѣкоторые совсѣмъ его не примѣняли, такъ напр. Keith, Koeberlé и Sp. Wells; противъ него высказались также Хегаръ, Нуссбаумъ, Шредеръ и др. Даже самъ изобрѣтатель его, Marion Sims, вскорѣ отказался отъ него. Нуссбаумъ, горячій преверженецъ этого вида дренажа, примѣннаго имъ въ первыхъ 5 операціяхъ, при 6-й операціи перешелъ къ строжайшему антисептическому леченію, проводя простой дренажъ лишь вверхъ. Кромѣ того, одно время въ пользу дренажа сълонялись Шпигельбергъ, Грензеръ, Абегъ, Гильдебрандтъ, Винклеръ и я. Послѣ многихъ печальныхъ результатовъ оваріотоміи, я былъ подуленъ первоначальными хорошими результатами отъ примѣненія этого способа въ 14 случаяхъ, изъ которыхъ 10 окончились выздоровленіемъ, причемъ было нѣсколько весьма сомнительныхъ случаевъ. Однако, 7 смертельныхъ случаевъ изъ 15 слѣдующихъ операцій, не отличавшихся отъ первыхъ 14, при которыхъ во время операціи были приняты всевозможныя предосторожности противъ септического зараженія (какъ-то: орошеніе растворомъ карболовой кислоты), убѣдили меня въ томъ, что дренажъ чрезъ влагалище также сопряжено съ немалыми опасностями.

Съ цѣлью узнать, слѣдуетъ ли вообще и въ какихъ именно случаяхъ, прибѣгать къ дренажу чрезъ влагалище, а также какимъ правиламъ слѣдуетъ придерживаться, мы рассмотримъ сперва технику его проведенія.

§ 188. Технические приемы при проведеніи дренажа чрезъ влагалище. Немногіе авторы, трактующіе о проведеніи дренажа чрезъ влагалище, не сходятся по этому вопросу не только въ частностяхъ, но даже въ главныхъ принципахъ. Marion Sims бралъ серебряныя трубочки и погружалъ ихъ только въ *sacum Douglasii*, не проникая далеко вверхъ въ полость живота. Впослѣдствіи стали употреблять каучуковыя трубочки различнаго калибра и выводили ихъ наружу черезъ рану живота. Почти всѣ хирурги клали трубку въ нижній уголъ раны живота; я же совѣтовалъ класть ее въ верхній уголъ, причемъ трубка лежитъ въ выпрямленномъ положеніи, не сгибается и просвѣтъ ея остается проходимымъ, кромѣ того, она не смѣшаетъ матку, проходитъ черезъ брюшную полость живота—что, конечно, способствуетъ дезинфекціи содержимаго ея. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (Грензеръ, Нуссбаумъ, Ганъ, Шпигельбергъ) одновременно проводили дренажъ и накладывали зажимъ на ножку; въ большинствѣ же случаевъ ее погружали. Послѣдній способъ леченія, по мнѣнію Шпигельберга, самый вѣрный. Въ одномъ случаѣ, гдѣ онъ наложилъ зажимъ на ножку, послѣдняя до того оттянула матку впередъ, что образовалась глубокая *excavatio vesico-uterina*, которая, благодаря ширинѣ ножки, почти совершенно отдѣлилась отъ остальной полости живота и стала мѣстомъ скопленія жидкости, вызвавшей смертельную септикемію.

Хотя такіе случаи и рѣдко встрѣчаются, тѣмъ не менѣе намъ важется, что при проведеніи дренажа разумнѣе погружать ножку, такъ какъ цѣль дренажа, заключается именно въ томъ, чтобы предотвратить въ полости живота процессъ разложенія.

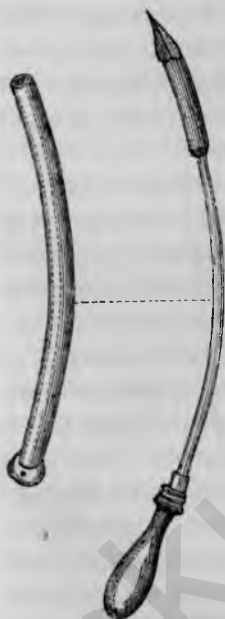
Трубки не всегда одинаково долго оставляли въ полости живота; въ большинствѣ случаевъ отъ 8—14 дней. Ганъ удалялъ ихъ на 4-й день; Грензеръ и Гильдебрандтъ также совѣтуютъ придерживаться послѣдняго правила. Шатцъ совѣтуетъ оставлять дренажную трубку не долѣе 2-хъ дней; между тѣмъ какъ Sims оставлялъ однажды ее въ продолженіи цѣлаго мѣсяца въ полости живота.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда дренажъ чрезъ влагалище вообще показанъ, я совѣтую проводить его слѣдующимъ образомъ, о чемъ впрочемъ уже было говорено выше:

Окончивъ перевязку ножки, приступаютъ къ поверхностной очисткѣ т. е. выводятъ черезъ верхній край раны живота не жидкое содержимое, а одни только сгустки. На удаленіе жидкаго содержимаго обращаютъ вниманіе только въ томъ случаѣ, когда оно скопилось въ мягкихъ частяхъ.

Обыкновенно прямо приступаютъ къ проведению дренажа чрезъ влагалище. Для прокола *sacum Douglasii* берутъ большой и широкій троакаръ (рис. 29) (трубочка длиною въ 25 цтм. съ просвѣтомъ слишкомъ въ одинъ цтм.); для этого кладутъ лѣвую руку на дно *excavatio recto-uterina*, отыскивая кончиками пальцевъ самое глубокое мѣсто ея; черезъ влагалище, промытое предварительно дезинфицирующею жидкостью, проводятъ троакаръ къ задней стѣнѣ *vaginae* такъ, чтобы пальцы, находящіеся въ вышеозначенномъ мѣстѣ, могли изнутри прощупать кончикъ его. Затѣмъ прокалываютъ, прикрывъ ладонью *sacum Douglasii*, предохраняя такимъ образомъ кишечныя петли отъ поврежденія.

Рис. 29.



Троакаръ для дренажа чрезъ влагалище. $\frac{1}{4}$ натур. величины.

Когда покровы живота не натянуты, удается двумя пальцами, просунутыми черезъ рану, дойти до дна таза, что конечно весьма выгодно при маломъ разрывѣ.

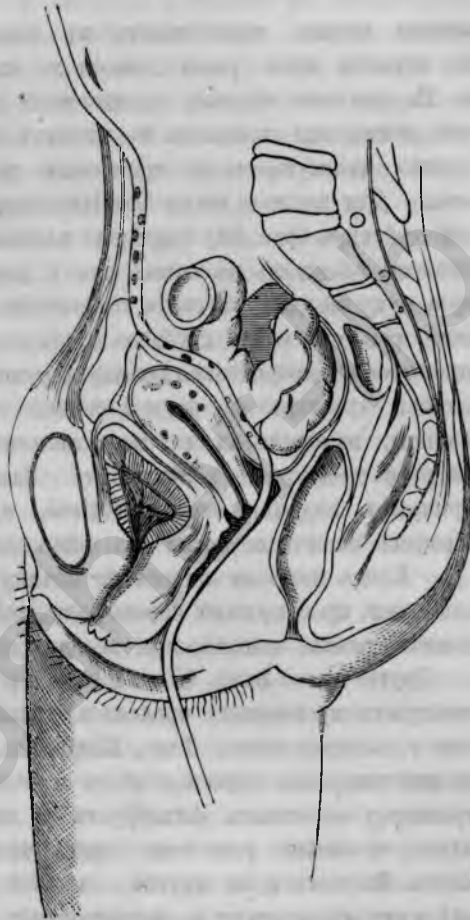
Другіе—какъ напр. Шпигельбергъ, Грензеръ,—совѣтуютъ производить проколъ влагалища изъ полости живота т. е. сверху внизъ. Такъ, Шпигельбергъ отыскиваетъ на днѣ таза самое глубокое мѣсто и ставитъ тамъ трубочку троакара; ассистентъ фиксируетъ во влагалищѣ известное мѣсто, а затѣмъ уже самъ беретъ троакаръ и прокалываетъ. Въ томъ и въ другомъ способѣ, необходимо, чтобы обѣ руки участвовали въ фиксированіи.

Я предпочитаю дѣлать проколъ изъ влагалища, т. е. снизу вверхъ, потому что пораненіе прямой кишки, мнѣ кажется, при этомъ невозможнымъ; за то не всегда удается навѣрное проколоть самое глубокое мѣсто *sacum Douglasii*; послѣднее достигается по другому способу, троакаръ въ такомъ случаѣ часто проходитъ по длиннѣйшему пути (5 цтм. Грензеръ) между прямой кишкой и влагалищемъ, и не всегда прокалываетъ послѣднее въ сводѣ, но ниже, даже въ срединѣ задней стѣнки его, чего трудно достигнуть при прокалываніи изъ влагалища, не опасаясь при этомъ повредить прямую кишку. Трудно рѣшить, что выгоднѣе: прокалывать *sacum Douglasii* въ самомъ глубокомъ мѣстѣ, или рис-

ковать образованіемъ болѣе длиннаго канала впереди прямой кишки, причемъ возможно прободеніе той части послѣдней, которая лишена брюшиннаго покрова, отчего дренажная трубка легко можетъ быть сдавлена и дѣйствіе ея оттого уничтожено.

Послѣ прокола стѣнки влагалища протягиваютъ черезъ него толстую каучуковую трубку (просвѣтъ = 1 см.), снабженную многочисленными, не слишкомъ большими отверстіями. Большія отверстія тѣмъ неудобны, что

Рис. 30.



Дренажъ чрезъ влагалище послѣ овариотоміи. Положеніе дренажа относительно кишекъ.

сальникъ легко можетъ попасть въ полость трубки. Дренажную трубку, длиною въ 75—100 см., проводятъ такъ глубоко, чтобы она выходила изъ раны живота на 10 см. Само собою понятно, что дренажные трубки слѣдуетъ предварительно положить въ растворъ карболовой кислоты; затѣмъ протягиваютъ чрезъ всю трубку шелковую нитку, въ концу которой привѣрена губочка, соответствующая просвѣту дренажной трубки. Послѣдняя представляетъ необходимую принадлежность дренажной трубки. Отверстія этой послѣдней должны по меньшей мѣрѣ доходить до дна *sacum Douglasii*, или до влагалища.

По удаленіи скопившейся въ полости малаго таза жидкости, тщательно вы-
ласываютъ полость живота дезинфицирующей жидкостью и въ особенности около
дренажной трубки, и затѣмъ уже закрываютъ рану живота. Опасаясь ядовитаго
дѣйствія карболовой кислоты, я обыкновенно употреблялъ для этой цѣли ра-
створъ салициловой кислоты, которую я, безъ всякаго опасенія, омываю всѣ
углы и углубленія полости живота, насколько они доступны.

Рис. 31.



Дренажъ чрезъ влагалище и складчатый шовъ.
Дренаж. трубка въ верхнемъ углу раны.

Удостоверившись, что жидкость свободно вытекаетъ чрезъ дренажную
трубку, ее помѣщаютъ въ верхнемъ углу брюшной раны, которую
затѣмъ уже закрываютъ; чтобы трубка не провалилась въ полость живота, ее
пробальваютъ иглою надъ покровами послѣдняго.

Весьма важенъ вопросъ о послѣдовательномъ леченіи послѣ про-
веденія дренажа.

Шпигельбергъ высказалъ слѣдующее странное изреченіе, что впрыскивать
чрезъ трубку въ полость живота слѣдуетъ только тогда, когда изъ послѣдней обна-
ружатся явные признаки септическихъ процессовъ или гниlostнаго всасыванія.
При этомъ онъ, не смотря на всѣ принятые предосторожности, опасается за-
хожденія инородныхъ, броженіе вызывающихъ веществъ; даже самый механи-
ческій инсультъ отъ наполненія въ полости живота онъ считаетъ небезопаснымъ.

По моему мнѣнію, какъ предлагаемый имъ совѣтъ, такъ и мотивъ его, должны въ самомъ основаніи. Намъ нечего опасаться механическаго раздраженія брюшины отъ выполаскивающей жидкости, тѣмъ болѣе, что, если дренажная трубка не засорена, жидкость не можетъ скопиться въ полости таза; чему, кромѣ того, препятствуютъ кишечныя петли и другія внутренности, повсюду плотно прилегающія къ отверстиямъ трубки. Напротивъ, жидкость непрерывно и равномерно вытекаетъ по мѣрѣ того, какъ она притекаетъ сверху, конечно, если трубка въ надлежащемъ порядкѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда трубка согнется или засорится и нѣкоторое количество жидкости случайно попадаетъ въ полость живота, я никогда не наблюдалъ дурныхъ послѣдствій, кромѣ скоропреходящей коликообразной боли.

Еще болѣе неумѣстно опасеніе введенія въ полость живота вмѣстѣ съ дезинфицирующей жидкостью разлагающихся элементовъ. Напротивъ того, скорѣе можно опасаться процессовъ разложенія въ томъ случаѣ, когда не дезинфицированный антисептической повязкой воздухъ будетъ имѣть свободный доступъ къ брюшинѣ и къ оставшему въ полости живота, хотя и незначительному, количеству жидкости. Тутъ то именно и слѣдуетъ возможно чаще прополаскивать и притомъ хорошо-дезинфицирующими растворами; надежда выгнать застоявшуюся жидкость прополаскиваніемъ чрезъ дренажную трубку, послѣ всего вышеизложеннаго, намъ кажется обманчивою.

Что касается качества жидкости для прополаскиванія, то можно сказать, что слабый растворъ карболовой кислоты, или даже разведенная хлорная вода вполне соответствуютъ вышеозначенному требованію. Слѣдуетъ однако замѣтить, что частое и продолжительное примѣненіе хлорной воды, или раствора хлорной извести можетъ вредно дѣйствовать на органы дыханія больной. Нуссбаумъ и я употребляли растворы карболовой кислоты (слабыя, $\frac{1}{3}\%$). Еще вопросъ, имѣютъ ли растворы крѣпости меньше 1% — 2% замѣтное дезинфицирующее дѣйствіе. Такъ какъ такіе растворы, по всей вѣроятности, могутъ имѣть отравляющее дѣйствіе, то ихъ слѣдуетъ употреблять лишь убѣдившись предварительно посредствомъ другой жидкости, въ проходимости дренажной трубки. Поэтому лучше всего употреблять для этой цѣли слабыя растворы салициловой кислоты, что я и дѣлалъ въ большинствѣ моихъ случаевъ. Однако, я все-таки полагаю, что 1% — 2% растворъ карболовой кислоты обладаетъ сильнѣйшимъ дезинфицирующимъ дѣйствіемъ, а потому желательно было бы, чтобы она въ будущемъ вошла въ употребленіе, причѣмъ однако слѣдуетъ принимать всевозможныя предосторожности и постоянно слѣдить за мочей.

Количество пропускаемой жидкости зависитъ отъ того, вытекаетъ ли она чистой, или остается долгое время кровянистой, мутной; послѣднее различно, въ особенности въ первый день послѣ операціи, когда изъ пораненныхъ поверхностей сильно сочится кровяная жидкость. Приходилось даже иногда пропускать до 8 литровъ жидкости, пока она не вытекала обратно совершенно чистою; обыкновенно же, въ первые часы послѣ операціи, достаточно пропустить отъ 1—2 литровъ.

Но еще важнѣе всего вышеизложеннаго, чтобы полосканіе произво-

дилось часто, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда проводятъ дренажъ: послѣ сложныхъ операцій по причинѣ быстро наступающаго просачиванія, а въ легкихъ случаяхъ, потому что неповрежденная брюшина имѣетъ большую наклонность быстро всасывать скопляющіяся гнилостныя вещества, — отчего возрастаетъ опасность септического зараженія крови. Для предотвращенія разложенія необходимо какъ можно чаще прополаскивать. Что касается до меня, то я всегда, въ особенности въ отчаянныхъ случаяхъ, полоскалъ въ продолженіи 1—2 сутокъ, днемъ и ночью, ежечасно, даже каждыя полчаса, и убѣжденъ, что нѣкоторыя опасныя больныя обязаны этому обстоятельству жизнью. Прежде я былъ того мнѣнія, что столь частое полосканіе совершенно излишне послѣ простыхъ операцій, такъ что, какъ только превращалось кровосоченіе, я ограничивался 6-ю полосканіями въ сутки. Ошибка эта дала себя знать въ вышеописанномъ (въ § 186) случаѣ, а также, вѣроятно, и въ нѣкоторыхъ другихъ, окончившихся смертью. Помимо того, что я не совѣтую прибѣгать къ дренажу, какъ къ средству предохранительному, въ правильно протекающихъ случаяхъ, я вообще желалъ бы ограничить его примѣненіе только исключительными случаями, и никогда болѣе не буду дѣлать частыхъ прополаскиваній, исключая развѣ тѣхъ случаевъ, когда брюшина неповреждена и, слѣдовательно, обладаетъ весьма энергичной всасывающей способностью. Скажу болѣе, я не удовлетворяюсь однимъ частымъ прополаскиваніемъ, и въ первомъ же случаѣ, когда потребуется проведеніе дренажа чрезъ влагалище, я употребляю постоянное орошеніе; для этого нѣтъ надобности въ непрерывной струѣ воды, а достаточно постоянное капаніе жидкости.

Во всякомъ случаѣ жидкость для полосканія слѣдуетъ употреблять нагрѣтую, такъ какъ холодныя полосканія подчасъ вызываютъ весьма непріятныя колики, чего при теплыхъ почти никогда не случается.

Иногда просвѣтъ трубки оказывается засорившимся, чаще всего это бываетъ послѣ трудныхъ кровавыхъ операцій, и въ случаяхъ, осложненныхъ водянкой. Засореніе трубки происходитъ: либо отъ сгустковъ крови, либо отъ свернушагося фибрина, либо, наконецъ, что рѣже бываетъ, отъ оставшагося жироваго распада стѣнокъ или полостей опухолю. Препятствіе это легко устраняется помощью упомянутой выше губочки, которою прочищаютъ трубку, избѣгая такимъ образомъ выниманія послѣдней изъ полости живота, что обыкновенно причиняетъ больнымъ довольно значительную боль. Когда же при вытягиваніи губочки натыкаются на трудно преодолимое препятствіе, то не слѣдуетъ вытягивать ее насильно, а необходимо медленно извлечь самую трубку до тѣхъ поръ, пока не доберемся до препятствовавшей причины. Однажды, послѣ тщетной попытки протянуть губочку, я извлекъ трубку, при чемъ оказалось, что черезъ одно изъ ея отверстій вѣдрилась значительная часть салника, который былъ мною дезинфицированъ и вправленъ. Точно также не слѣдуетъ забывать, что извлеченную трубку слѣдуетъ предварительно вымыть растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ только погружать ее обратно въ полость живота.

Что касается времени, какъ долго дренажная трубка должна оставаться въ полости живота, можно съ достовѣрностью сказать, что по истеченіи

нѣсколькихъ дней она выполнить свое назначеніе, которое не состоятъ и не можетъ заключаться въ удаленіи гнойныхъ вышотовъ, появляющихся вслѣдствіе перитонита. Въ два дня, самое большее, кровосоченіе изъ пораненныхъ поверхностей превращается, и дренажъ можетъ быть удаленъ. Желательно вообще, чтобы трубку не оставляли долгое время въ полости живота. Исключеніемъ изъ этого правила могутъ, или должны служить тѣ случаи, когда въ полости живота по необходимости оставлена была значительная часть стѣнокъ висты. Но въ такомъ случаѣ отношеніе дренажной трубки къ брюшинѣ, будетъ совершенно другое, трубка въ этихъ случаяхъ часто вовсе не проходитъ между кишечными петлями, а, напротивъ того, вся или большая ея часть лежитъ на остаткахъ, не вполне вылущенной висты. Дно полости таза особенно часто покрыто тѣсно-приросшей кистой, что, конечно, значительно препятствуетъ всасыванію гнилостныхъ веществъ.

Извлеченіе трубки слѣдуетъ производить изъ влагалища, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно вовлечь заражающія вещества изъ влагалища въ полость живота. Вся процедура дренажа чрезъ влагалище значительно сокращается, если больную кладутъ на рамку съ отверстіемъ, черезъ которое проводятъ нижній конецъ трубки, опуская его въ подставленный сосудъ.

§ 189. Нисколько не сомнѣваясь въ пользѣ дренажа, по скольку онъ способствуетъ тщательному очищенію полости живота, и сознавая въ то же время возможность вторичнаго зараженія черезъ трубку, я въ двухъ случаяхъ соединилъ *) проведеніе дренажа съ наладываніемъ глухой повязки по Листеру. Съ этой цѣлью на верхній конецъ дренажной трубки я наложилъ типическую повязку, нижній же конецъ я погрузилъ въ стаганъ, наполненный 5% растворомъ карболовой кислоты. При владываніи дренажной трубки я позаботился о томъ, чтобы въ части трубки, находящейся во влагалищѣ, не было отверстій, а чтобы, напротивъ того, самое нижнее отверстіе ея находилось на днѣ *sacum Douglasii*.

По причинѣ плотно наложенной глухой повязки, прополаскиваніе производилось очень рѣдко, а именно, первое прополаскиваніе сдѣлано по истеченіи сутокъ. Изъ этихъ двухъ больныхъ одна благополучно выздоровѣла; другая же, не взирая на всѣ предосторожности, скончалась отъ септикеміи черезъ 4 дня послѣ операціи (Г-жа П. Случай 40. I. IX. 76). Случай этотъ отличался отсутствіемъ какихъ бы то ни было срощеній.

Тонкоствѣнная опухоль, изъ которой уже 6—8 дней до операціи излилось въ полость живота значительное количество коллоидной жидкости, порвалась во время операціи во многихъ мѣстахъ. Несмотря на это, нигдѣ нельзя было найти гнойнаго или гнилостнаго содержимаго, которому можно было бы приписать смертельный исходъ. Перевязанная катгутъ ножка была погружена въ полость живота. Уже въ первый и второй день послѣ операціи, у больной появилась частая рвота; на второй день температура поднялась до 38,9°, число ударовъ пульса превышало 100 въ минуту; въ мочѣ содержалась карболовая кислота. На третій день темп. колебалась между 37,7° и 38,7°; пульсъ=126; на четвертый темп. 40°.

*) Въ лекціи моей № 111, объ оваріотоміи, я по ошибкѣ упомянулъ о трехъ такихъ случаяхъ, вмѣсто двухъ.

пульсъ трудно сосчитать, зрачки сильно сужились, несмотря на то, что больная приняла всего 0,025 морфия; потеря сознания, пѣанозъ. Вскрытіе не было произведено.

Теченіе перваго случая, съ благополучнымъ исходомъ, было слѣдующее:

Наблюд. № 37. Б. Г., 19-ти лѣтъ. Операция произведена 22 іюля 1876 г. Маленькая, многокамерная киста, безъ сросеній. Въ полость брюшины излилось незначительное количество содержимаго кисты. Дренажъ положенъ черезъ савит Douglasii, какъ описано выше. Перевязанная катгуттомъ ножка была погружена въ полость живота. Мѣстныхъ явленій не наблюдалось. На третій день темп. дошла до своего максимума, 39,1°. Дренажная трубка была удалена на 6-ой день.

Во всякомъ случаѣ, еще технически неполнѣ возможно, и едва ли будетъ возможно, соединеніе дренажа съ антисептической повязкой, которая удовлетворяла бы всѣмъ требованіямъ антисептики; и если и удалось при проведеніи дренажа избѣжать септического зараженія, то это еще не доказываетъ, что оно не можетъ легко произойти, такъ какъ вредная жидкость, находящаяся часто во влагалищѣ, можетъ безпрепятственно распространяться вдоль трубки въ полость живота, чему довольно часто способствуетъ наступленіе ложныхъ менструацій послѣ оваріотоміи, которыя, въ свою очередь, становятся фокусомъ для процессовъ разложенія.

§ 190. Рассмотримъ теперь, вратцѣ, тѣ явленія, которыя наблюдаются у больной при проведеніи дренажа по направленію къ влагалищу.

Количество жидкости, самопроизвольно истекающей черезъ нижній конецъ трубки, зависитъ отъ хода операціи, а также и отъ болѣе или менѣе частаго прополаскиванія. Большая часть жидкости вытекаетъ тотчасъ по проведеніи трубки. Но, можетъ случиться, что впродолженіи дня и болѣе, жидкость вытекаетъ въ количествѣ 1—2 столовыхъ ложекъ въ часъ; съ другой же стороны, извѣстны случаи, когда жидкость вытекала по цѣлымъ литрамъ.

На третій день вытекающая до того времени водянистая, болѣе или менѣе окрашенная въ кровавой цвѣтъ жидкость, съ плавающими въ ней хлопьями, мало по малу замѣняется гнойнымъ отдѣленіемъ, которое все болѣе и болѣе усиливается, не дѣлаясь однако обильнымъ. Отдѣленіе это есть продуктъ раздраженія части брюшины, окружающей трубку, не распространяющагося впрочемъ на сосѣднія части. Въ то же время на данной части брюшины развиваются на 3 или 4 день грануляціонныя разроженія, которыя вѣдряются, мало по малу, въ отверстія трубки, до такой степени, что вдаются въ просвѣтъ ея въ видѣ пуговокъ. Когда долго не удаляютъ трубку, напр. по истеченіи 8 дней, то нерѣдко находятъ ее сросшеюся нѣкоторымъ образомъ, при помощи упомянутыхъ грануляцій, съ брюшиною, причемъ удаленіе трубки требуетъ уже нѣкотораго усилія, а въ просвѣтъ ея находятъ частицы оторванныхъ грануляцій.

Воплнѣ разросшіяся грануляціи защищаютъ собою брюшину отъ септического зараженія; если послѣднее не успѣло развиться въ первые 3—4 дня, то можно быть увѣреннымъ, что оно болѣе не появится. Изъ 29 случаевъ, въ которыхъ я проводилъ дренажъ чрезъ влагалище, я ни разу не видѣлъ, чтобы септическое зараженіе развилось позже 3 дня. Позже этого заболѣванія не-

было, не смотря на то, что съ 3 дня впрыскиванія дѣлалась все рѣже, и начиная съ 5 дня не болѣе 3—4 разъ въ день; дренажная же трубка оставалась на 8—12 дней.

По той же причинѣ, не слѣдуетъ оставлять дренажъ очень долгое время, да оно и бесполезно, хотя и не представляетъ особенной опасности. Какъ польза, такъ и вредъ отъ дренажа ограничиваются только первыми днями послѣ операціи. По удаленіи дренажной трубки, остающійся между кишками каналъ, выполненный грануляціями, скоро закрывается, такъ что, спустя 1—2 дня, вливаемая чрезъ верхнее отверстіе раны жидкость болѣе не вытекаетъ изъ нижняго отверстія; часто каналъ закрывается тотчасъ по удаленіи дренажа, особенно, когда вздутыя кишки сдавливаютъ стѣнки канала.

Верхнее отверстіе раны, которое слѣдуетъ затыкать пробкою изъ напитанной карболовымъ масломъ ваты, также вскорѣ закрывается расростающимися изнутри грануляціями. Въ каналъ чрезъ это отверстіе можно даже видѣть перисталтическое движеніе кишечныхъ петель, покрытыхъ грануляціями.

§ 191. Показанія къ проложенію дренажа чрезъ влагалище не многочисленны. Оно сопряжено съ большою опасностью, если брюшина здорова; но тамъ, гдѣ уже образовались обширныя сращения, опасность септического зараженія гораздо меньше. Если примѣненіе строго-антисептического способа леченія съ закрытою повязкою оказываетъ громадную пользу при нечистыхъ операціяхъ, то тѣмъ болѣе употребленіе его будетъ умѣстно при дренажѣ брюшины. Дренажъ чрезъ влагалище пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, не смотря на всѣ антисептическія мѣропріятія, въ брюшную полость попадаютъ заразительныя массы, все равно будетъ ли то загноившееся или разложившееся содержимое кисты, или содержимое случайно пораненныхъ органовъ (кишки, мочевоы пузыря); до сихъ поръ нерѣшено, насколько опасно для брюшины, при соблюденіи антисептики, если въ полость ея попадаютъ жиръ, волосы пзъ не разложившейся еще дермоидной кистомы, и слѣдуетъ ли въ такомъ случаѣ употреблять дренажъ чрезъ влагалище; равнымъ образомъ опытомъ еще не дознано, лучше ли дренажировать *per vaginam*, если въ полость живота попадаетъ чистый гной, или же должно предпочесть закрытую повязку. Но если брюшина подвергается вліанію ихорозныхъ массъ, кала или мочи, въ большомъ количествѣ, въ такомъ случаѣ самымъ цѣлесообразнымъ средствомъ будетъ дренажъ *per vaginam*, въ соединеніи съ постоянною пригигіею, отъ котораго можно ожидать самые лучшіе результаты.

ГЛАВА XXXIV.

Закрытіе брюшной раны и повязка.

Литература: Sp. Wells. Cases of ovariectomy. London and Dublin quarterly Journ. Nov. 1859. — Wells-Küchenmeister: стр. 318. — Peaslee: Ovarian tumours.

стр. 479. — Н. Beigel: Ueber Vor. und Nachbehandlung bei der Ovariectomie. Berl. klin. Wochenschr. 18. Nov. 1867. — В. Stilling: Deutsche med. Wochenschr. 1877 Nr. 11 и 12.

§ 192. Различія въ техниѣ при закрытіи брюшной раны практически имѣютъ мало значенія; они касаются матеріала, употребляемаго для шва, того или другаго способа зашиванія; но самое важное — будетъ ли захвачена брюшина при этомъ или нѣтъ.

Для шва употребляли всевозможный матеріалъ, отъ конскаго волоса до телеграфной проволоки, обтянутой гутаперчей. Большая часть операторовъ употребляетъ въ настоящее время шелкъ и серебрянную проволоку. Кейтъ долгое время употреблялъ кѣгутъ. Возможность избѣгать неприятнаго нагноенія въ мѣстахъ уколовъ менѣе зависитъ отъ матеріала, употребляемаго для шва, какъ думали это прежде, чѣмъ отъ полнѣйшей дезинфекціи этого матеріала, а самой полной дезинфекціи можно достигнуть, употребляя и шелкъ или суровыя нитки, если послѣднія хорошо приготовлены и предъ самымъ употребленіемъ ихъ были положены въ растворъ карболовой кислоты. Но я не сомнѣваюсь, что скорѣе можно сдѣлать септичными серебрянную проволоку, карболованный кѣгутъ, а также такъ называемую водоросль (Fil de Florence, Silkwormgut, Seegras), и что употребляя ихъ, вѣрнѣе можно рассчитывать избѣгнуть нагноенія.

Большая часть операторовъ предпочитаетъ узловатый шовъ, накладывая его частью глубоко, частью поверхностно. Обвивной шовъ, бывшій въ употребленіи, въ настоящее время почти всѣмъ оставленъ. Также и, такъ долго употреблявшійся Кеберле, складчатый шовъ мало распространенъ, хотя и заслуживаетъ вниманія.

Самый обыкновенный способъ накладыванія узловатаго шва, посредствомъ изогнутой иглы, проводимой чрезъ одинъ край раны снаружи внутрь и выводимой чрезъ другой, изнутри снаружи, рѣшительно уступаетъ способу, употреблявшемуся. Сп. Уэллсомъ. Онъ вдѣваетъ оба конца шелковой нити въ двѣ прямыя иглы и проводитъ каждую изъ нихъ, помощью хорошо приспособленнаго иглодержателя, чрезъ оба края раны, изнутри снаружи. Этимъ способомъ покровы живота прокалываются легче и вѣрнѣе.

Пизан, по быстротѣ и удобству употребленія, предпочитаетъ иглу Брунса всѣмъ другимъ; она снабжена на переднемъ концѣ ушкомъ, а на другомъ рукояткою.

При оставленіи ножики опухоли внѣ брюшины, ближайшій къ ножеѣ шовъ долженъ быть наложенъ глубоко и особенно вѣрно. Сп. Уэллсъ придаетъ особое значеніе тому, чтобы шовъ былъ наложенъ непосредственно надъ ножею, — которую нижній уголъ раны плотно обхватывалъ бы такъ, чтобы ни одна частичка засыхающей или гангренизирующей ножики не могла упадать въ брюшинную полость. Кеберле, напротивъ, мало придаетъ этому значенія, онъ оставляетъ даже небольшой промежутокъ между ножею и самымъ нижнимъ швомъ, чрезъ который онъ, въ случаѣ надобности, вкладываетъ губку въ брюшную полость, чтобы такимъ образомъ можно было удалить образовавшіеся тамъ секреты.

Мы уже упоминали о предписываемомъ Сп. Уэллсомъ правилѣ, накладывать, до наложенія шва на брюшныя стѣнки, губку на кишки, соответственно ранѣ живота, для всасыванія крови, вытекающей изъ укола; это правило заслуживаетъ полнаго вниманія.

§ 193. На вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли захватывать при наложеніи шва и брюшину, какъ въ прежнее, такъ и въ настоящее время всѣ даютъ самыя противорѣчивыя отвѣты. Alban Smith первый захватилъ брюшину въ шовъ (1823). Сп. Уэллсъ придавалъ этому особенное значеніе, утверждая, что подобный способъ наложенія шва есть единственно правильный. Дѣлая опыты на животныхъ, онъ нашелъ послѣ лапоро- томін, что петли кишекъ и салъникъ срослись съ тѣми частями брюшной стѣнки, которыя не были болѣе покрыты брюшиной.

Съ тѣхъ поръ захватываніе брюшины въ шовъ сдѣлалось почти общепотребительнымъ, такъ какъ убѣдились, что нѣтъ основанія опасаться раздраженія брюшины отъ прохожденія чрезъ нее шва. Сп. Уэллсъ, какъ особое преимущество этого метода, выставляетъ образованіе крѣпшаго рубца, который не предрасполагаетъ къ образованію грыжи. Онъ совѣтуетъ прокалывать брюшину на разстояніи 1 — 1,5 цтм. отъ края раны и заживлять эти широкія полосы, накладывая ихъ одну на другую; онъ утверждаетъ даже, что при этомъ методѣ нити находятся внѣ полости брюшины, что мнѣ кажется не совсемъ вѣрнымъ.

Другими выставляются слѣдующія невыгоды захватыванія швомъ брюшины: возможность попаданія въ брюшную полость крови изъ проколовъ и образующагося впослѣдствіи нагноенія. Я съ своей стороны могу еще присоветовать, что опасность септического зараженія отъ употребляемаго для шва матеріала, должна быть больше при захватываніи брюшины, такъ какъ нитка погружается въ брюшную полость. Charles Clay, J. V. Brown, Duplar, Кеберле высказались противъ захватыванія брюшины швомъ.

Мнѣ кажется, что при наложеніи пуговчататаго шва, лучше захватывать брюшину въ шовъ, потому что тогда можно быть болѣе увѣреннымъ, что поверхности брюшины соприкасаются между собою; одно уже это преимущество уничтожаетъ всѣ другія невыгоды. Если же накладывать, по примѣру Кеберле, складчатый шовъ, то, конечно, достаточно провести иглы плотно предъ брюшиной, ввальвая и вывальвая ее въ lamina subperitonealis, чтобы быть вполнѣ увѣреннымъ, что брюшина сросется двумя довольно широкими складками и образуется плотный и гладкій рубецъ. Въ двѣнадцати вскрытіяхъ, произведенныхъ мною послѣ операций, въ которыхъ былъ наложенъ названный шовъ, я никогда не находилъ на внутренней поверхности брюшной стѣнки тканей, не покрытыхъ брюшиною. Онашеніе сращенія кишекъ (Sp. Wells) также мало основательно, какъ и опасеніе Peaslee, что нагноеніе частей, непокрытыхъ брюшиною, можетъ быть опасно для полости брюшины. Брюшина при сечціяхъ всегда находима была плотно прилегающей къ внутренней поверхности раны, и закрытіе ея было совершенно плотное. Только два раза наблюдалъ я въ случаяхъ излеченія образованіе грыжи и оба раза на томъ мѣстѣ, гдѣ лежалъ

закимъ. Едва ли можно сомнѣваться, что узловатый шовъ даетъ вѣрнѣйшую защиту противъ образованія впоследствии грыжи. Шовъ этотъ, самъ по себѣ, требуетъ, чтобы края брюшины соединялись и срослись широкими полосами.

Описанный выше вредъ, происходящій при незахватываніи брюшины швомъ, скорѣе относится къ складчатому шву, но уже никакъ не къ хорошо наложенному узловатому шву. Существенное преимущество послѣдняго шва состоитъ еще въ томъ, что при рвотѣ, кашлѣ, и проч. напряженіе падаетъ только на складчатый шовъ, между тѣмъ какъ прочіе швы остаются не напряженными.

Наложеніе складчатого шва производится слѣдующимъ образомъ: берутъ слабо искривленную иглу, длиною отъ 12—14 цтм., въ ушко которой вдѣваютъ петлю изъ нити, и концы которой связаны съ валикомъ; для послѣдняго употребляютъ куски эластичнаго катетера или же особенно приготовленные изъ дерева или слоновой кости валики. Игла вкалывается въ брюшные покровы на разстояніи 5—8 цтм. отъ края раны и выкалывается непосредственно предъ брюшиной; точно также поступаютъ и на другой сторонѣ. На каждые 6—8 цтм. поверхности раны требуется одинъ складчатый шовъ, такъ что рѣдко приходится накладывать болѣе двухъ швовъ. Если брюшныя стѣны вовсе не натянуты, то на разрѣзъ въ 12 цтм. достаточно только одного валика. Только по наложеніи всѣхъ этихъ швовъ, слѣдуетъ удалить губку и закрыть рану. Съ этою цѣлью операторъ вводитъ лѣвый указательный палецъ въ брюшную полость, подводитъ его подъ тотъ складчатый шовъ, который долженъ быть прежде всѣхъ закрытъ, сдвигаетъ правой рукой, съ боковъ, покровы живота, фиксируетъ второй валикъ, который одинъ изъ ассистентовъ кладетъ между нитками на мѣстѣ выкола, и приказываетъ теперь ассистентамъ на столько натянуть нити, чтобы кожа живота между валиками образовала складки и чтобы указательный палецъ, находящійся въ полости живота, ощущалъ сдвиганіе краевъ раны; этотъ же палецъ долженъ контролировать не ущемлена ли петля кишечъ. Когда закрыты всѣ швы, то обыкновенно и края кожной раны такъ плотно прилегаютъ другъ къ другу, что дальнѣйшее наложеніе узловатыхъ швовъ казалось бы излишнимъ, но само собой понятно, что ихъ слѣдуетъ накладывать для большаго прилаживанія краевъ кожной раны.

Если экстирпированная опухоль была очень мала и вслѣдствіе этого покровы живота не очень ослабѣли, то нужно стараться, чтобы складчатый шовъ захватывалъ не слишкомъ широкую складку кожи, особенно въ нижнемъ швѣ, близъ *symph. os. pub.*, который можетъ очень сильно натянуть кожу на подвздошной ости.

Если брюшина была отдѣлена на томъ или другомъ краю раны, то ее слѣдуетъ захватить въ складчатый шовъ. Нерѣдко брюшина въ нижнемъ углу раны отдѣляется самопроизвольно на небольшомъ протяженіи; въ такомъ случаѣ слѣдуетъ фиксировать ее отдѣльнымъ узловатымъ швомъ до стягиванія другихъ швовъ.

Послѣ стягиванія складчатыхъ швовъ можно достигнуть полнаго сближенія мягкихъ частей наложеніемъ нѣсколькихъ узловатыхъ швовъ или по примѣру Koeberlé, наложить обвивной шовъ, что будетъ имѣть одинаковый результатъ.

Хотя Пизли и настаиваетъ, чтобы, при наложеніи швовъ на брюшную стѣну, въ шовъ захватывался также и мш. гесті; но это возможно только тогда, когда мышцы эти еще не разошлись значительно, а такіе случаи встрѣчаются очень рѣдко.

§ 194. Перевязка брюшной раны производится различнымъ образомъ. Сп. Уэллсъ покрываетъ рану компрессомъ изъ ветоши (Lint) и укрѣпляетъ ее полосками липкаго пластыря, а затѣмъ онъ обвиваетъ весь животъ фланелевыми бинтами.

Peaslee, по примѣру White'a, совѣтуетъ окружать животъ циркулярными обводами липкаго пластыря, надѣясь этимъ противодѣйствовать развитію метеоризма.

Что касается до меня, то прежде чѣмъ я сталъ употреблять строго антисептическую повязку, я обыкновенно покрывалъ рану салициловою ватой, укрѣпивъ ее липкимъ пластыремъ. По отпаденіи зажима, или если употребляли дренажъ, то по удаленіи его, хорошо покрывать отверстіе живота ватой, пропитанною карболовымъ масломъ, до самаго заживленія раны. Но въ тѣхъ случаяхъ, когда можно опасаться значительнаго просачиванія крови изъ ранъ, для предупрежденія послѣдовательнаго кровотеченія, необходимо стараться увеличить внутрибрюшное давленіе, — тогда плотная, закрытая повязка заслуживаетъ предпочтенія.

Если операція сдѣлана по всѣмъ правиламъ строгой антисептики, рациональнѣе будетъ накладывать и повязку строго антисептическую; причѣмъ вмѣстѣ съ антисептикою получается и необходимое прижатіе.

ГЛАВА XXXV.

Антисептическій образъ дѣйствія.

195. Мы не намѣрены ни излагать теорію антисептическаго способа леченія, ни приводить доказательства въ пользу его превосходнаго дѣйствія, ни описывать всевозможные методы этого леченія и преимущества каждаго изъ нихъ. Мы, напротивъ того, увѣрены въ превосходствѣ антисептическаго образа дѣйствія при леченіи ранъ; я же, съ своей стороны, полагаю, что всѣ антисептическія повязки по вѣрности дѣйствія уступаютъ типической листеровской повязкѣ; думаю, кромѣ того, что растворъ карболовой кислоты представляетъ самое надежное антисептическое средство какъ во время самой операціи, такъ въ особенности для пульверизаціи (Spray).

Надо полагать, что въ скоромъ времени мы будемъ обладать болѣе простымъ способомъ леченія и будемъ примѣнять пріятное и, во многихъ отношеніяхъ, болѣе невинное средство, чѣмъ карболовая кислота.

Въ этой главѣ мы рассмотримъ только, какія опасенія могутъ возникнуть по отношенію къ антисептическому образу дѣйствія при оваріотоміяхъ; какіе выводы были получены изъ имѣющихся наблюденій и на какіе приемы антисептическаго способа слѣдуетъ обращать особенное вниманіе при оваріотоміи.

Единственное основательное возраженіе противъ примѣненія антисептическаго способа леченія по Листеру то, что при немъ, благодаря постоянному опрыскиванію, можетъ произойти отравленіе карболовой кислотой; тѣмъ не менѣе однакоже, я считаю опрыскиваніе весьма необходимою частью Листеровскаго способа леченія, безъ котораго дѣйствительность послѣдняго значительно уменьшается. Къ тому же еще не доказано и весьма сомнительно, уничтожаетъ ли струя салициловой кислоты всякую заразу такъ же вѣрно, какъ и струя карболовой кислоты; можетъ ли струя салициловой кислоты сравниться, по вѣрности дѣйствія, съ струей карболовой кислоты. Поэтому, если мы, по принципу, производимъ еще опрыскиваніе карболовой кислотой, то все таки возраженіе это не лишено основанія; совершенно отрицать опасность отравленія невозможно. Хотя, насколько мнѣ извѣстно, еще не обнаружено ни единого случая интоксикаціи карболовой кислотой, окончившейся смертью, однако, по словамъ Вильрота, ¹⁾ (47-ой случай оваріотоміи) одна пациентка его поплатилась жизнью вслѣдствіе отравленія карболовой кислотой. Впрочемъ, опасность эта не можетъ быть особенно велика, такъ ни Шредеръ ни Нуссбаумъ, а также и я не видѣли ни единого подобнаго случая при 56 оваріотоміяхъ. Вообще же почти всегда, за рѣдкимъ исключеніемъ, во все время производства операціи можно избѣгнуть опасности чрезмѣрнаго прониканія карболоваго раствора въ полость живота.

У дѣтей, однакоже, я не рѣшился бы употреблять сразу изъ карболовой кислоты, такъ какъ послѣднее оказываетъ на нихъ болѣе скорое и вредное дѣйствіе.

Понимъ мнѣ не пришлось услышать еще другихъ основательныхъ возраженій. Уже съ давнихъ поръ наблюденія доказали, что карболовая кислота не вызываетъ воспаленія брюшины. Возраженіе, что послѣдовательное леченіе значительно осложняется при примѣненіи метода Листера неважно и невѣрно; напротивъ того, оно значительно сокращается паложеніемъ Листеровской повязки.

Разматривая хотя немногочисленные случаи примѣненія Листеровскаго способа леченія при оваріотоміи, нельзя не признать уже нѣкотораго вѣса.

Листеровскій способъ леченія примѣняли:

Шредеръ ^{*)}	въ 9 случаяхъ,	2 окончились смертью		
Нуссбаумъ ^{**)}	33	» 8	»	»
Вилке ^{***)}	2	» 0	»	»
Кохеръ ^{†)}	10	» 2	»	»
Дюпонъ ^{††)}	3	» 0	»	»
Ольсгаузенъ	16	» 1	»	»

Итого: 73 » съ 13 окончив. смертью; или 18⁰/₁₀₀

¹⁾ Briefliche Mittheilungen d. d. 8 Jan. 1877.

^{*)} Schröder. Sitzungsber. d. phys.-med. Soc. z. Erlangen, 10 Mai 1875 и Veit въ Berl. Klin. Wochenschrift, 1876 № 50—52.

^{**)} Nussbaum. Письменное сообщеніе 30. 1. 77.

^{***)} Wilke (Halle). Операціи, при которыхъ я присутствовалъ.

^{†)} Kocher. Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerz. 1877 № 1 и 1875 № 14.

^{††)} Dupont. Bull. de la Soc. méd. de la Suisse Romande 1877 Jan—Mars.

Ольсгаузенъ. Болѣзни яичниковъ.

Эта, сама по себѣ, уже незначительная смертность, пожалуй, еще больше дѣйствительной, благодаря тому, что сюда вошли 2 смертельныхъ случая Шредера, происшедшіе отъ тетануса.—Значеніе этого ограниченнаго числа статистическихъ данныхъ еще болѣе увеличивается тѣмъ многознаменательнымъ фактомъ, что смертность у Нуссбаума, а также и у меня, была значительно больше до примѣненія антисептическаго леченія. Такъ, до примѣненія этого способа у Нуссбаума изъ 84 оперированныхъ, умерло 38 или 45,2%, а у меня изъ 40 случаевъ было 19 смертельныхъ т. е. 47,5%.

Вильротъ, съ своей стороны, мнѣ сообщилъ, что леченіе у него идетъ куда успѣшнѣе съ тѣхъ поръ, какъ онъ примѣняетъ антисептическій способъ леченія: такъ изъ 25 оперированныхъ, имъ въ 1876 г. онъ потерялъ только 5. Однако, потерявъ одну больную отъ отравленія карболовой кислотой, онъ значительно ограничилъ примѣненіе Sprau растворомъ этой кислоты. Въ пользу антисептическаго леченія можно еще привести блистательные результаты, полученные Хегаромъ *), у котораго изъ 15 оперированныхъ пациентокъ ни одна не умерла; правда, Хегаръ соблюдаетъ всевозможныя предосторожности при антисептическомъ леченіи, хотя при операциіи и не производитъ опрыскиванія и вообще для дезинфекціи онъ употребляетъ хлорную воду, вмѣсто карболовой кислоты. Вопросъ, будетъ ли способъ леченія вышеупомянутаго хирурга и впредь давать такіе блестящіе результаты, и въ состояніи ли онъ будетъ конкурировать съ чистымъ Листеровскимъ способомъ, ожидаетъ своего рѣшенія въ будущемъ. Опрыскивать хлорной водой невозможно, а потому и способъ леченія безъ опрыскиванія будетъ менѣе дѣйствительнымъ. Во всякомъ же случаѣ, 15 случаевъ, — исходящіе изъ одного источника и которые, пожалуй, были отлично обставлены по отношенію къ операціонному залу и чистотѣ воздуха, не даютъ еще права выводить изъ нихъ положительное заключеніе, хотя бы они заслуживали нашего полнаго вниманія.

Гораздо болѣе значенія представляетъ статистика Кейта, говорящая противъ необходимости Sprau. Хирургъ этотъ съ давнихъ поръ оперировалъ по антисептическому способу, однако безъ Sprau. Изъ числа послѣднихъ 79 операцій (случай 151—229) у него было всего 8 смертныхъ случаевъ т. е. одинъ смертельный случай=10,1%.

Будущее, безспорно, докажетъ превосходство антисептическаго метода, хотя бы нѣкоторые (Кеберле), хорошо обставленные и внимательные хирурги, повидимому, обходятся безъ него, что не мѣшаетъ имъ получать неменѣе успѣшные результаты. Наконецъ, будущее должно еще показать, необходимо ли опрыскиваніе съ помощью Sprau и именно растворомъ карболовой кислоты, въ чемъ я не сомнѣваюсь, если только антисептическій способъ не будетъ совершенно измѣненъ въ основаніи.

§ 196. О приѣмахъ антисептическаго леченія я скажу слѣдующее: слѣдуетъ употреблять двойной пульверизаторъ (Sprayapparat), содержащій 2%-ный растворъ; а если употребляютъ паровой аппаратъ, то съ 4%-нымъ растворомъ (по Нуссбауму 5%). При употребленіи ручнаго

*) Hегар. Ueb. Ovariometrie. Volkmann's Klin. Vortr. № 100. 1877.

пульверизатора растворъ долженъ быть значительно нагрѣтъ, во избѣжаніе слишкомъ сильнаго охлажденія. При операціяхъ на маленькихъ дѣтяхъ слѣдуетъ употреблять салициловую струю, а равно и у взрослыхъ, когда предвидится, что полость живота по необходимости будетъ открыта въ продолженіи долгаго времени.

Хирургъ и лица, принимающіе дѣятельное участіе при операціи, должны до начала ея тщательно дезинфицировать свои руки. Хирургъ и его непосредственный ассистентъ должны, сверхъ того, позаботиться о безупречной чистотѣ своего платья и оперировать съ засученными рукавами. Лица, зараженные, бывшія у больныхъ съ заразительными болѣзнями, не должны присутствовать при операціи. *) Инструменты должно передъ каждой операціей вынимать изъ 3% раствора карболовой кислоты. Правило это, само собою понятно, относится также и къ употребляемому для швовъ матеріалу; губки и необходимыя дренажныя трубки кладутся за нѣсколько дней до операціи въ 5% растворъ карболовой кислоты; во время самой операціи слѣдуетъ губки постоянно погружать въ дезинфицированный карболовый растворъ. Кеберле, по крайней мѣрѣ въ былое время, клалъ губки сперва въ слабый растворъ азотной кислоты, затѣмъ въ растворъ соды и наконецъ въ алкоголь; во время же самой операціи онъ ихъ погружалъ не въ дезинфекционную жидкость, а въ кипяченную воду.

Я настаиваю на томъ, чтобы хирургъ и во время самой операціи умывалъ руки отъ пристающихъ нечистотъ растворомъ карболки, и въ особенности передъ введеніемъ ихъ въ полость живота.

Затѣмъ, по окончаніи операціи, накладываютъ глухую повязку, въ составъ которой входятъ: 1) карболованный, сухой газъ, а если покровы живота сильно впали, то нѣсколько толстыхъ кусковъ, 2) 8—10 разъ сложенный, гладкій Листеровскій газъ и кусокъ непромогаемой ткани—макинтошъ,—вкладываемый подъ верхнимъ слоемъ; 3) смоченные въ растворѣ карболовой кислоты газовые бинты, которые кругообразно обводятъ вокругъ живота до тѣхъ поръ, пока они покроютъ вверху нижнія ребра и внизу обхватятъ оба бедра. Бинты слѣдуетъ крѣпко затягивать, такъ какъ они при высыханіи значительно разслабляются; 4) затѣмъ, гдѣ нужны подушечки, слѣдуетъ между бинтами класть вату, пропитанную крѣпкой салициловой или бензойной кислотой. Такой пластъ ваты безусловно необходимъ въ scrobiculum cordis, въ обѣихъ паховыхъ складкахъ и надъ symph. o. pubis.

Для болѣе плотнаго прилеганія повязки было бы рациональнѣе употреблять фланелевые или упругіе резиновые бинты, однако при употребленіи ихъ невозможенъ безпрепятственный контроль надъ дѣйствіемъ антисептической повязки.

При вторичномъ наладываніи повязки, рану предварительнo покрываютъ протективомъ (protective silk.). При отсутствіи всякихъ явленій реакціи, первую

*) Хегаръ даже требуетъ, чтобы лица, участвующія активно или даже пассивно при операціи, по крайней мѣрѣ за 5—6 дней, не посѣщали бы заразительныхъ больныхъ.— Такое требованіе нѣтолько клинически, но и вообще не исполнимо.

повязку можно оставлять на ранѣ впродолженіи 8 дней и если затѣмъ наступило заживленіе ея, то уже можно обойтись безъ дальнѣйшихъ повязокъ. Если же повязка слишкомъ распустилась, то лучше снять ее пораньше. Я обыкновенно снимаю ее на 4-й день и затѣмъ, предварительно удаливши поверхностныя швы, накладываю новую повязку. Съ другой стороны, мнѣ случалось снимать повязку уже по истеченіи 48 и даже 24 часовъ, когда развивается даже умеренный метеоризмъ и причиняетъ боль и стѣняетъ дыханіе. Удушье весьма часто обуславливаетъ значительное учащеніе пульса, а боль, какъ кажется, вызываетъ и повышеніе температуры. По наложеніи новой повязки всѣ эти патологическія явленія почти мгновенно исчезаютъ.

Дѣйствіе швовъ, при наложеніи антисептической повязки, обнаруживается медленнѣе, чѣмъ обыкновенно, такъ какъ въ этомъ случаѣ въ ранахъ наблюдается значительное замедленіе реакціи. Я никогда не рѣшался удалять глубокіе швы — у моихъ больныхъ обыкновенно складчатые, — раньше 8-го дня; если я замѣчалъ натяженіе краевъ раны, то удалялъ ихъ лишь спустя 10—12 дней.

Нѣкоторые хирурги, на сколько мнѣ извѣстно, оперируя по Листеру, не закрѣпляютъ повязки бинтами, а просто кладутъ на животъ только нѣсколько разъ сложенный газъ и макинтошъ. Такая повязка рѣшительно не заслуживаетъ названія Листеровской. Такое леченіе почти ничѣмъ не отличается отъ открытаго леченія ранъ и не имѣетъ ничего общаго съ закрытою, глухою повязкой. Да кромѣ того пропадаетъ благоприятное дѣйствіе отъ давленія, производимаго Листеровской повязкой — что, при нѣкоторыхъ оваріотоміяхъ, совсѣмъ не безразлично. Сжатіе живота, безъ сомнѣнія, противодѣйствуетъ появленію послѣдовательныхъ дровотеченій изъ капилляровъ. Во всякомъ случаѣ, еще не рѣшенъ вопросъ, имѣетъ ли значеніе закрытая повязка Листера въ то время, когда рана живота окончательно закрылась. Не думаю. Главная роль, по моему мнѣнію, принадлежитъ антисептическимъ предосторожностямъ только до и во время самой операціи; самая же антисептическая повязка можетъ быть и излишня.

Намъ остается упомянуть о проведеніи дренажа по направленію сверху внизъ, т. е. чрезъ покровы живота, при антисептическомъ леченіи. — Всѣ согласны въ томъ, что безъ дренажа часто немислима безусловная очистка полости живота и что въ ней должно остаться значительное количество жидкости, когда на очистку не желаютъ употребить много времени. Однако, еще не доказано, могутъ ли вредить значительныя количества жидкости, излившіяся изъ вѣствъ и смѣшавшіяся съ кровью въ томъ случаѣ, когда устранена всякая возможность зараженія.

На сколько мнѣ извѣстно, еще недавно Нуссбаумъ, послѣ каждой операціи, проводилъ дренажныя трубки въ полость живота. Онъ даже вводилъ туда до 6 трубокъ, прополаскивалъ ихъ ежедневно 1—2 раза 2¹/₂‰ растворомъ карболовой кислоты, а когда въ мочѣ появлялось карболовое окрашиваніе, — то салициловой кислотой. Безспорно, что въ большинствѣ случаевъ можно совершенно обойтись безъ дренажа; въ 16 случаяхъ я только одинъ разъ проводилъ дренажъ, не смотря на это, — за исключеніемъ одного смертнаго случая — я ни разу не наблюдалъ явленій септического зараженія. Правда, у больныхъ появляется лихорадка.

въ томъ случаѣ, когда въ полости живота остается значительное количество кровяной жидкости и, за отсутствіемъ мѣстной реакціи, по необходимости приходится причину лихорадки приписать всасыванію. Лихорадочная температура, въ большинствѣ случаевъ, едва доходитъ до 39°, и только въ рѣдкихъ случаяхъ она бываетъ выше. Однако, при благопріятномъ теченіи операціи, температура снова быстро понижается; обыкновенно уже въ первые сутки послѣ операціи. Пульсъ весьма незначительно учащается, рѣдко болѣе 100 ударовъ въ минуту. Общее состояніе больныхъ удовлетворительно и все говоритъ въ пользу того, что мы тутъ имѣемъ дѣло съ антисептической лихорадкой.

§ 197. Въ то время, когда изъ нѣмецкихъ хирурговъ Нуссбаумъ и Билбротъ применили къ антисептическому способу при оваріотоміяхъ, Кейтъ соблюдалъ всевозможныя антисептическія предосторожности; Кеберле и Сп. Уэллсъ, не рѣшаясь еще на подобныя мѣры, считаютъ чистоту единственной, истинно антисептической предосторожностью. Еще недавно Сп. Уэллсъ сознался, что онъ хотѣлъ было уже применить къ антисептическому способу, но снова отказался въ виду хорошихъ результатовъ, полученныхъ имъ при первыхъ 27 операціяхъ изъ 9 сотни. Сп. Уэллсъ, изъ произведенныхъ имъ 827 операцій, результаты которыхъ онъ обнародовалъ, могъ насчитать цѣлые ряды послѣдовательныхъ выздоровленій. Такъ, у него было два ряда по 10 выздоровленій; 5 рядовъ по 11; одинъ рядъ изъ 12-ти и 2 послѣдовательныхъ ряда по 27 выздоровленій.

Однако, всѣ эти ряды выздоровленій не даютъ еще права заключить, что антисептическій принципъ не имѣетъ никакого значенія. Рядамъ выздоровленій можно противопоставить ряды смертныхъ случаевъ, которые, хотя и не такъ велики, составляя только $\frac{1}{3}$ числа выздоровѣвшихъ; но они ничѣмъ не менѣе заслуживаютъ нашего полнѣйшаго вниманія, такъ какъ они позволяютъ сдѣлать слѣдующіе важные выводы:

Изъ 827 случаевъ было 10 разъ по два смертныхъ случая подрядъ отъ септикеміи или отъ перитонита; кромѣ того, еще слѣдующія совпаденія смертныхъ случаевъ:

		Операціи.		Смертные случаи.
№	24— 26	3	3	(1 септич.; 2 истощен.)
»	31— 35	5	5	(3 септ.; 1 истощ.; 1 тетанусъ.)
»	81— 83	5	3	(3 септич.)
»	159—162	4	4	(1 перит.; 1 истощ.; 1 піемія; 1 эмболія.)
»	194—197	4	4	(3 септич.; 1 піемія.)
»	287—293	7	7	(1 перит., 6 истощ.)
»	296—298	3	3	(2 перит.; 1 эмб.; 3 дня.)
»	448—451	4	4	(2 септ.; 1 истощ.; 1 гиперпирексія.)
»	473—475	3	3	(3 перит.)
»	515—529	15	9	(6 септ. и перит.; 1 истощ.; 1 obstr. intest; 1 uraemia.)
»	552—555	4	4	(4 септ. и перитон.)

» 626—630	5	4	(4 септ.)
» 637—645	9	6	(5 септ.; 1 эмбол.)
» 779—783	5	4	(3 септ., 1 истош. на 6 день).

Пересматривая безпристрастно эти числа смертныхъ случаевъ, всякому бросится въ глаза, что большая часть смертностей такъ скоро слѣдуютъ другъ за другомъ, и никто не рѣшится видѣть въ этомъ простую случайность. По неволѣ приходится допустить существованіе извѣстной связи между этими случаями каждой группы. Связь эта лежитъ либо въ одномъ общемъ источникѣ заразы, либо въ переносѣ ея съ одного случая на другой. Словомъ сказать, б. ч. это были случаи септического зараженія, которые не произошли бы при соблюденіи антисептическаго образа дѣйствія. Ясно, кромѣ того, что и случаи «истощенія» — названіе это часто повторяется въ первой сотнѣ, въ слѣдующихъ же попадаетъ рѣже — слѣдуетъ причислять къ септикеміи, съ чѣмъ, судя по нашимъ теперешнимъ знаніямъ объ этомъ предметѣ, долженъ согласиться и самъ Сп. Уэллсъ.

Весьма вѣроятно, что кромѣ вышеприведенныхъ случаевъ, еще многіе отдѣльно стоящіе смертные случаи произошли отъ той же общей причины.

Такой выводъ изъ статистическихъ данныхъ Сп. Уэллса, по моему мнѣнію, долженъ убѣдить какъ его самага, такъ и другихъ хирурговъ примѣннуть къ строгому антисептическому образу дѣйствія при оваріотоміи.

Если Marion Sims, между прочимъ, и полагаетъ, что онъ первый въ Ноябрь 1876 г. сталъ строго придерживаться при оваріотоміи Листеровскаго способа, — то онъ сильно заблуждается (New. York. med. Record. Dec. 9. 1876.), такъ какъ, сколько мнѣ извѣстно, Ньюманъ первый рѣшился подѣйствовать на брюшину растворомъ карболовой кислоты (med. times and gaz. 1872 стр. 135 См. Jahresbericht. за 1872 г. Virchovs-Hirsch II стр. 634); а немного погодя и Фолькманъ, (Beitraege zur Chirurgie 1874), въ мартѣ и декабрѣ, также оперировалъ по антисептическому способу.

ГЛАВА XXXVI.

Неблагопріятныя приключенія во время операціи.

§ 198. Прежде чѣмъ мы закончимъ техническую часть оваріотоміи, мы должны упомянуть еще о нѣкоторыхъ приключеніяхъ, изложеніе которыхъ неумѣстно при разсматриваніи отдѣльныхъ моментовъ операціи. Сюда относятся:

1) Истеченіе кровью во время операціи. Въ прежнія времена довольно часто наблюдали истеченіе кровью до окончанія операціи; въ послѣднее время едва-ли встрѣчаются подобные случаи; а если и встрѣчаются въ исключительныхъ случаяхъ, то не по винѣ хирурга. Если и случается, что, при разъединеніи плотныхъ сросеній въ тазу, и подвернется одинъ изъ большихъ сосудовъ таза, то хирургъ всегда въ состояніи во-время остановить кровоте-

чение; послѣднее труднѣе удается, когда сами стѣнки опухоли служатъ источникомъ кровотечения и, въ особенности, если онѣ легко рвутся. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ (25-й) произошло такое значительное кровотечение, по опорожненіи нѣсколькихъ полостей изъ многополостной, весьма легко разрывающейся опухоли; отыскать источникъ кровотечения не было никакой возможности, ибо всякая манипуляція и даже очищеніе губками кровотокающихъ полостей, вызывало лопанье новыхъ вѣсть, такъ что все поле операціи постоянно было покрыто водянистой жидкостью, которая все болѣе и болѣе окрашивалась въ кровавую цвѣтъ. Да и помимо этого препятствія, едва ли возможно было бы отыскать источникъ кровотечения, такъ какъ оно видимо происходило изъ многочисленныхъ капилляровъ тонкихъ стѣнновъ опухоли. Еще до окончательнаго уменьшенія опухоли и отдѣленія ея отъ спаекъ, опасность истечения кровью угрожала уже жизни: чрезвычайная блѣдность больной, находившейся не въ особенно глубокомъ наркозѣ, отсутствіе пульса въ лучевой артеріи и глубокое прерывистое вдыханіе предвѣщали появленіе обморока и указывали на предстоящую катастрофу. Такъ какъ уже нечего было терять, то, бросивъ привычныя предосторожности относительно срощеній, я отчасти черезъ вещество опухоли, отчасти по ея наружной поверхности, по возможности скорѣе, добрался до ножки опухоли, снималъ ее рукой до тѣхъ поръ, пока не былъ очищенъ путь къ совершенному удаленію опухоли, въ то же время, голова больной, на сколько позволяли обстоятельства, была опрокинута внизъ, сдѣлано бинтованіе конечностей и подкожное прискиваніе достаточнаго количества эфира, и по истеченіи нѣсколькихъ минутъ можно было надѣяться, что опасность истечения кровью миновала; но вскорѣ всякая надежда исчезла. Сознаніе больной вернулось, а также и пульсъ лучевой артеріи; температура, упавшая было послѣ операціи до $35,5^{\circ}$ въ подмышечной впадинѣ, спустя 12 часовъ снова поднялась до $38,2^{\circ}$ и вскорѣ снова понизилась; пульсъ же лучевой артеріи, спустя 24 часа послѣ операціи былъ 130; а затѣмъ сталъ неощутимъ и больная, не смотря на всевозможныя analeptica, скончалась черезъ 34 часа послѣ операціи. Даже произведенное не за долго до смерти переливаніе дефибринированной человѣческой крови не могло устранить смертельнаго исхода.

Необходимо, однакоже, замѣтить, что такое стеченіе трудностей при остановкѣ случившагося кровотечения встрѣчается, къ счастью, весьма рѣдко. Главнѣйшая цѣль терапіи въ подобномъ случаѣ заключается въ возможно быстромъ прижатіи ноженъ.

§ 199. 2) Обморокъ и смерть отъ анэмій мозга могутъ наступить безъ кровотечения, когда, вслѣдствіе вылуценія значительной опухоли, кровь тѣла приливаетъ къ освободившимся отъ давленія сосудамъ полости живота. Впрочемъ, подобная опасность обусловливается лишь громаднѣйшими опухолями, такъ напр. опухолями въсомъ въ 25 кило. Въ такихъ случаяхъ весьма рационально слѣдовать совѣту Сп. Уэллса, которому В. А. Фрейнды слѣдуетъ и при менѣе значительныхъ опухоляхъ, а именно: за нѣсколько дней до вылуценія должно стараться уменьшать опухоль при помощи провкола.

Изъ 56 оваріотомій мнѣ 3 раза приходилось имѣть дѣло съ опухолями

вѣсомъ въ 30 и болѣе кило; въ двухъ изъ этихъ случаевъ я сдѣлалъ предварительный проколъ, и хотя во второмъ случаѣ вытекло только 6 кило жидкости, тѣмъ не менѣе однако, напряженіе опухоли уменьшилось, вслѣдствіе чего понизилось внутри брюшинное давленіе. Оба эти случая не сопровождались ни обморокомъ, ни сотрясеніемъ (Shock). Въ третьемъ же случаѣ (случай 49; январь 77 г.) опухоль была двухсторонняя и вѣсила 30 кило. Предварительный проколъ, однако, по независящимъ обстоятельствамъ, не былъ предпринятъ. Въ тотъ моментъ, когда обѣ, предварительно значительно уменьшенныя, опухоли—однако все же еще довольно большія—выступили одновременно наружу черезъ весьма большой разрѣзъ, мгновенно наступилъ обморокъ у слабо наркотизованной больной. Всѣ обстоятельства были предусмотрѣны; тотчасъ же опустили книзу голову, конечности были забинтованы и одинъ изъ ассистентовъ непосредственно прижалъ брюшную аорту въ самой полости живота. Прижатіе продолжалось 25 минутъ, т. е. время, необходимое для перевязки ножи и очистки полости живота. Больная выздоровѣла.

Наблюденіе это указываетъ на необходимость прокола во всѣхъ подобныхъ случаяхъ.

§ 200. 3) Раненіе кишки, мочевого пузыря и другихъ важныхъ органовъ. Должно полагать, что не всѣ случаи раненія кишекъ обнаружались. Однако, ошибочно было бы приписывать случаи образованія кишечныхъ свищей послѣ оваріотоміи непосредственнымъ пораненіямъ. Кишечные свищи—какъ мы увидимъ при разсмотрѣніи послѣдовательныхъ болѣзней—иногда образуются спустя долгое время послѣ операціи.

Въ случаѣ раненія кишки прежде всего должно начать съ наложенія шва по всѣмъ правиламъ искусства—что я и сдѣлалъ въ приведенномъ выше случаѣ. Зашивать въ рану живота кишку съ отверстіемъ вмѣсто того, чтобъ его закрыть,—какъ поступилъ въ одномъ случаѣ Protheroe Smith (Lancet. March 4. 1871), позволительно только въ крайнихъ случаяхъ. У него образовалось искусственное заднепроходное отверстіе, которое пришлось закрыть впослѣдствіи. Не особенно давно Нотманъ (Bost. med. and surg. J. Oct. 28. 1875) обнаружилъ случай раненія прямой кишки.

Раненія мочевого пузыря, которыя не менѣе опасны, наблюдали Трипшъ (Hennig Arch. f. Gyn. III 287), Бергманъ и Штилингъ. Брунсъ (Deutsche Klinik Nr. 46—49) также имѣлъ случай видѣть образованіе мочевого свища, который однако постепенно уменьшался. Кохеръ также (Corresp. Bl. f. Schweiz. Av. 1877. No. 1.) поранилъ однажды мочевой пузырь при отдѣленіи его отъ сросшейся съ нимъ карциомы. Замѣчательны еще два случая поврежденія мочеточника, послѣдствія котораго были устранены двумя разными хирургами—Г. Симономъ и Нусебаумомъ, различными, но гениальными и геройскими способами.

Вальтеръ, въ Оффенбахѣ, экстирпировалъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ матку съ обоими яичниками, вслѣдствіе заболѣванія одного изъ нихъ (Grenser's Tabelle No 128); при этомъ былъ пораненъ мочеточникъ, и моча излилась черезъ рану живота возлѣ ножи. Г. Симонъ освободилъ больную отъ этого свища, вырѣзавъ у нея лѣвую почку.

Нуссбаумъ поступилъ иначе *). Однажды при оваріотоміи онъ захватилъ ножку проволочнымъ экразеромъ, причемъ требовалось обнажить матку отъ брюшиннаго покрова и затѣмъ уже отдѣлить отъ нея сросшуюся съ нею опухоль. Для удаленія экразера, на 11 день, потребовалось уже усиліе. Вскорѣ однако обнаружилось, что черезъ рану живота излилось довольно значительное количество мочи. Впрыскиваніе темносиней лакмусовой тинктуры въ мочевой пузырь показало, что онъ не пораненъ, такъ какъ отдѣленіе раны не окрашивалось.

Нуссбаумъ ввелъ троакаръ въ мочеспускательный каналъ и проткнулъ имъ пузырь въ томъ мѣстѣ, гдѣ обыкновенно отрывается мочеточникъ, оказавшійся въ данномъ случаѣ облитерированнымъ, — и такимъ образомъ проложилъ себѣ путь изъ пузыря въ то мѣсто, гдѣ скопилась моча. Затѣмъ, вставляя различныя трубочки въ новообразованный каналъ, онъ долгое время не давалъ ему закрыться, пока не достигъ заживленія брюшиннаго отверстия.

Замѣчательно, что жизнь въ обоихъ случаяхъ была спасена, несмотря на то, что моча съ самаго начала попала въ полость брюшины. В. Atlee имѣлъ несчастіе вырѣзать небольшую кисту Urachus, послѣ чего надолго остался свищъ, отрывавшійся на покровахъ живота; свищъ этотъ впоследствии закрылся, благодаря частому опороженію пузыря.

§ 201. 4) Опухоли съ папиллярными разроженіями на наружной ихъ поверхности. Выше уже упомянуто было (§ 39), что встрѣчаются опухоли яичниковъ, наружная поверхность которыхъ усѣяна многочисленными папиллярными разроженіями. Такія, по большей части, двухстороннія и небольшія опухоли, обыкновенно осложняются водянкой; или же оторвавшіяся наружу и выворотившіяся кисты отдѣляютъ въ полость живота свободную жидкость, между тѣмъ какъ опухоли не увеличиваются. При изслѣдованіи свободную жидкость легче просмотрѣть, чѣмъ обыкновенный ascites; флукуація, благодаря густой консистенціи, менѣе ясна; волна длиннѣе, чѣмъ при ascites. Пробный проколъ можетъ еще болѣе затемнить дѣло, причемъ всего болѣе поражаетъ незначительность опухоли.

Техническія затрудненія б. ч. обусловливаются въ такихъ случаяхъ во первыхъ тѣмъ, что темноокрасные сосочки кровоточатъ при малѣйшемъ прикосновеніи, а во вторыхъ тѣмъ, что перѣдко и брюшина усѣяна этими папилломами.

Въ § 39 описанъ подобный случай, въ которомъ Сп. Уэллсъ ограничился пробнымъ надрѣзомъ.

Въ то время я одобрялъ образъ дѣйствія этого опытнаго хирурга для всѣхъ аналогичныхъ случаевъ; и самъ я почти также поступилъ въ одномъ подходящемъ случаѣ, который изложенъ въ томъ же мѣстѣ, — только я сдѣлалъ оплошность, оставивъ слишкомъ долго каучуковую дренажную трубку въ полости живота, вслѣдствіе чего образовался неизлечимый свищъ живота. Теперь же я убѣдился, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ даже необходимо удалять подобныя сосочковыя опухоли. Въ такомъ случаѣ слѣдуетъ какъ можно скорѣе

*) Nussbaum. Bayr. aertz. Intellig. Blatt No 7 и 8.

добраться до ножи, прижать ее, и тѣмъ самымъ остановить кровотечение изъ сосочковъ. При антисептическомъ способѣ леченія нечего опасаться изліянія крови въ полость живота. Рѣдко срощенія въ такихъ случаяхъ мѣшаютъ добраться до ножи, ибо такия опухоли, какъ кажется, рѣдко срастаются съ со- сѣдными органами; срощенію, между прочимъ, препятствуетъ и значительное ко- личество свободной жидкости, въ чемъ можно убѣдиться, рассматривая препа- раты подобныхъ опухолей, не представляющихъ вовсе или весьма мало срощеній. Однако, рѣдко удается избѣжать раненія папилломъ; такъ какъ онѣ весьма легко крошатся, то угрожаетъ опасность, что отпавшія частички, попавъ въ полость брюшины, могутъ тамъ разрастаться. Поэтому должно заботиться о тщательномъ удаленіи всѣхъ отпавшихъ частичекъ; но если даже и невозможно предупредить распространеніе папилломъ въ полости живота, или если папил- ломы уже и раньше существовали на брюшинѣ и ихъ уже невозможно было вполне удалить, — то и тогда, вылученіемъ яичниковъ мы окажемъ суще- ственную пользу больной. Главная масса папилломъ находится обыкновенно на яичникахъ, а потому съ ихъ удаленіемъ можно надѣяться, что нѣсколько замедлится вторичное скопленіе жидкости въ полости живота и что поэтому на нѣ- которое время относительно улучшится здоровье больныхъ, которыя и безъ того влчатъ жалкую жизнь. Изъ этого однако отнюдь не слѣдуетъ заключить, что вылученіе подобныхъ опухолей слѣдуетъ предпринимать à tout prix. Въ тѣхъ слу- чаяхъ, когда, вслѣдствіе значительнаго распространенія папилломъ по брюшинѣ, можно предвидѣть, что операція будетъ весьма затруднительна, — по причинѣ ли срощеній или же по другимъ причинамъ, — рациональнѣе будетъ не трогать далѣе опухоли, а рану слѣдуетъ закрыть, смотря по усмотрѣнію, съ употреб- леніемъ дренажа или безъ него.

§ 202. 5) Неокончаніе операціи есть весьма непріятное приключеніе; оно почти всегда обуславливается существованіемъ обширныхъ срощеній. Въ первые періоды развитія оваріотоміи очень часто оставляли операцію неокон- ченною, теперь же мы съ гордостью можемъ сказать, что процентъ подобныхъ случаевъ значительно уменьшился, благодаря усовершенствованію технической стороны дѣла; кромѣ того, въ общемъ, случаи эти уже не кажутся столь страш- ными. Прежде неокончаніе операціи сопровождалось обыкновенно смертью, те- перь же весьма многія изъ такихъ больныхъ еще на время остаются при жизни, нѣкоторыя даже выздоравливаютъ окончателно, благодаря зашиванію висты и проведенію дренажа.

Подъ пробнымъ надрѣзомъ понимаютъ весьма различныя вещи. Слѣдовало бы согла- ситься употреблять это названіе только, когда говорятъ объ опухоли яичника; поэтому при составленіи статистическихъ таблицъ слѣдовало упоминать только такіе пробные надрѣзы безъ сопровождающей оваріотоміи, когда существовала еще другая опухоль, которую нельзя было вылущить. Случай же, когда существующую опухоль не трогали, слѣдуетъ причислять къ неоконченнымъ операціямъ. Сп. Уэллсъ нѣкоторымъ образомъ смѣшиваетъ эти понятія, помѣщая въ число 24 пробныхъ надрѣзовъ, 6 такихъ случаевъ, въ которыхъ опухоль яичника не была удалена по причинѣ срощеній или папилломъ.

Успѣхъ обращенія со срощеніями выяснится вполне, если сравнить нѣкоторыя статистическія данныя прежняго времени съ новѣйшими результатами:

Maisonneuve въ 1850 году составилъ слѣдующія данныя: на 48 оконченныхъ операций пришлось 14 неоконченныхъ, по причинѣ существовавшихъ срощеній, и 7 надрѣзовъ, благодаря ошибочному діагнозу. Около того времени, Кивишъ на 86 оконченныхъ операций насчиталъ 22 неоконченныхъ (изъ нихъ 11 окончились смертью, да еще 14 ошибочныхъ діагнозовъ), изъ которыхъ 6 окончились смертью. У Г. Симона (1855) на 44 оконченныя операции приходится 15 неоконченныхъ (11†) и 2 ошибочныхъ діагноза.

Статистическія данныя J. Clay'a, въ 1860, даютъ уже болѣе утѣшительные результаты: 395 оконченныхъ операций, 24 неоконченныхъ (14†) и 13 ошибочныхъ діагнозовъ (10†). Грензеръ (1870) насчиталъ 129 оконченныхъ операций, 7 неоконченныхъ (6†) и 10 ошибочныхъ діагнозовъ (10†).

За послѣднее время у Сп. Уэллса еще встрѣчается, сравнительно, значительное число неоконченныхъ операций и пробныхъ надрѣзовъ, а именно: на 500 оконченныхъ оваріотомій прихотится 28 неоконченныхъ и 11 или 12 смертныхъ случаевъ, и 24 пробныхъ надрѣза съ 7 смертельными исходами. Все это вмѣстѣ взятое составляетъ 5% случаевъ, въ которыхъ благоразумнѣе было бы воздержаться отъ оперативнаго вмѣшательства.

У Фейта *) на 44 оконченныхъ оваріотомій приходится 2 неоконченныя и 2 пробныхъ надрѣза. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ смерть не долго заставляла ждать себя. По нашему мнѣнію, всѣ эти случаи слѣдуетъ считать за 4 пробныхъ надрѣза (2 раза Carcinoma, 1 разъ инкапсулированный экссудатъ, 1 Ascites съ небольшою опухолью яичника).

У меня, на 56 оконченныхъ оваріотомій (въ томъ числѣ 2 случая, въ которыхъ остались значительныя части вѣствъ, представлявшія срощенія въ полости малаго таза) пришлось одна неоконченная (только пробный надрѣзъ; двусторонняя папиллома; больная умерла спустя 1½ года послѣ опер.) и 4 пробныхъ надрѣза (1 карцинома брюшины; смерть на 2-й день; 2 фибромы матки, 1†; 1 Ascites—причина неясна; выздоровѣла въ 1½ года, безъ возврата брюшной водяни).

У Бильрота на 76 оконченныхъ оваріотомій не было ни одной неоконченной; точно также онъ вылуцивалъ всякую опухоль, даже въ томъ случаѣ, когда опухоли яичника не оказывалось.

У Кейта **) на 229 оконченныхъ операций приходится 9 неоконченныхъ (5 разъ по причинѣ срощеній, 4 карциномы). Женщины съ карциномами умерли черезъ 2 дня (2), 14 дней и 6 недѣль; изъ остальныхъ 1 вскорѣ, а другая черезъ 2 мѣсяца. Кромѣ того, Кейтъ сдѣлалъ два пробныхъ надрѣза, изъ которыхъ одинъ окончился смертью.

*) Фейтъ. Письменное сообщеніе. Дек. 76. Два дальнѣйшихъ пробныхъ надрѣза не зачислены, такъ какъ за ними послѣдовала оваріотомія.

**) Кейтъ. Письменное сообщеніе отъ перваго февраля 77 г.

Наконецъ у Кеберлѣ *) на 290 оконченныхъ оваріотомій не было ни одной неокончательной, и ни разу не сдѣлано пробнаго надрѣза.

Результаты Кейта, Фейта и мои собственные, а въ особенности результаты Кеберлѣ и Бильрота показываютъ, какъ рѣдко слѣдуетъ оваріотомію оставлять неоконченной.

§ 203. Паріэталныя срощенія, какъ бы они ни были обширны и крѣпки, въ настоящее время не могутъ болѣе служить противопоказаніями къ окончанію операціи и не представляютъ болѣе непреодолимыхъ затрудненій. Совсѣмъ другое дѣло тазовыя срощенія, и обширныя кишечныя срощенія и въ особенности брыжеечныя. Но, затруднительныя обстоятельства, протяженіе срощеній можно узнать лишь тогда, когда операція уже значительно подвинулась впередъ, когда опухоль значительно уменьшилась, многія перегородки порвались, а нерѣдко также и паріэталныя срощенія, часто и кишечныя, въ значительной степени уже разъединены, и образовались уже значительныя кровоточащія пораненныя поверхности. Въ подобныхъ случаяхъ поздно уже искать спасеніе въ пришиваніи стѣнки кисты къ ранѣ живота, — совершенно невозможно уединить содержимое опухоли отъ полости живота. Очевидно поэтому, что ничего болѣе не остается, какъ продолжать операцію, на сколько позволяютъ обстоятельства, до конца. Эта крайняя необходимость очень часто дѣлаетъ возможнымъ то, что сначала казалось невозможнымъ. Если уже приходится оставлять значительныя части кисты на кишкахъ или въ маломъ тазу, то слѣдуетъ стараться, чтобъ это были части наружныхъ стѣнокъ опухоли, а не части кисты.

Если приходится отдѣлывать стѣнки опухоли рѣзущими инструментами, то накладываютъ столько лигатуръ en masse, сколько потребуютъ обстоятельства. Когда же поверхности разрѣзовъ были слишкомъ обширны, то я на большемъ протяженіи оставлялъ ихъ безъ перевязки, убѣдившись предварительно, что нѣтъ кровотеченія.

Если съ самаго начала отказываются отъ операціи — что рѣдко имѣетъ достаточное основаніе, — то тщательно шиваютъ мѣшокъ кисты съ частью раны живота, затѣмъ остальную часть ея закрываютъ, и проводятъ дренажъ изъ полости опухоли, обыкновенно, кверху. Даже и въ такихъ случаяхъ рационально, хотя на первое время, наложить антисептическую повязку и удалить ее не раньше, какъ произойдетъ соединеніе покрововъ живота со стѣнками кисты, когда, слѣдовательно, полость живота вполне будетъ замѣнута — что, разумѣется, въ значительной степени умаляетъ опасность септического зараженія.

Затѣмъ задача терапіи состоитъ въ стремленіи вызвать нагноеніе кисты, вслѣдствіе чего она сморщивается и окончательно излечивается. Такой результатъ весьма легко достигается при однополостныхъ кистахъ, при пролиферирующихъ же кистахъ рѣдко это достигается. Во всякомъ случаѣ, до окончательнаго сморщиванія мѣшка, слѣдуетъ заботиться, при посредствѣ тщательныхъ дезинфицирующихъ промываній, о безирепативномъ исте-

*) Кеберлѣ. Письменное сообщеніе отъ 29 января 77 г.

ченіи его секрета, дабы предохранить его отъ разложенія въ полости живота. Въ большинствѣ случаевъ больныя умирають отъ изнурительнаго нагноенія; однако, извѣстны также и многіе случаи выздоровленія. Сп. Уэллсъ, Кейтъ, Е. Мартинъ и нѣкоторые другіе видѣли подобные случаи и обнародовали ихъ.

Теченіе подобныхъ случаевъ бываетъ различно какъ по продолжительности, такъ и смотря по разнымъ осложненіямъ, такъ напр. весьма часто образующимся внутри или внѣ брюшиннымъ абсцессамъ, которые сопровождаются болѣе или менѣе сильно выраженной лихорадкой.

Если первая недѣля прошла благополучно, безъ признаковъ острой септикеміи, то уже много выиграно. А затѣмъ уже все будетъ зависѣть отъ того, выдержатъ ли силы больной продолжительныя, часто возвращающіеся приступы лихорадки и изнурительное нагноеніе остатковъ опухоли.

Кромѣ упомянутыхъ внутри и внѣ брюшинныхъ воспаленій и абсцессовъ, встрѣчаются также и другія осложненія, угрожающія жизни; сюда относятся обширное образованіе тромбовъ въ венахъ вокругъ ихорозныхъ фокусовъ. Распаденіе этихъ тромбовъ можетъ причинить смерть, обусловивъ легочную эмболию, подострую или хроническую піэмию. Такимъ образомъ смерть можетъ наступить иногда по истеченіи нѣсколькихъ недѣль, даже мѣсяцевъ; а отъ истощенія и того позже.

Если больная и находится внѣ опасности по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ, то все таки весьма часто у нея на долго остается брюшная фистула, которая болѣе или менѣе сильно гноится и тѣмъ обременяетъ больную.

Показанія для послѣдовательнаго леченія въ такихъ случаяхъ будутъ: прежде всего предохраненіе отъ септического зараженія, затѣмъ безпрепятственный стокъ гноя, во избѣжаніе вторичныхъ флегмонозныхъ воспаленій и перитонитовъ, и, наконецъ, собственно леченіе всѣхъ подобныхъ вторичныхъ заболѣваній, поддержаніе аппетита и силъ больной.

§ 204. Результаты неоконченныхъ операцій и пробныхъ надрѣзовъ, за которыми не слѣдовала операція, нѣкоторымъ образомъ уясняются вышеприведенными статистическими данными. Изъ 72 случаевъ того или другаго рода (случаи Сп. Уэллса, Кейта, Фейта, Ольсгаузена) въ 31-мъ случаѣ больныя умирали въ теченіи 6 недѣль, большинство же погибло впродолженіи нѣсколькихъ дней. Предсказаніе будетъ, конечно, различно, смотря по роду опухоли, свойствамъ ея содержимаго, потому, какъ далеко подвинулась операція, а также, смотря потому, была ли полость живота открыта и попали въ нее нечистоты или нѣтъ.

Самое и даже абсолютно неблагопріятное предсказаніе при карциномѣ брюшины, причѣмъ осложняющій ее асцитъ наводитъ на мысль о существованіи опухоли яичника; такого рода ошибочный діагнозъ былъ поставленъ въ 10 изъ вышеупомянутыхъ 72 случаевъ, и каждый разъ смерть слѣдовала вслѣдъ за хирургическимъ вмѣшательствомъ и обыкновенно весьма быстро. Тоже самое можно сказать и о пробныхъ надрѣзахъ, которые Швартцъ *) и Люке **) дѣлали въ случаяхъ рака брюшины, а равно и всѣхъ подобныхъ случаяхъ.

*) Письменное сообщеніе.

**) Virchow's Arch. Bd. 41. 1876 стр. 1.

Вотъ примѣръ такого рода:

Г-жа К., 60 лѣтъ, псхудалая, 14 лѣтъ уже не имѣетъ менструаціи, поступила на излеченіе въ 1875; по ея словамъ, въ началѣ мая того же года животъ сталъ пухнуть; главнымъ образомъ она жаловалась на боли въ желудкѣ, отрыжку, по временамъ рвота, а также и поносъ; боли не были очень сильны. Брюхо больше чѣмъ въ концѣ нормальной беременности, флуктуація весьма ясно ощутима. Нигдѣ не видны возвышенія, не прощупываются отвердѣнія. Перкуссія по срединной линіи нигдѣ не давала кишечнаго тона, исключая паховыхъ областей, и въ особенности въ лѣвой; и тутъ, какъ всегда въ подобныхъ случаяхъ, перкуссія была обманчива. Сморщившаяся брыжейка—какъ показало вскрытіе—не допускала кишечныя петли къ срединной части стѣнки живота.

При операціи тотчасъ же обнаружилось, что тутъ имѣется асцитъ. По истеченіи жидкости, твердая, бугристая опухоль, величиною въ кулакъ, показала въ печени, меньшія опухоли находились въ брыжейкѣ; кромѣ того, на кишкахъ и на маткѣ были разсѣяны узелки, величиною въ чечевицу и больше. Брюшина же оказалась гладкою и не была покрыта ни фибринознымъ, ни гнойнымъ экссудатомъ.

Такъ какъ изъ брюшной раны пошло нѣкоторое количество крови въ полость живота, то пришлось впитывать ее оттуда губками, и затѣмъ рана была закрыта. У пациентки не обнаружилось въ первый день никакого коллапса; она вполнѣ оправилась отъ наркоза; но на слѣдующее утро у нея появилась рвота, обнаружилась картина *collapsus*, охлажденіе лица и конечностей, исчезаніе пульса, потеря сознанія, такъ что спустя 26 часовъ послѣ операціи она скончалась.

Судя по общимъ явленіямъ, а также по отсутствію мѣстныхъ симптомовъ и быстрой кончинѣ, мы склонны были приписать смерть согрисенію отъ операціи (*Schock*), хотя съ этимъ какъ то не вязалось то обстоятельство, что больная первое время послѣ операціи чувствовала себя очень хорошо. И не мало мы удивлялись, когда при вскрытіи обнаружился разлитое воспаленіе брюшины, слипшіяся во многихъ мѣстахъ кишки и весьма обильный, фибринозно—гнойный выпотъ; и все это только 26 часовъ послѣ операціи! Большая опухоль принадлежала сальнику и срослась со стѣнками желудка, на который она и перешла. Слизистая оболочка желудка а также печень, почки, селезенка и поджелудочная желѣза не были повреждены. Брыжейка сильно сморщилась, благодаря безчисленному множеству развившихся въ ней раковыхъ узелковъ. Первичный фокусъ рака не былъ найденъ ни въ грудной, ни въ брюшной полостяхъ.

Случай этотъ поучителенъ во многихъ отношеніяхъ, и въ особенности по злокачественному теченію септического воспаленія брюшины, которое проявилось почти только въ симптомахъ *collapsus*. Онъ показываетъ, какъ легко, можно даже связать неизбѣжно, происходитъ септическое воспаленіе при вскрытіи полости живота въ случаѣ карциномы брюшины. Послѣ пробнаго надрѣза, въ большинствѣ случаевъ, схожихъ съ вышеописаннымъ, явленія протекаютъ въ томъ же порядкѣ. При вышеописанной операціи были соблюдены всѣ предосторожности противъ зараженія, за исключеніемъ *Sprau* и наложенія антисептической повязки. Инструменты и руки были хорошо дезинфицированы. Однако, была сдѣлана двойная оплошность, во первыхъ не слѣдовало незначительное количество излившейся въ полость живота крови впитывать губками; а во вторыхъ, не слѣдовало удалять изъ брюшной полости всю водяночную жидкость сразу. Еслибъ до того закрыли полость живота, то избѣжали бы вхожденія воздуха, и можно было бы надѣяться, что внимательство не повлечетъ за собой столь дурныхъ послѣдствій.

Весьма можетъ статься, что при строго антисептическомъ образѣ дѣйствія съ опрыскиваніемъ, простое вскрытіе брюшиннаго мѣшка окажется безопаснымъ приѣмомъ, подобно тому, какъ это бываетъ, по увѣреніямъ мно-

гихъ, въ другихъ случаяхъ водянки, или когда послѣ надрѣза не трогаютъ болѣе существующей опухоли. Однако, до тѣхъ поръ, пока предположеніе это не подтвердится на опытѣ, мы должны остерегаться пробнаго надрѣза, когда діагнозъ указываетъ на существованіе рака въ брюшной полости.

§ 205. 6) Осложняющія міомы матки. Принимая во вниманіе частое появленіе міомъ въ маткѣ, не трудно понять, почему онѣ также, нерѣдко, встрѣчаются при овариотоміяхъ. Иногда удается распознать ихъ довольно рано, и дѣйствительно, въ двухъ случаяхъ мнѣ еще до операціи удалось, изслѣдованіемъ per rectum, безошибочно опредѣлить фибромы, сидѣвшія на шейкѣ матки и исходившія изъ нея, и вполне изолированныя отъ мѣшеччатой опухоли яичника. Peaslee и Emmet'у (Peaslee ovarian tumours стр. 97) также удалось у одной больной поставить вѣрный діагнозъ. Если же фибромы сидятъ не на нижней части матки и если ихъ нельзя прощупать черезъ влагалище, то, не имѣя возможности прощупать ихъ сверху, нельзя ихъ и опредѣлить, если только онѣ не достигли уже громаднхъ размѣровъ.

Мелкія фибромы почти всегда представляютъ маловажное осложненіе. Онѣ рѣдко срастаются съ опухолью яичника. Въ такомъ случаѣ весьма цѣлесообразно вовсе не трогать фибромъ.

Если же опухоли матки разрастаются, то легко образуются сращения, и онѣ, помимо того, могутъ создать трудности, массой своей покрывая спереди поле операціи. По счастью, такіе случаи, кажется, встрѣчаются рѣдко.

Гофмоэль (Wiener med. Presse 1873, No 32) у одной больной нашелъ въ правой части полости живота упругую опухоль, и въ лѣвой плотную; а между обѣими, соответственно linea alba, вдавленіе покрововъ живота. Свойства плотной опухоли не могли быть опредѣлены до операціи. Она оказалась фибромой, величиной съ дѣтскую голову, и исходила изъ дна матки, къ которому пригнѣплялась широкимъ, въ 4 дюйма, основаніемъ своимъ. Такъ какъ до опухоли яичника, лежавшей сзади фибромы и заходившей также въ лѣвую сторону за міомой, возможно было добраться лишь по вылученіи опухоли матки, то сперва перевязали ножки, и затѣмъ отрѣзали послѣднія, послѣ чего уже вылучили опухоль яичника. Больная умерла спустя 32 часа послѣ операціи съ явленіями общаго воспаленія брюшины.

Билльротъ имѣлъ несчастье 2 раза (при первыхъ 13 овариотоміяхъ) встрѣтити подобное препятствіе. Въ первомъ случаѣ (Chirurgische Klinik, Wien 1868 стр. 94) онъ наложилъ лигатуру на ножку опухоли яичника, которая срослась съ міомой, и разъединеніе ему удалось легко. Больная выздоровѣла. Во второмъ случаѣ (Wien. med. Wochenschr. 1873. No 1), часть почти вполне развитой опухоли еще крѣпко сидѣла въ полости малаго таза и, какъ оказалось, широкая ножка ея срослась къ фибромой матки, величиною въ дѣтскую голову. Разъединеніе, по предварительномъ наложеніи лигатуры на ножку, вызвало кровотеченіе изъ фибромы; слѣдоват. и эту послѣднюю пришлось перевязать. Однако, больная умерла въ теченіи 37 часовъ отъ peritonitis acutissima.

Сп. Уэллсъ, какъ кажется, всего одинъ только разъ видѣлъ большую міому матки рядомъ съ крупной опухолью яичника (24 наблюденіе изъ его проб-

ныхъ надрѣзовъ). Обѣ опухоли срослись широкими поверхностями; онъ не дѣлалъ попытки ни разъединить, ни вылущить опухоль. Больная выздоровѣла. Напротивъ того, ему часто попадались мелкія міомы, и однажды, 172 случая, онъ отдавилъ экзасеромъ подобную міому, величиною въ апельсинъ, исходившую изъ тѣла матки и спускавшуюся книзу, причеиъ не было кровотеченія; лигатура не была наложена. Больная умерла спустя 24 послѣ операціи безъ признаковъ перитонита, повидимому, отъ истощенія.

Случай, когда рядомъ съ большой міомой матки, существуетъ мелкая опухоль яичника, имѣютъ почти только одно діагностическое значеніе. Сп. Уэллсъ (17 случаевъ его пробныхъ надрѣзовъ) наблюдалъ одновременно нѣсколько увеличенный яичникъ, водянку и крупную міому. Больная оправилась послѣ надрѣза. Шнигельбергъ (Arch. f. Gyn. VI, стр. 143) наблюдалъ, рядомъ съ подбрюшинной міомой, которую онъ вылущилъ, еще опухоль яичника, величиною въ куриное яйцо. Равнымъ образомъ и Грензеръ (Arch. f. Gyn. VII стр. 180 и VIII стр. 344) слѣдилъ долгое время за одной больной, у которой была большая, плотная опухоль, и въ тоже время per vaginam можно было прощупать другую, туго натянутую опухоль. При вскрытіи найдена крупная фиброма матки и совершенно гладкая киста праваго яичника, выполнявшая всю полость малаго таза.

§ 206. Для краснаго словца можно было бы причислить въ печальнымъ приключеніямъ при операціи и тотъ случай, когда хирургъ, по разсѣянности, оставляетъ инструментъ въ полости живота.—Конечно, обнародовано весьма немного подобныхъ фактовъ: въ med. times за 1859 годъ (приводится въ монографіи Тейг'а стр. 79.) сообщается случай, въ которомъ въ полости живота забыта была губка; тоже приключилось и съ Густавомъ Брауномъ (Wien med. Wochenschr. 1869 No 24 и 25). Больная скончалась черезъ сутки послѣ операціи.

Уже менѣе опасно, если въ полость живота проскользнетъ дренажная трубка. Съ тѣхъ поръ какъ находили дренажныя трубки въ зажившихъ сочлененіяхъ (Тиршъ) позволительно также думать, что въ брюшинѣ дренажная трубка можетъ оставаться долгое время безъ всякаго вреда. И дѣйствительно, у Нусебаума былъ подобный случай. Пациентка его уѣхала домой съ дренажной трубкой, которую считали выскочившею наружу и затерянною. Однако, спустя 2 мѣсяца послѣ оваріотоміи, непосредственно послѣ того какъ больная проплясала цѣлую ночь, дренажная трубка высунулась черезъ покровы живота.

Еще достопримѣчательнѣе другой случай, въ которомъ хирургъ, по его личному сообщенію, не находилъ одного пинцета послѣ одной, весьма сложной операціи. Больная выздоровѣла, уѣхала домой и здравствовала впродолженіи 9 мѣсяцевъ. Затѣмъ появились боли въ животѣ, которыя черезъ 14 дней окончились изверженіемъ пинцета черезъ прямую кишку. При операціи строго придерживались антисептическаго образа дѣйствія. Изъ всего этого видно, что иногда самыя непростительныя вещи проходятъ безнаказанно.

ГЛАВА XXXVII.

Одновременная экстирпация обоих яичниковъ.

Ovariectomy duplex.

Литература: v. Scanzoni: Ueber die Beziehungen der beiderseitigen Erkrankungen der Eierstöcke zur Ovariectomyfrage. Würzb. med. Ztschr. 1865 стр. 1 и его же въ Scanzoni's Beiträgen V. 1869. стр. 178. — Peaslee: Ovarian tumours. стр. 364. — Sp. Wells: A case in which ovariectomy was twice succesfully performed in the sam. patient. Med. chir. transact. Vol. 50. 1867. — W. Greene: Bost. med. and surg. Journ. March 2. 1871.

§ 207. Частое появленіе одновременной дегенерации обоихъ яичниковъ еще невозможно изобразить числами. Сканцони пытался рѣшить этотъ вопросъ путемъ анатомическимъ. Онъ нашель, что изъ 99 больныхъ, которыя, впродолженіи 14 лѣтъ, вскрывались въ вюрцбургскомъ патологическомъ институтѣ, послѣ заболѣваній яичниковъ, у 55 было двухстороннее заболѣваніе, причѣмъ оно чаще встрѣчалось у болѣе молодыхъ субъектовъ (до 50 лѣтъ) (59,6%), чѣмъ у старшихъ (38,6%).

Данныя, полученныя на живыхъ женщинахъ, идутъ совершенно въ разрывъ съ этими числами. Дѣлали оваріотоміи:

Сп. Уэллсъ	изъ числа 800 оваріотомій	48	двухстороннія.
Т. Кейтъ (*)	» » 229	» 13	»
Кэберле	» » 100	» 16	»
Ольсгаузенъ	» » 56	» 9	»
Фейтъ (*)	» » 44	» 4	»
Бэкеръ-Брунъ	» » 42	» 3	»
Нуссбаумъ	» » 34	» 0	»
Г. Шварцъ (*)	» » 20	» 0	»
Итого: 1325		93 = 7%	

Для уясненія таковаго поражающаго результата вскрытій, Сп. Уэллсъ допускаетъ, что, если пораженія одного яичника, будучи предоставлены самимъ себѣ, ведутъ къ смерти, то навѣрно 50% этихъ заболѣваній сдѣлались двухсторонними; для случаевъ же, въ которыхъ дѣлается операція, онъ принимаетъ лишь 6%. Сканцони опровергнулъ предположеніе Сп. Уэллса, указавъ, что въ вышеприведенныхъ 99 случаяхъ смерть послѣдовала отъ заболѣваній яичниковъ, и что поэтому болѣзнь во всѣхъ случаяхъ имѣла естественный исходъ. А потому, такимъ путемъ едвали возможно будетъ объяснить разницу въ итогахъ.

По моему мнѣнію, можно найти объясненія этой разницы въ другихъ обстоятельствахъ, а именно въ различномъ пониманіи анатомомъ и хирургомъ слова пораженіе. При оваріотоміяхъ очень часто находятъ, что и второй

*) Veit и Schwartz; по письменному сообщенію, тоже Кейтъ объ его послѣднихъ 29 операціяхъ.

яичникъ содержитъ нѣсколько расширившихся фолликуловъ, и все таки хирургъ не считаетъ пораженіе это опаснымъ и не считаетъ нужнымъ экстирпировать его. Известно много примѣровъ, когда при овариотоміяхъ можно было указать на подобныя незначительныя измѣненія, и когда означенныя особы затѣмъ еще сдѣлались беременными и здравствовали еще довольно долго.

Отъ экстирпаціи втораго яичника не слѣдуетъ отказываться, когда замѣтно развивается дегенерація всего яичника, когда онъ напр. на большей части своей поверхности претерпѣлъ мѣшеччатое перерожденіе и когда, вслѣдствіе этого, объемъ яичника сталъ въ 2—3 раза больше нормальнаго, а также и въ томъ случаѣ, когда въ немъ заключается дермоидная киста. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда, повидимому, въ неповрежденной ткани яичника находятся одиночныя кисты, далеко отстояція другъ отъ друга, и притомъ умѣренной величины, то, прежде чѣмъ рѣшиться на операцію, слѣдуетъ взвѣсить возможные выгоды и невыгоды двухсторонней экстирпаціи. Невыгода состоитъ въ большей опасности отъ оперативныхъ приѣмовъ, а у особой способныхъ къ дѣторожденію, также и въ лишеніи ихъ этой способности. Поэтому, у старыхъ женщинъ мы скорѣе рѣшимся сдѣлать экстирпацію, чѣмъ у молодыхъ.

Выгода отъ удаленія яичника, повидимому, нормальнаго, но содержащаго нѣкоторое количество маленькихъ кистъ—по истинѣ призрачна, тѣмъ болѣе, что кисты эти, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ переходятъ въ дегенерацію всего органа и угрожаютъ жизни и здоровью. Безъ сомнѣнія, что только такимъ путемъ можно объяснить видимое противорѣчіе фактическихъ данныхъ.

Сп. Уэллсъ, который изъ 500 первыхъ операцій только въ 5% вырѣзывалъ оба яичника, только нѣсколько лѣтъ тому назадъ имѣлъ случай наблюдать вторичное заболѣваніе втораго яичника у 6 женщинъ изъ 369 выздоровѣвшихъ послѣ односторонней овариотоміи.

Изъ этого можно заключить, что сообщенія Скандони не способны возбудить опасенія противъ овариотоміи вообще и не удержать насъ отъ обширнаго примѣненія ея при пораженіяхъ яичниковъ. Тѣмъ не менѣе они весьма интересны въ томъ отношеніи, что въ связи съ другими фактами, подтверждаютъ слѣдующія предположенія: 1) что мѣшеччатые образования могутъ существовать въ яичникѣ въ продолженіи многихъ лѣтъ, даже всей жизни, не уничтожая способности къ дѣторожденію и не представляя клинически замѣтнаго заболѣванія; 2) что частое появленіе расширившихся фолликуловъ или лучше сказать изолированныхъ кистъ на одномъ яичникѣ, рядомъ съ пролиферирующей кистой на другомъ указываютъ на весьма вѣроятную генетическую связь между обоими заболѣваніями, которыя пока считаются разнородными; весьма вѣроятно, что и зрѣлый Графовъ пузырекъ можетъ превратиться въ пролиферирующую кисту.

Во всякомъ случаѣ данныя патологической анатоміи побуждаютъ при всякой овариотоміи тщательно изслѣдовать состояніе втораго яичника. Последнее сдѣлалось уже общимъ достояніемъ, принято какъ общее правило, котораго, къ сожалѣнію, нѣкоторые хирурги мало придерживаются; другіе же по разсѣянности забываютъ. Да еромѣ того, почти каждый хирургъ придерживается еще особыхъ

правиль относительно одновременнаго удаленія обоихъ яичниковъ. Оба эти обстоятельства плюсъ случайность достаточно объясняютъ, почему у различныхъ хирурговъ не одинаково часто встрѣчаются двухстороннїя овариотомїи (у Сп. Уэллса приблизительно отъ 5—6%; у Кэберле 16% и у меня 16%). Изъ моихъ 9-ти двухстороннихъ овариотомїй, въ 5 случаяхъ существовала рѣзко-выраженная дегенерація втораго яичника, и вылушеніе его было неизбежно; ибо въ трехъ случаяхъ двухстороннїя опухоли были одинаковыхъ размѣровъ; общїй вѣсъ ихъ доходилъ отъ 20—60 фунт.; въ одномъ случаѣ опухоль втораго яичника была величиною въ человѣческую голову и представляла обширныя сращения въ маломъ тазу (65 лѣтняя женщина); въ пятомъ случаѣ второй яичникъ былъ лишь въ 4 раза болѣе нормальнаго, но явно перерожденъ (дермоидальная киста въ перерожденной почти всей паренхимѣ); въ 4-хъ же остальныхъ случаяхъ яичникъ увеличился въ 3—4 раза противъ нормальнаго, хорошо развитаго; послѣднее зависѣло отъ развитїя множества, различной величины, довольно изолированныхъ кистъ. Двумъ паціентамъ было болѣе 40 лѣтъ, — и это оправдывало экстирпацію втораго яичника. Обѣ паціентки выздоровѣли. Въ двухъ другихъ случаяхъ, у 27 и 29 лѣтнихъ женщинъ, пожалуй, можно было бы и не дѣлать экстирпаціи, замѣнивъ ее обширнымъ вскрытіемъ кистъ. И въ такомъ случаѣ, число двухстороннихъ овариотомїй было бы не 9, а 7. Однако, я долженъ встать признаться, что, въ началѣ моей хирургической дѣятельности, я часто забывалъ состояніе другаго яичника, и при одномъ вскрытіи я нашелъ второй яичникъ увеличеннымъ болѣе чѣмъ въ дваукъ, и все это оттого, что я забылъ ощупать его при жизни покойной.

Вообще я полагаю, что хирурги до сихъ поръ слишкомъ воздержаны въ отношенїи двухсторонней овариотомїи, и что число ихъ въ будущей, болѣе богатой статистикѣ, будетъ болѣе соответствовать даннымъ W. Atlee, по которымъ число произведенныхъ имъ двухстороннихъ операцій равнялось 7½% всѣхъ случаевъ; и надо полагать, что современемъ процентъ этотъ еще увеличится.

§ 208. Что касается до технии и при двухсторонней овариотомїи, то намъ остается сказать весьма немногое. Весьма рѣдки случаи, когда оба яичника перерождены въ одинаковой или приблизительно одинаковой степени; и въ такомъ случаѣ приемы при удаленїи втораго яичника ничѣмъ не отличаются отъ общеизвѣстныхъ правилъ, въ особенности, если рѣшились на погруженіе ножи; но если предпочитаютъ накладываніе зажима, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлаютъ это съ обѣими ножками. Бэкеръ Броунъ однажды наложилъ зажимъ на обѣ ножки и на сальникъ. Въ большинствѣ же случаевъ хирурги предпочитаютъ погружать хотя одну ножку, такъ какъ одновременное пребываніе нѣсколькихъ ножекъ и зажимовъ въ ранѣ живота должно непременно задержать заживленіе ея и сопряжено съ небезвреднымъ расширенїемъ рубца. Зарощеніе нѣсколькихъ ножекъ въ ранѣ живота можетъ, и помимо зажимовъ, имѣть дурныя послѣдствїя. Вейнлехнеръ (Wiener med. Wochenschr. 1876 № 50—55) перевязывалъ обѣ ножки и прикрѣплялъ ихъ вмѣстѣ съ сальникомъ, безъ наложенїя зажима, въ нижнемъ углу раны, послѣ чего развилось обильное ихорозное

нагноеніе, и ножки въ такой степени выпадали, что на 33 день онъ принужденъ былъ отдавить ихъ экразеромъ.

Въ большинствѣ случаевъ второй яичникъ только немного увеличенъ; незначительная опухоль не имѣетъ еще ножки; въ такомъ случаѣ возникаетъ вопросъ, какъ поступить съ такимъ яичникомъ. Непосредственно перевязать его невозможно, даже и въ томъ случаѣ, если предварительно стянуть проводочной петлей соответственную широкую, но короткую часть *lig. latum*; — въ такомъ случаѣ можно постоянно опасаться, что лигатура будетъ соскальзывать съ этой искусственной ножки, даже и тогда, когда избрали болѣе длинный путь т. е. когда лигатура будетъ наложена на двѣ части, въ направленіи къ центральному концу.

Поэтому будетъ целесообразнѣе поступать слѣдующимъ образомъ: край *lig. lat.*, натянутый между концомъ фимбрій и яичникомъ, надрѣзываютъ ножницами на 2—3 цнт., избѣгая пораненія видимыхъ сосудовъ, причемъ ассистентъ нажимаетъ по направленію къ центральной части. Затѣмъ, отдѣльно перевязываютъ сосуды, кровотокашіе послѣ перерѣзки *lig. lat.*; яичникъ же, снабженный нѣкоторымъ образомъ ножкой, перевязываютъ между центральной его частью и маткой, и затѣмъ срѣзываютъ. Такъ я поступалъ въ 3-хъ случаяхъ. Въ четвертомъ случаѣ было выгоднѣе и легче перерѣзать *lig. ovarii* и образовать ножку на сторонѣ *alae vesperilionis*. Значительное кровотеченіе ни разу не наступало, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже не было надобности перевязывать отдѣльные сосуды въ части, отрубленной безъ предварительнаго наложенія лигатуры.

§ 209. Результаты двухстороннихъ оваріотомій, весьма естественно, менѣе благоприятны, чѣмъ одностороннихъ. Чтобы имѣть вѣрное мѣрило изъ статистическихъ данныхъ, мы сравнимъ между собою результаты одно и двухстороннихъ операций однихъ и тѣхъ же хирурговъ, какъ то: Сп. Уэллса, Кейта, Кэберле, Ольсгаузена, Фейта и Бэкеръ Броуна, причемъ будемъ брать операции только однихъ и тѣхъ же годовъ. На 895 одностороннихъ операций, произведенныхъ вышеназванными хирургами, приходится 222 смертныхъ случая или = 24,8%. Между тѣмъ, на 70 двухстороннихъ операций было 26 смертныхъ случаевъ, или = 37,1%. Такая замѣтно выдающаяся смертность въ сущности зависитъ, повидимому, отъ осложнений при операцияхъ, заключающихся въ обширныхъ срощеніяхъ обѣихъ, приблизительно, равной величины опухолей. Если же одинъ изъ яичниковъ еще малъ, то удаленіе его не трудно, и, слѣдовательно, такой яичникъ способствуетъ скорѣе уменьшенію смертности.

ГЛАВА XXXVIII.

• Производство оваріотоміи чрезъ влагалище.

Литература. T. G. Thomas: Amer. J. of med. Sc. April 1870.—Peaslee: Ovar. tumours pag. 319.—Gilmore: New-Orleans med. and surg. Journ. Nov. 1873.—Davis: Transact. of the med. Soc. of Pennsylvania. 1874 стр. 221. извлеченіе въ Arch. génér. de méd.

Dec. 1875. стр. 735.—Clifton Wing: Vaginal ovariectomy. Bost. med. and surg. Journ. Nov. 2. 1876. стр. 516. Vol. 95. Nr. 18.—Munde: Amer. Journ. of obstetr. April 1876.—G. Thomas: Amer. Journ. of obstetr. Oct. 1876. стр. 688.—R. Battey: Extirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases. Transact. of the amer. Gyn. Soc. I. 1877 стр. 101.

§ 210. Первую овариотомію чрезъ влагалище сдѣлалъ Гайльяръ Томасъ въ 1870 году. Его примѣру послѣдовали Жильморъ, Девисъ, Вингъ и Р. Батей.

Случай, который впервые подаль Томасу мысль примѣнить этотъ способъ, представила женщина, страдавшая сильными болями, которыя обусловливались опухолью, величиною въ большой апельсинъ. Опухоль, расположенная позади матки, была болѣзненна, довольно подвижна, такъ что, при коленно-локтевомъ положеніи больной, она выпадала изъ полости малаго таза, и состояла, повидимому, изъ нѣсколькихъ камеръ. Давъ больной коленно-локтевое положеніе, Томасъ чрезъ желобоватое маточное зеркало зацѣпилъ брюшкомъ сводъ влагалища и сразу перерѣзалъ его ножницами вмѣстѣ съ брюшиною. Въ прямую кишку онъ предварительно ввелъ gorget на глубину 5 дюймовъ. Положивъ опять больную на спину, можно было прощупать надъ отверстіемъ разрѣза опухоль, которая также захвачена была брюшкомъ, а затѣмъ уже сдѣлать проколъ трехъ вѣсть, изъ которыхъ вытекло отъ 6—8 унц. зеленоватой жидкости. Вслѣдъ за этимъ пустой мѣшокъ легко было уже втянуть въ маточный рукавъ. Послѣ этого больную положили на бокъ и чрезъ маточное зеркало Симса наложена лигатура на двѣ половины ножки; наконецъ, вправивъ послѣднюю, рана влагалища была зашита серебрянной проволокой.

Черезъ 10 дней пациентка оставила постель, но проболѣла еще нѣсколько времени отъ легкаго параметрита, тѣмъ не менѣе, 2 года спустя она была совершенно здорова, въ чемъ Peaslee имѣлъ случай убѣдиться.

Въ другомъ случаѣ, въ которомъ оперировалъ Дэвисъ, была довольно большая опухоль, которая, во время беременности, лежала отчасти въ верхней части полости живота, а отчасти въ маломъ тазу. Послѣдовали преждевременные роды. Вправить опухоль изъ малаго таза не было возможности, а потому ее всерили посредствомъ троакара чрезъ влагалище. Черезъ 5 недѣль опухоль достигла прежнихъ размѣровъ, равняясь, по величинѣ, маткѣ на 7 мѣсяцѣ беременности. Тогда Дэвисъ чрезъ желобоватое Speculum сдѣлалъ въ задней стѣнкѣ влагалища разрѣзъ въ 4 дюйма. Опухоль оказалась присосшею спереди и сзади, но ее удалось отдѣлить рукою отъ брюшины.

Затѣмъ былъ сдѣланъ проколъ, и мѣшокъ легко опустился. Всѣй всей опухоли равнялся 9 фунтамъ. Ножку перевязали въ двѣ половины. Выздоровленіе послѣдовало безпрепятственно.

Уже сложнѣе былъ случай Клпфтона Винга. Пациентка въ этомъ случаѣ, вслѣдствіе продолжительнаго страданія, была весьма жалкая на видъ, истощенная. Опухоль у нея сидѣла позади матки, свойство ея не выяснилось даже послѣ двухъ проколовъ, такъ какъ при этомъ вытекала одна лишь кровь. Предполагали существованіе Noematocoe или висту яичника. Сдѣлавши чрезъ маточное зеркало разрѣзъ въ сводѣ влагалища и проколъ опу-

холи, и вытянувъ послѣднюю во влагалище, убѣдились, что она лишена ножи. вмѣстѣ съ мѣшкомъ опухоли были вовлечены во влагалище яйцепроводъ и часть *lig. latum*. Вылущеніе опухоли хорошо удалось, ножа не была перевязана; кровотеченія не было. Попавшія въ рану кишечныя петли были вправлены, наложенъ шовъ на рану, вмѣсто дренажной трубки былъ положенъ катетеръ. Сперва вытекало нѣсколько вонючее отдѣленіе, а затѣмъ чисто гнойное. Послѣ непродолжительной лихорадки больная выздоровѣла.

Жильморъ такимъ же образомъ вынулъ опухоль, величиною въ апельсинъ; а Томасъ вырѣзалъ съ успѣхомъ такой же величины опухоль, вмѣстѣ съ нормальнымъ яичникомъ. За то въ другомъ случаѣ Томасу не удалось удалить очень болѣзненный, хотя и не очень большой яичникъ. Въ этомъ случаѣ матка и влагалище срослись съ прямой кишкой; эта послѣдняя была вскрыта. Въ концѣ концовъ необходимо было прибѣгнуть въ лапаротомію. Больная скончалась чрезъ 36 часовъ послѣ операціи.

Р. Батей неоднократно производилъ вышеописанную операцію. Такъ напр. 8-ми больнымъ онъ ее сдѣлалъ 9 разъ, причѣмъ пять разъ онъ удалялъ оба яичника въ одинъ сеансъ; у трехъ больныхъ онъ удалилъ только одинъ яичникъ, а у одной изъ нихъ сдѣлалъ вторично эту операцію. Двѣ пациентки скончались послѣ двухсторонней оваріотоміи. Во всѣхъ вышеприведенныхъ случаяхъ яичники были либо очень мало увеличены, либо совершенно нормальной величины; точно также они ни разу не достигали такой величины, чтобы ихъ можно было діагностировать до операціи. Батей производитъ операцію слѣдующимъ образомъ: давъ больной боковое положеніе, онъ вводитъ во влагалище желобоватое маточное зеркало, нистагиваетъ матку посредствомъ крючковъ до *rima vulvae*, и дѣлаетъ въ срединной линіи свода влагалища, начиная непосредственно у шейки матки, разрѣзъ на протяженіи отъ 1" — 1 1/2". Если въ это время появляется кровотеченіе, то его должно остановить до вскрытія полости брюшины, либо вырыскиваніями ледяной воды, либо перекручиваніемъ сосудовъ. Вскрывъ брюшину, хирургъ проникаетъ пальцемъ въ *sacum rectouterinum*, между тѣмъ какъ ассистентъ надавливаетъ внутренности таза сверху внизъ. Вытащивъ, при помощи щипцовъ, одинъ яичникъ, накладываютъ на него лигатуру, а затѣмъ уже извлекаютъ другой яичникъ и, наконецъ, медленно отдаютъ каждый изъ нихъ эгразеромъ. Для остановки кровотеченія не понадобилось даже наложенія лигатуры; наконецъ, прополаскиваютъ и влагалище.

Въ двухъ случаяхъ Батей съ трудомъ могъ распознать яичники, до того они срослись съ окружающими органами. Въ одномъ случаѣ онъ распозналъ ихъ лишь тогда, когда изрѣзалъ весь органъ и изслѣдовалъ тщательно его строеніе. Поэтому онъ совѣтуетъ воспользоваться въ такомъ случаѣ острой ложкою для распознаванія. Однажды Батей, по неосторожности, захватилъ щипцами кишечную петлю и извлекъ ее вмѣстѣ съ яичникомъ.

§ 211. Трудность и опасность операціи очевидны сами по себѣ и еще болѣе подтверждаются обнародованными наблюденіями. Опасности заключаются въ поврежденіи прямой кишки или петель тонкихъ кишекъ, въ разрывѣ сосудовъ и невозможности въ такомъ случаѣ остановить кровотеченіе, и въ раз-

рывъ другихъ важныхъ органовъ, въ особенности, когда приходится уничтожать сращения, которыя нельзя контролировать ни глазами, ни пальцами, или наконецъ, когда вѣтъ ножи, а для уничтоженія сращеній, необходимо притягивать органы во влагалище съ большимъ усиленіемъ. Ко всемъ этимъ неудобствамъ присоединяется еще невозможность строгаго примѣненія антисептического способа леченія, какъ при оваріотоміи, производимой сверху. Единственное преимущество этого способа заключается въ томъ, что здѣсь разрѣзъ находится на самомъ низкомъ мѣстѣ полости брюшины и, при небольшихъ опухоляхъ, сидящихъ въ полости таза, доступъ къ нимъ снизу значительно облегчается.

Поэтому нельзя не согласиться съ Peaslee, который вообще не одобряетъ эту операцію. Я не думаю, однако, что ее слѣдуетъ безусловно отвергать, при томъ навсегда. Къ операціи этой можно прибѣгнуть въ томъ случаѣ, когда лежащая позади матки опухоль не велика, когда она плотно прилегаетъ къ своду влагалища и подвижна, когда, слѣдовательно, существуютъ всѣ условія, какъ и въ вышесприведенномъ первомъ случаѣ, примѣненія этой операціи. Въ подобномъ положеніи вещей почти будетъ возможно подражать образу дѣйствія Хегара, которому удалось лежавшую въ полости таза небольшую опухоль приподнять вверху и, фиксируя ее подъ покровами живота, вырѣзать ее такимъ образомъ сверху. Очевидно, что если таковой образъ дѣйствія представляетъ шансъ на успѣхъ, то его слѣдуетъ предпочесть оваріотоміи чрезъ влагалище.

Необходимо однако замѣтить, что небольшія и подвижныя опухоли, подобныя только что описаннымъ, можно, большею частью безъ всякаго ущерба, представить самимъ себѣ, такъ какъ онѣ не представляютъ опасныхъ симптомовъ. Но, если такія опухоли подвергаются ущемленію или вызываютъ воспалительныя явленія, то, въ такомъ случаѣ, опять таки нельзя убѣдиться въ абсолютномъ отсутствіи сращеній, вслѣдствіе чего нельзя также и предусмотрѣть всѣ послѣдствія хирургическаго вмѣшательства.

Вотъ почему оваріотоміа чрезъ влагалище должна имѣть весьма ограниченный кругъ примѣненія, въ особенности при опухоляхъ значительной величины. Въ § 119 мною описанъ случай, въ которомъ, несмотря на громадность опухоли, я хотѣлъ было удалить ее снизу; но случай этотъ былъ исключительный, благодаря существованію *prolapsus vag. poster.*, въ которомъ помѣщалась часть опухоли яичника. Не смотря на то, что техническое выполненіе операціи было въ данномъ случаѣ сравнительно легко, да къ тому же нечего было опасаться раненія прямой кишки, и сама опухоль представлялась однокамерной въ анатомическомъ значеніи этого слова, тѣмъ не менѣе я нахожу, что поступили рационально, удовольствовавшись однимъ проколомъ. Но если бы даже экстирпація оказалась неизбежною, то и тогда ее безопаснѣе было бы произвести сверху.

Остается рѣшить вопросъ, не рационально ли будетъ дѣлать оваріотомію чрезъ влагалище въ томъ случаѣ, когда приходится экстирпировать неувеличенные яичники, такъ назыв. «normal ovariotomy», которую въ послѣднее время советуетъ Р. Батей въ тѣхъ случаяхъ, когда наблюдаются извѣстныя патологическія явленія, находящіяся въ связи съ измѣненіями яичниковъ, ваковы напримѣръ: рѣзко выраженная *dysmenorrhoea ovarialis* или рефлекторныя пара-

личи и другія тяжелыя первныя страданія. Если удалось опредѣлить подвижность подобнаго яичника, то операція чрезъ влагалище не представитъ особыхъ трудностей; тѣмъ не менѣе отсутствіе въ этихъ случаяхъ ножики всегда составляетъ неблагопріятное условіе. Точно также несовершенно подвижные яичники обыкновенно рѣдко вызываютъ поименованныя патологическія явленія, а, напротивъ того, послѣднія обязаны своимъ происхожденіемъ неподвижности этихъ органовъ, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ брюшины. Трудность, даже безпомощность, въ которую въ подобныхъ случаяхъ ставитъ хирурга экстирпація снизу, — подтверждается многими, произведенными Батеемъ операціями. Наконецъ, должно сказать, что при благопріятныхъ условіяхъ экстирпація черезъ разрѣзъ живота дастъ столько же шансовъ на выздоровленіе и, кромѣ того, хирургъ можетъ оперировать съ большей увѣренностью. Поэтому, экстирпацію чрезъ влагалище слѣдуетъ вообще избѣгать и въ этихъ случаяхъ, если только яичникъ не будетъ значительно смѣщенъ книзу, если онъ не представляется подвижнымъ и не прилегаетъ къ своду влагалища.

ГЛАВА XXXIX.

Содержаніе больныхъ послѣ операціи и послѣдовательное леченіе.

Литература. Н. Beigel: Ueber Vor- und Nachbehandlung bei der Ovariectomie. Berl. klin. Wochenschr. 18. Nov. 1867.—В. Stilling: Deutsche med. Wochenschr. 1877 Nr. 11 и 12.—

Объ антисептикахъ: Kocher: Correspond. Blatt f. Schweizer Aerzte, 1875 Nr. 14 и 1877 Nr. 1.—Schröder: Sitzungsber. d. phys.-med. Soc. zu Erlangen. 10. Mai 1875.—Hegar: Volkmann's klin. Vorträge Nr. 109.—Olschhausen: ibidem Nr. 111.

О смерти вслѣдствіе шока и коллапса: Wegner: Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle. Langenbeck's Arch. XX стр. 51. Péan: Hystérotomie стр. 19—Nussbaum: Ueber den Shock. grosser Verletzungen und Operationen. Bayer. ärztl. Intell.-Bl. 1877 Nr. 11.

О септикеміи и перитонитѣ: Peaslee: Ovarian tumors стр. 505. Amer. J. of med. Sc. 1856 Jan. 1863 April. 1864 April. 1864 July Amer. J. of obstetr. 1870.—Sp. Wells: Lond. obst. Soc. transact. Vol. VI. 1865. стр. 62.—Greene: Bost. med. and surg. J. March 7, 1871.—Marion Sims: Ueber Ovariectomie. Въ нѣмец. перев. Бейгеля. Erlangen 1873.—Fergusson: Lancet 1864. Vol. II. стр. 416.

§ 212. Понятно, что содержаніе оперированныхъ будетъ различно, смотря по заболѣваніямъ, которыя послѣдовали за операціею. Самое частое послѣдовательное заболѣваніе—септическое зараженіе, обыкновенно проявляется въ первые 48 часовъ послѣ операціи и быстро ведетъ къ смертельному исходу, и тѣмъ самымъ весьма рѣзко дозволяетъ развиваться другимъ заболѣваніямъ, которыя обыкновенно не обнаруживаются въ случаяхъ выздоровленія.

Для большей ясности я намѣренъ раздѣлить всѣ случаи на такіе, которые имѣютъ благопріятное теченіе и такіе, которые имѣютъ смертельный исходъ; хотя должно признаться, что подобное дѣленіе лишено строго научнаго основанія.

Содержаніе выздоравливающихъ послѣ операціи больныхъ.

Въ первые часы послѣ оваріотоміи, у больной наблюдаются признаки угнетенія, *collapsus*, происшедшаго вслѣдствіе продолжительнаго наркоза, обнаженія и охлажденія, а также и кровотеченія, если оно было значительно.

Больная обыкновенно, и помимо кровотеченія, блѣдна, пульсъ малый, мягкій и нерѣдко очень медленный, послѣ значительной потери крови пульсъ уже съ самаго начала весьма учащенъ. Температура на поверхности тѣла почти всегда значительно падаетъ послѣ операціи, по большей части колеблется между 36—38° (въ подмышечной впадинѣ), нерѣдко еще ниже; я часто наблюдалъ температуру въ 35°, однажды даже въ 33,9°. Понятно, что на температуру больной не мало оказываютъ вліяніе: комнатная температура, болѣе или менѣе тщательное укутываніе оперируемой, употребленіе теплаго или холоднаго опрыскиванія. Однако, такая пониженная температура недолго остается, напротивъ того, почти всегда впродолженіи 6—12 часовъ она доходитъ до нормы и весьма часто даже переступаетъ ее.

Въ первые часы послѣ пробужденія отъ наркоза обыкновенно не является томительная жажда, если только не произошло при операціи значительной потери крови; за то тошнота и рвота наступаютъ часто уже въ первые 6 часовъ послѣ операціи, въ иныхъ случаяхъ позже, даже только на слѣдующій день. На боли въ животѣ оперированныя рѣдко жалуются въ первое время.

Отсутствіе лихорадочнаго состоянія, даже въ случаяхъ выздоровленія, представляетъ рѣдкое исключеніе. Изъ 36 случаевъ выздоровленія, только въ одномъ температура не подымалась выше 38° (измѣренія производились каждые 3 часа); въ 9 случаяхъ температура не превышала 37,5°; въ другихъ 9 она по временамъ поднималась до 39°, наконецъ въ 12 случ. она заходила за 39°, причемъ въ 2-хъ она доходила до 40,5°. Показанія эти относятся единственно лишь къ первымъ четыремъ суткамъ послѣ операціи.

Подобное повышеніе температуры имѣетъ значеніе, свойственное всякому пораненію. Это повышеніе температуры слѣдуетъ приписывать всасыванію продуктовъ разложенія, не обладающихъ однако септическими свойствами, а отнюдь не раздраженію брюшины; по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ выздоровленія отсутствуетъ всякое воспаленіе брюшины. Чѣмъ болѣе удастся предохранить содержимое полости живота отъ разложенія, тѣмъ съ большей вѣроятностью можно надѣяться, что лихорадочное состояніе останется умѣреннымъ. Хотя я долженъ замѣтить, что, по моимъ наблюденіямъ, даже послѣ строго антисептической операціи и когда заживленіе ранъ происходитъ безъ всякихъ осложнений, при отсутствіи всякихъ воспалительныхъ процессовъ, дѣло рѣдко обходится безъ лихорадочнаго состоянія. Что касается до того, въ состояніи ли дренажныя трубки, положенныя въ большомъ количествѣ подъ Листеровскою повязкою, воспрепятствовать повышенію температуры, то вопросъ этотъ ждетъ своего рѣшенія отъ дальнѣйшихъ опытовъ. Что касается до меня, то во всѣхъ моихъ случаяхъ, въ которыхъ я оперировалъ по Листеру, безъ проведенія дренажа,

я всегда наблюдалъ лишь умѣренные лихорадочныя температуры (ниже 39°). Только послѣ нѣкоторыхъ, весьма нечисто произведенныхъ операций, температура значительно повышалась, что нѣкоторымъ образомъ служить подтвержденіемъ существованія асептической лихорадки вслѣдствіе всасыванія.

Учащеніе пульса идетъ рука объ руку съ повышеніемъ температуры; но вмѣстѣ съ нею и пульсъ обыкновенно умѣренно учащается, рѣдко больше 120 ударовъ въ минуту. Понятно, что общее состояніе здоровья также ухудшается при болѣе высокихъ температурахъ: больныя плохо спятъ, ихъ мучаетъ томительная жажда. Однако, по общему состоянію больной уже въ первые 48 часовъ можно судить о неопасности заболѣванія. Обстоятельство это, да кромѣ того, умѣренное учащеніе пульса, отсутствіе воспалительныхъ процессовъ въ брюшинѣ, весьма часто по истеченіи 48 часовъ, позволяютъ уже хорошее предсказаніе. И дѣйствительно, первые два, въ крайнемъ случаѣ три дня, имѣютъ рѣшающее значеніе. Въ благопріятныхъ случаяхъ температура обыкновенно въ два дня достигаетъ своего максимума, и затѣмъ большею частью быстро падаетъ до нормы. Иногда максимумъ температуры уже наблюдается на первый день, причѣмъ она также не достигаетъ значительной высоты. На 4 — 5-й день у большинства больныхъ лихорадочное состояніе безслѣдно пропадаетъ, и соответственно этому слѣдуетъ быстрое уменьшеніе частоты пульса.

Желая еще нѣсколько остановиться на лихорадочномъ состояніи, мы должны признать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ оно въ первые дни можетъ происходить и отъ нерѣзко выраженныхъ ограниченныхъ воспаленій брюшины; но случаи эти исключительны, въ особенности при примѣненіи строго антисептическаго способа леченія. При такомъ леченіи слѣдуетъ удивляться постоянному и полнѣйшему отсутствію всякихъ признаковъ мѣстной реакціи. Хотя, конечно, черезъ правильно наложенную Листеровскую повязку невозможно ни прощупать животъ, ни осмотрѣть его, однаковъ, если повязка хорошо наложена, то даже умѣренное вздутіе живота газами даетъ себя знать, является сильное напряженіе, одышка и боли; всѣ эти явленія рѣдко наблюдаются. Снимая повязку съ цѣлю наложить новую, даже много дней спустя, насъ пріятно поражаетъ полное отсутствіе мѣстной реакціи въ ранѣ, плоскость живота, на которомъ еще видны тѣже складки, столь же глубокія, какъ и непосредственно послѣ операциі; много, если въ той или въ другой *regio hypogastrica* появится незначительная чувствительность къ давленію, которая обуславливается скорѣе оперативнымъ процессомъ, чѣмъ воспаленіемъ брюшины.

§ 213. При дальнѣйшемъ теченіи присоединяется еще новая причина, обуславливающая лихорадочное состояніе. Причина эта—воспалительные процессы, которые не рѣдко развиваются въ покровахъ живота. Процессы эти распространяются отъ уколовъ шва, соединяющаго края раны живота, иногда же отъ вскрытыхъ влагалницъ *mm. recti* или отъ отсепарованныхъ частей брюшиннаго покрова передней стѣнки живота. Безъ сомнѣнія, что одному хирургу приходится больше, другому меньше возиться съ этими вторичными, иногда продолжительными процессами; совершенно предохранить

своихъ больныхъ отъ этихъ процессовъ, я полагаю, еще никому не удалось. Въ данномъ случаѣ, не столько играетъ роль матеріалъ, взятый для швовъ, сколько важно, чтобы этотъ послѣдній достаточно былъ продезинфицированъ до употребленія его. Понятно также, что сверхъ шва хорошо наложенная антисептическая повязка должна и въ этомъ отношеніи проявлять свое благотворное дѣйствіе. Однако, не смотря на весьма тщательное дезинфицированіе, и на продолжительное оставленіе безъ перемѣны Листеровской повязки (большей частью въ продолженіи 8—10 дней), мнѣ не удавалось еще совершенно предохранить покровы живота отъ образованія въ нихъ нарывовъ, хотя число послѣднихъ значительно ограничивалось, вслѣдствіе соблюденія всѣхъ упомянутыхъ предосторожностей.

Нагноеніе въ мѣстахъ уколовъ, и отложеніе большихъ подбрюшинныхъ выпотовъ могутъ въ разное время обусловить лихорадочное состояніе. Иногда оно проявляется уже на 4—5-й день послѣ операціи, и тогда оно совпадаетъ съ лихорадкою отъ всасыванія. Однако, лихорадочному состоянію, происходящему отъ процессовъ нагноенія, предшествуетъ короткій промежутокъ безлихорадочнаго состоянія или же значительнаго послабленія лихорадки. Въ другихъ, также крайнихъ, случаяхъ лихорадка отъ флегмонознаго воспаленія покрововъ живота, наступаетъ только на 14 день послѣ операціи или даже и того позже. Такъ, у одной больной, у которой температура въ продолженіи шести дней постоянно держалась ниже 38°, причѣмъ пациентка не покидала постели, на 14-й день снова появилась лихорадка, температура поднялась до 39°, и окончилась только на 21 день послѣ операціи. Вскорѣ обнаружилось, что причиною этой вторичной лихорадки — былъ скопившійся въ покровяхъ живота выпотъ въ видѣ твердой, болѣзненной опухоли, величиной въ полкулака. По прошествіи лихорадки опухоль эта вскорѣ разрѣшилась; тѣмъ же менѣе такое быстрое всасываніе выпота представляетъ довольно рѣдкое исключеніе.

Въ другомъ случаѣ, вслѣдствіе нечисто произведенной операціи на миксонидной вистомѣ, лопнувшей еще до того, не смотря на строго Листеровское леченіе, на 2-й и 3-й день наступило повышеніе температуры до 39°.

По истеченіи 5 дней температура долго держалась ниже 38°, и пациентка покинула было постель, какъ вдругъ на 18-й день снова появилась лихорадка, которая обусловливалась выпотомъ и послѣдовательнымъ нагноеніемъ его въ покровяхъ живота. Лихорадочное состояніе больной длилось 3½ недѣли, причѣмъ температура доходила до 40°.

Исходными точками этихъ выпотовъ и нагноеній почти всегда являются уколы швовъ; а при употребленіи складчатыхъ швовъ Кэберле, — каналы ихъ. Но изъ этого не слѣдуетъ, чтобы эти швы признавать негодными къ употребленію. Они только потому обращаются въ названные источники, что ихъ слишкомъ долго не удаляютъ; тоже самое бываетъ и при употребленіи пуговчатого шва, гдѣ нагноеніе появляется вокругъ глубокихъ швовъ, такъ какъ ихъ удаляютъ позже другихъ.

Продолжительность лихорадки зависитъ отъ распространенія воспалительнаго процесса и отъ болѣе или менѣе быстро выдѣленія выпотовъ наружу.

Выдѣленіе происходитъ черезъ каналы уколовъ или черезъ почти зажившую уже рану живота. Последнее обстоятельство имѣетъ то неудобство, что заживленіе раны затягивается еще на нѣсколько недѣль, рубецъ становится болѣе широкимъ, что, бесспорно, располагаетъ къ образовапію грыжи.

§ 214. Болѣе рѣзко выраженное лихорадочное состояніе обусловливается наконецъ образованіемъ нарывовъ между листьями брюшины, или нагноеніемъ остатковъ кистъ, которые нельзя было удалить и которые были соединены съ поверхностью покрововъ живота. Образованіе внутри брюшныхъ нарывовъ т. е. ограниченныхъ, облегающихся капсулой фокусовъ воспалительныхъ продутовъ, мнѣ рѣдко приходилось наблюдать послѣ оваріотоміи. Последнее, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что я обыкновенно не захватываю брюшины въ шовъ раны живота. Такіе нарывы образуются при явленіяхъ ограниченаго воспаления брюшины, б. ч. брюшиннаго покрова таза. Весьма часто нельзя съ достовѣрностью діагностицировать присутствіе подобныхъ выпотовъ, тѣмъ болѣе, что сложное изслѣдованіе невозможно въ первое время послѣ операціи. Гнойные и ихорозные фокусы весьма часто пролагаютъ себѣ путь въ прямую кишку, рѣже черезъ покровы живота. При вскрытіи нерѣдко вмѣстѣ съ жидкимъ содержимымъ выходятъ омертвѣвшіе лоскуты ткани или лигатуры, — доказательство, что воспаленіе распространилось отъ отшнурованной части ткани. Весьма часто такой исходной точкой является отшнурованная часть ножки. Хегаръ видѣлъ и описалъ *) нѣсколько подобныхъ случаевъ.

У 35-и лѣтней женщины (Хегаръ, наблюд. 10 а. а. 0.) была удалена свободная отъ сросшей кисты, величиною въ дѣтскую головку. Такъ какъ опухоль не имѣла ножки, то заднюю пластинку *lig. latum*, на которой покоилась опухоль, перевязали посредствомъ двойной лигатуры, подведенной подъ последнюю, въ двѣ половины, и затѣмъ уже срѣзали опухоль. Больная весьма слабо лихорадила, причѣмъ наблюдались слѣдующія явленія: образованіе нарыва, величиною въ грецкій орѣхъ, подлѣ укола; 8 дневная желтуха; расстройства желудка. На 16 день черезъ прямую кишку вышелъ, вмѣстѣ съ кашицеобразнымъ испражненіемъ, перепончатый лоскутъ ткани, длиною въ 12 цнт. и шириною отъ 3—6 цнт., на лоскутѣ видѣлся узелъ лигатуры; въ тотъ же моментъ наступило рѣшительное улучшеніе, и затѣмъ выздоровленіе.

Въ другой разъ Хегаръ (15 наблюд. тамъ же) эстирпировалъ дермоидную кисту, нагноившуюся и сросшуюся со всѣми окружающими ее органами, перевязавъ *en masse* гипертрофированный сальникъ, оставивъ часть его у опухоли, въ общемъ же онъ погрузилъ около 30 лигатуръ. Сперва образовался внѣбрюшинный выпотъ на томъ мѣстѣ, гдѣ *peritoneum parietale* была нѣсколько отдѣлена; затѣмъ выпотъ нагноился, и на 11-й день вышелъ наружу черезъ рубецъ раны живота, въ видѣ вонючаго гноя. Пришлось снова вскрыть рубецъ живота, начиная отъ пупка до нижняго угла раны, чтобы лучше ознакомиться съ положеніемъ вещей, причѣмъ, въ глубинѣ, надъ лоннымъ сросшеніемъ

*) Hegar in Volkmanns klinischen Vortraegen № 109. 1877.

усмотрѣнъ плотный, болѣзненный узелъ. Развилась сильная лихорадка. На 17 день произошло вскрытіе этого узелка и выходеніе изъ него омертвѣвшихъ лоскутовъ ткани, а также и части салника, перевязаннаго двумя лигатурами. На 21 день снова вышелъ лоскутъ ткани съ лигатурами; а на слѣдующій день вышли лоскуты ткани вмѣстѣ съ испраженіями на низъ. Температура поднялась до 40°; затѣмъ еще дважды, на 51-й и 57-й день, вытекалъ гной черезъ прямую кишку, причѣмъ одинъ разъ въ гной находились три лигатуры. Начиная съ 30 дня не было лихорадочнаго состоянія и больная выздоровѣла.

Въ третьемъ случаѣ, Хегаръ на 19 день наблюдалъ у сильно лихорадившей больной выходеніе гноя черезъ кишку, причѣмъ въ гной нельзя было открыть лигатуръ. Подобное вскрытіе нарывовъ въ кишку, по всему вѣроятію, случается чаще, какъ весьма основательно замѣтилъ Хегаръ, чѣмъ оно наблюдается. Вскрытіе это, должно полагать, весьма часто обуславливаетъ въ теченіи первыхъ 2-хъ, 3-хъ недѣль и позже, появленіе лихорадки, причина которой въ такихъ случаяхъ не всегда точно извѣстна. Такъ, у одной изъ моихъ больныхъ, у которой я вырѣзалъ кистому обоимъ ячникамъ, вѣсомъ въ 30 кило, лихорадка появилась на 20 день, хотя, начиная съ 5-го дня послѣ операціи, температура ни разу не превышала 38°. Но тутъ температура быстро поднялась до 39,8°, безъ очевидныхъ мѣстныхъ разстройствъ. На 22-й день, послѣ обильнаго, весьма вонючаго испраженія, лихорадка на долго покинула больную. Ни лигатуръ, ни лоскутовъ ткани, въ испраженіяхъ, не было замѣчено; хотя надо полагать, что они тамъ находились и что они то и обусловили незамѣтное вскрытіе нарыва.

Выше уже было упомянуто о случаѣ, описанномъ Гюффелемъ (Arch. f. Gyn. Bd. 9. стр. 319), гдѣ у пациентки, спустя 20 мѣсяцевъ послѣ сдѣланной Хегаромъ оваріотоміи, образовался нарывъ, вскрывшійся наружу черезъ рубецъ раны живота. Причиной столь поздняго образованія нарыва, по всему вѣроятію, послужили бывшіе за 6 недѣль до того роды. Случай этотъ единственный въ этомъ родѣ; обыкновенно же нарывы какъ внѣ—такъ и внутри—брюшинные образуются на 2-ой, 3-ей недѣлѣ послѣ операціи.

§ 215. Кромѣ описанныхъ выше, главныхъ разстройствъ, у нѣкоторыхъ больныхъ наблюдаются еще другія, отчасти безлихорадочныя, не столь важныя. Сюда слѣдуетъ отнести: рѣзь въ кишкахъ, которая подчасъ наступаетъ уже въ первые дни послѣ операціи, еще до того, чѣмъ больная принимала какую бы то ни было пищу; далѣе появляются невыносимыя судорожныя боли, которыя иногда сопровождаются тошнотой, иногда нѣтъ; въ большинствѣ случаевъ онѣ не сопровождаются лихорадкою; иногда бываютъ скоро преходящія повышенія температуры. Нерѣдко боли эти вызываются скопленіемъ вѣтровъ, вслѣдствіе застоявшихся каловыхъ массъ. Иногда же онѣ, повидимому, зависятъ отъ раздраженія во время самой операціи кишекъ, напр. при разрѣзываніи кишечныхъ сросеній. Я однажды наблюдалъ появленіе колени въ кишкахъ послѣ экстирпаціи большой мѣсоидной кистомы, которая вовсе не срослась съ кишкой. Рѣзь появлялась почти ежедневно и часто была къ тому же весьма интенсивна, причѣмъ появлялись болѣзненные сокращенія Sphincter'a

ані и мочевого пузыря. Даже, когда больная выписалась изъ клиники, спустя 6 недѣль послѣ операціи, болики все еще не прекратились.

За симъ слѣдуетъ упомянуть еще о почти всегда легкомъ катарральномъ состояніи мочевого пузыря, которое появляется у нѣкоторыхъ больныхъ послѣ того, какъ имъ въ теченіи 8 — 14 дней ежедневно вводили катетеръ въ мочеиспускательный каналъ. Даже постоянное погруженіе катетра въ растворъ карболовой кислоты не вполне предохраняетъ отъ появления катаррального состоянія мочевого пузыря. Однако, послѣднее часто вовсе не причиняетъ боли, или же послѣдняя весьма незначительна и обыкновенно скоро проходитъ безъ дальнѣйшаго леченія, какъ только прекращаютъ введеніе катетера. Появленіе катаррального состоянія, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ приписать введенію слизи изъ влагалища или захожденію атмосфернаго воздуха, словомъ проникновенію въ пузырь веществъ, способствующихъ гніенію, что особенно часто наблюдается у рожениць. Поэтому послѣ оваріотоміи не слѣдуетъ продолжать введеніе катетера долѣе, чѣмъ это необходимо. Женщинамъ, которыя могутъ мочиться, лежа на подкладномъ суднѣ, вполне достаточно вводить катетеръ въ теченіи 4 — 5 дней.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще упомянуть, что у многихъ больныхъ въ первые дни послѣ операціи появляется маточное кровотеченіе, которое не имѣетъ ничего общаго съ регулами, и наступаетъ оно не во время періода мѣсячнаго очищенія. Кровотеченіе это наступаетъ обыкновенно на 2-ой, 3-ій день послѣ операціи; оно можетъ быть довольно значительнымъ; однако оно никогда не бываетъ слишкомъ обильно и не длится долго. Я не могу въ точности сказать, какъ часто появляется подобное кровотеченіе, однако, полагаю, что оно наступаетъ въ каждомъ 4-мъ, 5-омъ случаѣ; явленіе это, по всему вѣроятію, зависитъ отъ коллатеральнаго прилива крови къ той же области артеріи, изъ которой получала кровь и опухоль до ея вырѣзыванія. Если это объясненіе справедливо, то маточное кровотеченіе должно, по преимуществу, появляться послѣ экстирпаціи большихъ опухолей; послѣднее подтверждается всѣми видѣнными мною до сихъ поръ случаями. Такъ, я наблюдалъ кровотеченіе изъ матки по удаленіи опухолей въ 24, — 26 ф. и послѣ двухсторонней оваріотоміи, причемъ обѣ опухоли вѣсили 60 фунтовъ; а одинъ разъ кровотеченіе появилось по удаленіи саркомы лишь въ 6½ фунтовъ. Такое кровотеченіе изъ матки не требуетъ особаго леченія; однако его слѣдуетъ принимать въ соображеніе въ отношеніи катетеризаціи. Весьма возможно, что катарральное состояніе мочевого пузыря развивается скорѣе въ томъ случаѣ, когда vulva смочена легко разлагающеюся кровяною жидкостью.

§ 216. Леченіе оперированныхъ женщинъ въ сколько нибудь нормально протекающихъ случаяхъ, въ сущности, должно быть выжидательное. Не слѣдуетъ возводить въ принципъ употребленіе льда, припаровъ (Базеръ Броунъ) или давать непременно narcotica, analgetica или ледяныя пилюли. Пока отсутствуютъ всякіе патологическіе признаки, единственная цѣль, къ которой долженъ стремиться хирургъ, это тѣлесный и душевный покой, а также и покой кишечнаго канала. Просторная, хорошо провѣтриваемая комната, хоро-

шій тюфякъ, уютная и вышколенная сидѣлка, но не болѣе одной, — вотъ, главнымъ образомъ, что требуется для оперированной. Всякій пойметъ, что болѣзную первое время послѣ операціи, когда температура упала ниже нормы, слѣдуетъ тепло укрывать, не мѣшаетъ также согрѣвать постель грѣлками. Покой кишечнаго канала легче всего достигается абсолютнымъ воздержаніемъ отъ пищи; не должно давать большой въ первые 6—12 часовъ даже нѣсколькихъ глотковъ воды, если только жажда не слишкомъ томительна. Перистальтика кишечъ еще болѣе ускоряется отъ дѣйствія ледяныхъ пилюль, чѣмъ отъ дѣйствія воды, и слѣдовательно, должно, по возможности, избѣгать ледяныхъ пилюль; если же болѣзную тошнить, то даже глотокъ воды уже можетъ вызвать рвоту. Поэтому, для уничтоженія тошноты, головѣ больной даютъ по возможности низкое положеніе. Даже въ томъ случаѣ, когда всякое терапевтическое вмѣшательство окажется излишнимъ, больнымъ слѣдуетъ соблюдать, по возможности, строгую діету. Крѣпкимъ больнымъ я впервые отпущала пищу только на 4-й день, если только онѣ не жаловались на мучительный голодъ. Нѣкоторыхъ, слабыхъ, болѣе старыхъ, дряхлыхъ особей, слѣдуетъ подкармливать уже со 2-го дня. Сначала слѣдуетъ давать жидкія вещества и такія, которыя даютъ мало каловыхъ массъ или вовсе ихъ не даютъ, какъ то: бульонъ, вино, яичный желтокъ, кофе и во всякомъ случаѣ молоко. Мясa, раньше 5-го 6-го дня, не слѣдуетъ давать; бѣлый хлѣбъ, овсянцу, и т. п. и того позже; веществъ, отъ которыхъ пучить, не слѣдуетъ давать въ продолженіи многихъ недѣль, дабы вздутіе живота не растянуло рубца раны покрововъ его.

Соблюдамъ такую строгую діету въ теченіи первой недѣли, всегда почти можно добиться, что въ концѣ первой недѣли не наступятъ позывы на низъ, не послѣдуетъ вздутія живота, а тѣмъ самымъ устраняется необходимость прибѣгать къ слабительнымъ средствамъ. Предполагая, конечно, что кишечный каналъ въ продолженіи нѣсколькихъ дней до операціи былъ вполне очищенъ отъ каловыхъ массъ при помощи слабительныхъ и промывательныхъ.

Напряженіе брюшнаго прессы въ первые дни послѣ операціи можетъ повліять на расслабленіе лигатуры и повлечь за собою, быть можетъ, смертельное кровотеченіе, какъ это и случилось съ Бплъртомъ въ одномъ случаѣ послѣ экстирпаціи селезенки.

Слѣдуя этимъ предписаніямъ, врачу уже не нужно прибѣгать къ препаратамъ опиума для достиженія покоя кишечнаго канала, потому что, вслѣдствіе употребленія этихъ средствъ, каловыя испраженія становятся твердыми и причиняютъ сильную боль, затрудняютъ дефекацію, такъ что приходится въ теченіи многихъ дней прибѣгать къ все болѣе и болѣе энергичнымъ клистирамъ или слабительнымъ средствамъ; въ такомъ случаѣ нерѣдко присоединяется лихорадка и даже мучительная, долго продолжающаяся колика кишечъ. Когда же общее состояніе оперированной не вполне нормально, то всякій разъ приходится прибѣгать къ терапевтическимъ мѣрамъ. Въ особенности этого требуютъ: *collapsus*, наступающій въ первые дни послѣ операціи, и рвота послѣ нарвоза.

Объ опасности отъ коллапса нельзя судить только по температурѣ въ

подкрыльцовой впадинѣ; въ этомъ отношеніи слѣдуетъ больше вниманія обращать на пульсъ и на наружный видъ больной. Когда явленія коллапса угрожаютъ жизни, то слѣдуетъ стараться устранить ихъ слѣдующими средствами: стараться больную согрѣвать, дѣлать впрыскиванія эфира; головѣ даютъ положеніе ниже туловища, и, если только больная на столько пробудилась отъ наркоза, что можетъ глотать, то ей даютъ спиртные напитки, мошусь. Если же, судя по ходу операціи, можно предположить, что упадокъ силъ поддерживается кровотеченіемъ изъ разрѣзовъ спаекъ, то немедленно слѣдуетъ стянуть поврѣще повязку живота; если потеря крови во время операціи была значительна, то большую пользу приноситъ бинтованіе конечностей.

Обыкновенно удается въ нѣсколько часовъ устранить всякую опасность вслѣдствіе коллапса. Тѣмъ не менѣе, я въ практикѣ моей встрѣтилъ исключеніе: у больной была экстирпирована опухоль, вѣсомъ болѣе 25 кило. Хотя операція представляла большія затрудненія вслѣдствіе обширныхъ срощеній опухоли съ окружающими органами и тканями и хотя при этомъ не было значительной потери крови, однако же, послѣ операціи, температура въ подкрыльцовой впадинѣ упала до $35,4^{\circ}$, причѣмъ собственно не наблюдалось явленія коллапса. Черезъ нѣсколько часовъ температура поднялась до $37,5^{\circ}$, но на слѣдующій день снова понизилась до $36,5^{\circ}$, причѣмъ пульсъ былъ 130 и силы больной видимо упали. Трудно было предположить послѣдовательное кровотеченіе, такъ какъ черезъ дренажъ трубки влагалища не вытекало крови. Больной дали большой приемъ шампанскаго, $\frac{3}{4}$ грамма мошуса и впрыснули подъ кожу эфиръ, послѣ чего температура быстро поднялась до $37,7^{\circ}$, пульсъ же замедлился, и больная выздоровѣла.

§ 217. Рвота отъ наркоза требуетъ терапевтическаго вниманія еще чаще, чѣмъ явленія коллапса. У больныхъ, находящихся въ глубокомъ наркозѣ, обыкновенно весьма рѣдко наступаетъ рвота во время операціи, вотъ почему я и до сихъ поръ не рѣшался примѣнять, столь выхваляемый Сп. Уэллсомъ, хлорометилъ. Собственно ради операціи, еще ни разу не предстояло въ томъ никакой надобности, но его можно было бы предпочесть хлороформу, еслибы было доказано, что послѣ наркоза отъ хлорометила не такъ часто наступаетъ рвота, какъ послѣ глубокаго наркоза отъ хлороформа; но пока мнѣ еще не извѣстны фактическія доказательства этого предположенія.

Если рвота, сама по себѣ, и не причиняетъ больной большаго вреда, то все таки нельзя отрицать того факта, что она способствуетъ появленію послѣдовательнаго кровосоченія изъ пораненныхъ поверхностей, что она усиливаетъ перистальтическія движенія кишекъ, можетъ способствовать соскальзыванію лигатуръ и, наконецъ, препятствуетъ инвапулированію попавшихъ въ полость живота вредныхъ веществъ и, напротивъ того, благоприятствуетъ еще распространенію этихъ веществъ по брюшинному мѣшку. За исключеніемъ абсолютнаго покоя больной и полнѣйшаго воздержанія отъ питья, самыми вѣрными средствами противъ рвоты, до сихъ поръ, все таки слѣдуетъ считать ледяныя пилюли и подкожныя впрыскиванія морфія въ области желудка; холодный кофе и холодное шампанское рѣдко приводятъ къ цѣли. Если жажда слишкомъ

томительна и все таки по причинѣ рвоты приходится избѣгать питья, то очень хорошо дѣлать *clysmata* изъ тепловатой воды, которая скорѣе утоляетъ жажду, чѣмъ вода вводимая въ желудокъ глотками.

Когда у больной послѣ операціи появляется лихорадка, то въ первые же дни необходимо рѣшить: произошла ли она отъ септического зараженія или же вслѣдствіе развитія ограниченныхъ воспалительныхъ процессовъ. Во всякомъ случаѣ, пока дѣло не разъяснится, слѣдуетъ ограничиться выжидательнымъ леченіемъ. Въ одномъ изъ слѣдующихъ параграфовъ мы рассмотримъ на сколько возможно и успѣшно терапевтическое мѣстное вмѣшательство при развитіи септическихъ процессовъ. Нѣтъ сомнѣнія, что общее леченіе алкоголемъ, хининомъ, препаратами салициловой кислоты, холодными ваннами и т. п. противолихорадочными средствами, не найдеть себѣ приверженцевъ между врачами; съ другой стороны, лечить ограниченное воспаленіе брюшины мѣстными или общими противолихорадочными средствами также все равно, что воду толочь. Вѣдь всеѣмъ должно быть извѣстно, что ограниченные перитониты появляются послѣ оваріотоміи, благодаря тому обстоятельству, что брюшина приходитъ въ соприкосновеніе съ веществами, вызывающими воспаленія, все равно будутъ ли они заключаться въ зараженной культѣ ножки, въ оставшихся кускахъ плотной ткани, въ раздражающихъ жидкостяхъ или, наконецъ, въ перевязочномъ матеріалѣ. Поэтому, единственную надежду мы должны возлагать на то, что эти вредныя вещества облекутся въ капсулу, вслѣдствіе чего прекратится распространеніе воспалительныхъ процессовъ; а всему этому мы можемъ способствовать, только успокоивая перистальтическія движенія кишекъ и тѣмъ самымъ благоприятствовать образованію сросшеній вокругъ первичнаго воспалительнаго фокуса. Поэтому, наркотическія вещества и притомъ въ большихъ дозахъ представляютъ единственное, хотя и не всеѣмъ индифферентное, терапевтическое средство. Морфійныя впрыскиванія заслуживаютъ предпочтеніе передъ внутреннимъ употребленіемъ препаратовъ опія, потому что эти послѣдніе, какъ мы выше упомянули, вредно отзываються на первой дефекаціи. Все же другія средства, какъ-то: мѣстныя кровопусканія, ледяныя примочки, припарки, и всякія другія внутреннія средства слѣдуетъ избѣгать.

§ 218. Теперь намъ остается только рассмотреть нѣкоторыя мѣропріятія, которыя обусловливаются тѣмъ или другимъ оперативнымъ методомъ: леченіе посредствомъ *in situ* *in vivo* требуетъ тщательнаго присмотра за культей ножки, въ особенности въ виду возможнаго перехода ея въ гнилостное распаденіе; но это послѣднее зло удастся навѣрное предотвратить прижиганіемъ *ferrum sesquichl. solut.* или *ferrum sulf. crust.* Но если разложеніе произошло, то слѣдуетъ опасаться, что гниющія вещества могутъ, слѣдуя вдоль ножки, проникнуть въ полость живота и либо вызовутъ тамъ воспаленіе, либо послужатъ причиной септического зараженія. Въ виду вышесказаннаго, Сп. Уэллсъ совѣтуетъ плотно закрывать рану живота вокругъ ножки; но другіе хирурги, какъ напр. Кэберле, не слѣдуютъ этому совѣту, считая вышеозначенную

опасность маловажною. И действительно, прежде всего мумифицируется часть ножи, лежащая выше зажима, если только послѣдній производить достаточно сильное давленіе. Что же касается опасности уже наступившаго септического зараженія, то она потому уже не особенно велика, что часть брюшины, непосредственно прилегающая къ отверстию раны, еще до распаденія ножи, покрывается грануляціями, и потому утрачиваетъ способность всасывать.

Такъ какъ при срываніи загнивающей части культи ножи впереди зажима можно опасаться ухода ножи въ полость живота, то, для предохраненія, по возможности, эту послѣднюю отъ дѣйствія гнѣющихъ веществъ, цѣлесообразно будетъ выполнять брюшную полость шариками изъ ваты, пропитанными (10%) карболовымъ масломъ.

Спаденіе зажима рѣдко происходитъ раньше 7 дня, оно можетъ однако затянуться до 2 недѣль и болѣе. Чтобы освободить рану отъ покрывающаго ее зажима, иногда весьма рационально перерѣзать послѣднія нити ножи, лежащія подъ зажимомъ.

По отпаденіи зажима, ножка болѣе или менѣе втягивается въ полость живота, увлекая за собою покровы живота, такъ что на ихъ поверхности образуется воронкообразное углубленіе. Если ушедшая въ глубь культи ножи здорова, то явленіе это маловажно, такъ какъ нечего опасаться послѣдовательныхъ кровотеченій изъ нея; но если на ножкѣ, ниже поверхности разединенія, существовали омертвѣвшія части,—что бываетъ, если, одновременно съ зажимомъ, наложены были также лигатуры,—то хирургу приходится имѣть дѣло съ глубоко сидящимъ въ полости живота фокусомъ гнѣющихъ веществъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ (Berl. Klin. Wochenschrift. 1876 № 11 наблюд. 11) лихорадка длилась 14 дней послѣ операціи; но когда, наконецъ, отпали всѣ омертвѣвшіе лоскуты ножи, — частью же онѣ были съ трудомъ отрѣзаны въ глубинѣ раны, — то прошло и лихорадочное состояніе. У больной черезъ влагалище провели дренажъ въ полость живота, гдѣ онъ оставался, пока не прошло лихорадочное состояніе. Въ такихъ случаяхъ подчасъ необходимо бываетъ снова раскрыть часть раны живота.

По снятіи зажима заживленіе раны совершается обыкновенно быстро. Ближайшія висечныя петли уже давно успѣли покрыться грануляціями, селются между собою и съ покровами живота, и такимъ образомъ они еще до отпаденія зажима успѣли отдѣлить воронкообразное углубленіе отъ полости брюшины.

О мѣропріятіяхъ, требуемыхъ при проведеніи дренажа чрезъ влагалище, уже было говорено выше. Частое промываніе дезинфицирующей жидкостью и въ особенности въ первые дни послѣ операціи—составляетъ главнѣйшій моментъ. Засореніе дренажной трубки случается тѣмъ легче, чѣмъ меньше времени прошло послѣ операціи. Оно весьма часто происходитъ послѣ обильныхъ кровотеченій изъ разрѣзанныхъ спаекъ, когда изъ пораненныхъ поверхностей все еще сочится кровь; далѣе, когда въ полость живота попали студенистыя массы и наконецъ, когда опухоль осложнялась водяной, фибриногенное вещество которой, смѣшиваясь съ кровью или приходя въ соприкосновеніе съ воздухомъ, створаживается. Если препятствіе это не легко устраняется при помощи губочки, протянутой черезъ дренажную трубку, то

эту послѣднюю слѣдуетъ извлечь изъ полости живота; при этомъ не должно забывать, что иногда въ просвѣтъ трубъ втягивается часть сальника.

Объ удаленіи дренажа уже было говорено раньше.

Остается еще сказать кое-что относительно леченія при накладываніи Листеровской повязки. Если наступаетъ tympanitis, съ осложняющимъ перитонитомъ или безъ онаго, то повязка начинаетъ сильно стѣснять больную; послѣдствіемъ этого могутъ быть: сильная одышка, учащеніе пульса, даже подчасъ и повышеніе температуры, все это, вмѣстѣ съ особеннымъ habitus больной, лицо которой выражаетъ испугъ, съ быстро усиливающейся одышкой, жалобами на жестокия боли, — внушаетъ опасеніе за жизнь больной. Но всѣ эти явленія такъ же скоро исчезаютъ, какъ только будетъ возобновлена повязка. Отъ слишкомъ туго наложеннаго бинта вокругъ одного бедра, я наблюдалъ однажды параличъ *perv. cutan. femor. ext.*; даже по прошествіи 6 недѣль чувствительность еще не вполне возстановилась, и сохранилось еще болѣзненное ощущеніе. Случается также, что приходится перемѣнять повязку по причинѣ слишкомъ слабого наложенія ея. Одно лишь упражненіе въ состояніи ограничить число подобныхъ приключеній.

Впрочемъ, ничего нѣтъ проще, какъ послѣдовательное леченіе при употребленіи Листеровской повязки. Разстройства въ родѣ вышеупомянутыхъ встрѣчаются въ сущности какъ рѣдкія исключенія. Въ большинствѣ же случаевъ приходится только перемѣнить первую повязку на 4-й, 5-й день, и удалить поверхностные швы; вторую же повязку снимаютъ на 8-й или 10 день для удаленія глубокихъ швовъ. Если поверхностные швы были изъ ватгута, проволоки или *Silkwormgut* и если при томъ больная чувствуетъ себя хорошо и не лихорадитъ, то едва ли потребуется перемѣнять первую повязку раньше 8-го, или 10-го дня.

Что касается до удаленія швовъ, то я настаиваю на томъ, чтобы, по крайней мѣрѣ, нѣкоторые изъ глубокихъ не были удалены раньше 8-го дня, а если возможно, то не раньше появленія первыхъ испражнений, потому что, въ иныхъ случаяхъ и въ особенности при внутреннемъ употребленіи опія, у больныхъ животъ вздувается до появленія первыхъ испражнений и при отсутствіи малѣйшихъ признаковъ перитонита, причемъ какъ бы хорошо ни были наложены швы, свѣжій рубецъ не въ состояніи противостоятъ напору. Въ одномъ подходящемъ случаѣ, не смотря на то, что еще 2 проволочныхъ шва не были сняты, я все таки опасался, въ теченіи цѣлаго дня, что вотъ-вотъ шовъ вмѣстѣ съ рубцомъ лопнутъ, и что вздутыя газами кишечки совершенно выпадутъ. Если-бы это случилось, то наврядъ ли удалось вправить чрезмѣрно вздутыя кишки безъ прокола ихъ. У 4-хъ пациентокъ Сп. Уэлла, края раны живота снова разошлись по вышеупомянутой причинѣ; всѣ 4 пациентки скончались. Если былъ наложенъ складчатый шовъ, то можно смѣло удалить всѣ оставленные швы уже на 4-й день; рѣдко приходилось оставлять одинъ, два и въ весьма рѣдкихъ случаяхъ три шва. Это одна изъ выгодъ накладыванія складчатыхъ швовъ. Такъ, если не желаютъ рисковать, то, имѣя дѣло съ раной совершенно одинаковой величины, придется наложить гораздо болѣе глубокихъ узловатыхъ швовъ,

чѣмъ складчатыхъ, да и въ тому же ихъ нельзя удалить раньше 8-го дня. Въ виду растяжимости молодого рубца, не должно спускать больныхъ съ постели раньше 15-го дня; равнымъ образомъ имъ не слѣдуетъ разрѣшать вставать въ теченіи первыхъ недѣль, не стянувши предварительно липяимъ пластыремъ края раны живота, защищая ихъ такимъ образомъ отъ сильнаго напора. Да кромѣ того, больная должна в теченіи круглаго года носить бумазейный или резиновый набрюшникъ.

Состояніе больныхъ, не выздоравливающихъ послѣ операціи.

Причины смерти и результаты вскрытія.

§ 219. Въ этой главѣ мы намѣрены разсмотрѣть по порядку происхожденіе смерти отъ потрясенія (Shock), истеченія кровью, септикеміи и перитонита, непроходимости кишекъ, столбняка (Tetanus), эмболии, изнурительнаго нагноенія и, наконецъ, вслѣдствіе случайныхъ осложненій. Какая изъ этихъ причинъ смерти встрѣчается наичаще, мы лучше всего узнаемъ, изучивъ предварительно обстоятельства при которыхъ появляется то или другое болѣзненное состояніе.

Смерть раньше всего наступаетъ отъ потрясенія (Shock). Подъ названіемъ «Shock» въ прежнее время разумѣли весьма разныя явленія. Если подъ названіемъ Shock понимали параличъ сердца, обусловливаемый непосредственнымъ воздѣйствіемъ операціи на нервную систему, то это все таки не даетъ намъ никакого яснаго понятія, и едвали болѣе основательно предположеніе, что при Shock'ѣ наступаетъ параличъ большихъ сосудовъ въ нижней области живота, и что въ этихъ сосудахъ скопляется большое количество крови, вслѣдствіе чего уже происходятъ анемія мозга. Г. Вегнеръ, въ своемъ превосходномъ сочиненіи, которое мы неоднократно цитировали, объясняетъ коллапсъ, наступающій послѣ оваріотоміи, и объясненіе это должно насъ тѣмъ болѣе удовлетворять, что оно подтверждено остроумно придуманными опытами.

Явленія collapse'a и смерть, которую онъ обусловливаетъ, Вегнеръ объясняетъ пониженіемъ температуры тѣла, которое обыкновенно и часто въ значительной степени слѣдуетъ за оваріотоміей. Явленіе это обусловливается многими обстоятельствами, между прочимъ, часто довольно продолжительнымъ обнаженіемъ туловища, и еще болѣе обнаженіемъ брюшины, которое при сложныхъ операціяхъ дѣйствительно происходитъ на большомъ протяженіи и которое, по необходимости, бываетъ подчасъ весьма продолжительно. По сдѣланнымъ вычисленіямъ найдено, что поверхность брюшины по квадратному содержанию приблизительно равна поверхности человѣческаго тѣла. Поэтому, если даже и не вся поверхность брюшины подвергается охлажденію, то не должно забывать, что влажная поверхность, покрытая лишь тонкимъ слоемъ эндотелія, отдастъ теплоту гораздо легче, чѣмъ кожа; во время операціи же отдача эта еще болѣе увеличивается, благодаря артеріальной гипереміи, которая быстро наступаетъ по вскрытіи полости живота. Гиперемія эта прежде всего проявляется розовымъ окрашиваніемъ кишекъ и, конечно, обусловливается уничтоженіемъ внутрибрюшиннаго давленія. Въ послѣдствіи къ артеріальной гипе-

рэмн присоединяется еще венозная, обусловливаемая параличем стѣнокъ кишекъ, который, въ свою очередь, происходитъ вслѣдствіе охлажденія послѣднихъ. Вотъ причины, почему чрезъ поверхность брюшины потери тепла такъ велика; къ этому присоединяется еще потеря тепла чрезъ поверхность кожи, когда ее опрыскиваютъ быстро улечивающимся растворомъ карболовой кислоты. Къ тому же потеря крови и продолжительное хлороформированіе представляютъ дальнѣйшіе моменты для пониженія температуры.

Совокупное дѣйствіе всѣхъ этихъ причинъ можетъ обусловить такое пониженіе температуры, при которой жизнь становится не возможною, такъ какъ, должно полагать, въ центральныхъ частяхъ нервной системы наступаютъ абсолютно смертельныя разстройства.

Допустивъ справедливость объясненія Вегнера относительно быстро наступающаго смертельнаго исхода послѣ иныхъ оваріотомій, не трудно также указать на тѣ обстоятельства, которые способствуютъ появленію collaps'a и дѣлають его опаснымъ для жизни. Обстоятельства эти слѣдующія: продолжительность операціи, значительное обнаженіе брюшины на большомъ протяженіи, холодное опрыскиваніе (Spray), значительныя потери крови и продолжительный наркозъ. Послѣ этого становится понятнымъ, почему у старыхъ хирурговъ, придерживавшихся правила однимъ взмахомъ разрѣзывать покровы живота, начиная отъ Scrobiculum cordis и до лоннаго сращенія, — былъ такой большой процентъ смертности отъ collaps'a. Такъ напр. по показанію Ch. Clay'a *) изъ 34 смертныхъ случаевъ 10 приходятся на Shock. Намъ кажется совершенно излишнимъ сопоставлять процентное отношеніе умиравшихъ въ прежнее время отъ сотрясенія, съ процентнымъ отношеніемъ, полученнымъ за послѣднее время—такое сопоставленіе говорю я, будетъ тѣмъ болѣе бесполезно что прежде еще менше, чѣмъ теперь, умѣли отличать такъ назыв. Shock, въ обозначенномъ выше смыслѣ, отъ другихъ причинъ смерти. Поэтому составлять таблицы, въ которыхъ было бы вычислено увеличеніе смертности отъ Shock'a въ зависимости съ увеличеніемъ разрѣза, намъ кажется совершенно излишнимъ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что смертность вообще возрастаетъ съ увеличеніемъ разрѣза; вычисленія эти мало доказательны еще по той простой причинѣ, что большой разрѣзъ живота обыкновенно осложняется многими неблагоприятными обстоятельствами, какъ-то: большей потерей крови, болѣе обширными сращеніями и вообще болѣе трудными приемами со стороны хирурга.

Кэберлѣ приводитъ слѣдующія, заимствованныя изъ собственной практикн, наблюденія:

длина разрѣза отъ	5—15 цтм.	26 случаевъ,	6 смертныхъ.
»	20—30 »	35 »	13 »
»	30—40 »	8 »	5 »

Сп. Уэллсъ даетъ слѣдующія выводы на основаніи 500 наблюденій:

длина разрѣза отъ	3"—5";	360 случаевъ:	78 смертныхъ = 20,7 ⁰ /%.
»	6"—8";	129 »	42 » = 32,6 ⁰ /%.
»	9"—20";	11 »	7 » = 63,6 ⁰ /%.

*) London obst. transact. Vol. V. 1864. стр. 60.

Определить относительное число смертных случаев вследствие Shock'a, в томъ смыслѣ, какъ его понимаетъ Вегнеръ—возможно лишь съ большимъ трудомъ. Въ прежнее время весьма многія явленія послѣ оваріотоміи обозначали словомъ «истощеніе», «collapsus» или «Shock», между тѣмъ какъ въ сущности они представляли ничто иное, какъ весьма скоротечную септикемию. Можно утвердительно сказать, что и теперь довольно часто происходятъ подобныя ошибочныя опредѣленія, въ особенности, если вскрытіе не было произведено. Вообще можно сказать, что смерть отъ истощенія послѣ оваріотоміи вовсе не играетъ такую важную роль, какую ей удѣляли въ прежнее время, да и Вегнеръ, въ этомъ отношеніи, заходитъ слишкомъ далеко, хотя онъ и не даетъ на этотъ счетъ точныхъ выводовъ.

Таблица Sp. Wells'a заключаетъ въ себѣ описаніе 500 операций, изъ которыхъ, какъ значитъ тамъ, 30 окончились смертью отъ истощенія, Collaps'a или Shock'a; но изъ этихъ 30 смертныхъ случаевъ, 4 падаютъ на 3-й, одинъ на 4, три на 5, а одинъ даже на 18 день. Слѣдовательно, остаются только 21 случай смерти, происшедшей въ первые два дня послѣ операціи; при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что въ этихъ 21 случаяхъ причиною смерти нельзя считать Shock въ обширнѣйшемъ смыслѣ этого слова. 21 случай составляютъ 4,2% изъ числа 500 операций, что приблизительно составитъ 17% всѣхъ 127 смертныхъ случаевъ. Процентное число это, какъ замѣчено было выше, безъ сомнѣнія, еще слишкомъ велико. Если намъ скажутъ, что изъ 7 послѣдовательныхъ операций (№ 287—293), окончившихся смертью, въ одномъ случаѣ смерть произошла отъ воспаленія брюшины, въ остальныхъ же 6-ти, отъ «истощенія» (Exhaustion) или Шока, то мы не ошибемся, утверждая, что во всѣхъ семи случаяхъ она произошла отъ септического зараженія крови. На 56 операций, изъ которыхъ 20 окончились смертью, мнѣ пришлось потерять только одну больную вследствие Шока, спустя 15 часовъ послѣ операціи. Въ данномъ случаѣ (Наблюд. 2) опухоль была вѣсомъ въ 60—70 фунтовъ и спрслась почти со всѣхъ сторонъ съ окружающими ее органами и тканями; кромѣ того у меня скончалась еще одна больная на 2-й день, но смерть въ сущности произошла отъ значительной потери крови во время операціи, отъ которой больная не могла оправиться.

Чтобы признать причиною смерти Шокъ, слѣдуетъ строго придерживаться правила, которое высказали Сегну и Нуссбаумъ, а именно, что его слѣдуетъ признавать лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда пациентки вообще не могли оправиться тотчасъ послѣ операціи и затѣмъ все время до самой смерти находились въ состояніи опаснаго для жизни Collaps'a.

Если уже теперь хирурги пришли къ тому убѣжденію, что смерть послѣ оваріотоміи въ меньшинствѣ случаевъ происходитъ отъ Шока, то можно быть увѣреннымъ, что въ будущемъ это число еще болѣе сообразится, чему весьма много способствуютъ остроумныя изслѣдованія Вегнера, которыя разъясняютъ намъ до очевидности всѣ причины опасности и въ тоже время указываютъ намъ какими средствами можно устранить эту опасность.

Опасность эта будетъ зависѣть не только отъ сложности самой операціи, но и отъ опытности хирурга, отъ скорости, съ какою онъ устраняетъ всѣ

затруднения и отъ его умѣнья избѣгать ненужнаго, обнаженія внутренностей и лишней потери крови. Поэтому не слѣдуетъ считать случайностью, а напротивъ объяснять вышеупомянутыми обстоятельствами—тотъ фактъ, что у Т. Кейта изъ первыхъ 42 оперированныхъ женщинъ всего 5 умерло въ теченіи первыхъ 2 дней, начиная же отъ 45 операціи и до 200-й ни одна больная не скончалась раньше 3-го дня. Слѣдовательно, изъ 33 смертельныхъ случаевъ Кейта, всего 5 приходится на Шоувъ, т. е. меньше 6-й части. Профилактическія мѣры очевидны послѣ всего вышесказаннаго. Терапевтическое леченіе изложено выше при рассмотрѣніи *collaps'a*. Обвиваніе конечностей, а также и переливаніе крови, поэтому, заслуживаютъ еще большаго вниманія, чѣмъ имъ удѣляли до сихъ поръ.

§ 220. Значительныя кровотеченія послѣ окончанія операціи происходятъ большею частію изъ ножи. При всѣхъ способахъ леченія ножи наблюдались послѣдовательное кровотеченіе и истиченіе кровью изъ нея, иначе однако при перевязкѣ и погруженіи ножи. Приключеніе это и въ прежнія времена случалось не рѣдко, почему хирурги уже съ давнихъ поръ опасались примѣнять этотъ способъ леченія ножи. Даже и теперь нѣкоторые хирурги указываютъ на это обстоятельство, какъ на главное основаніе противъ погруженія ножи.

Послѣдовательное кровотеченіе изъ ножи происходитъ въ большинствѣ случаевъ на первый или второй день. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно появлялось и позже (см. ниже случай Кэберле). Иногда причиною кровотеченія является сильная рвота или какое либо другое напряженіе брюшнаго пресса, обуславливающее расхожденіе шва. Помимо ножи послѣдовательныя кровотеченія въ рѣдкихъ случаяхъ происходили еще изъ пораненныхъ поверхностей перерѣзанныхъ спаекъ.

Для лучшаго объясненія этого явленія приводимъ слѣдующіе случаи:

Мозетягъ (Wien. med. Presse, 1868. No 48, 49) перевязалъ ножку при одной операціи и фиксировалъ ее посредствомъ Петятовой иглы. Больная скончалась на 3 день послѣ операціи. При вскрытіи въ полости живота найдено около 500 граммъ свѣжей крови.

Солли (Lond. gaz. Juli 1846) наблюдалъ у одной больной значительное послѣдовательное кровотеченіе на 2-ой день послѣ операціи. Рана была распита, и оказалось, что перевязка соскользнула съ ножи; въ полости живота нашли около 17 граммъ крови. Больная умерла во время вторичной операціи.

Штиллингъ (die extraperit. Methode der Ovariectomie стр. 5) наблюдалъ случай смертельнаго кровотеченія изъ ножи, которое наступило лишь на 4-ый день.

Гринъ (Boston med. Journ. April 30. 1868) перевязалъ въ одномъ случаѣ ножку, затѣмъ погрузилъ ее въ полость живота; а лигатуры онъ вывелъ наружу. На третій день наступило истеченіе кровью. Послѣдовательное кровотеченіе не всегда однакожъ бываетъ смертельно. Своевременныя энергичныя мѣры могутъ устранить смертельный исходъ.

Чарльсъ Клей перевязалъ и погрузилъ весьма толстую ножку. Когда же на 2-ой день наступило значительное послѣдовательное кровотеченіе, то онъ снова вскрылъ рану и вторично перевязалъ ножку. Больная выздоровѣла, несмотря на то, что послѣ кровотеченія развился сильный перитонитъ. 16 лѣтъ спустя W. L. Atlee также удачно вырѣзалъ у той же больной второй яичникъ.

Sp. Wells, въ своемъ 39 случаѣ овариотоміи, перевязалъ проволокой тонкую ножку и зашилъ ее въ рану живота. Спустя 5 часовъ послѣ операціи наступило значительное кро-

вотеченіе. Отыскавъ на ножкѣ мѣсто, изъ котораго струилась кровь, не было возможности; повидимому источникъ кровотеченія находился на томъ мѣстѣ, гдѣ вѣззалась проволока. Уэ л л с ъ перевязала короткую ножку въ трехъ мѣстахъ. Во все это время пациентка находилась въ постоянномъ обморокѣ; оказалось, что позади матки образовалась кровяная опухоль (haematocoele), которую можно было прощупать изъ влагалища и которая все болѣе и болѣе увеличивалась. Уэ л л с ъ прокололъ эту опухоль, причемъ изъ нея вытекло 8 унцій вонючей жидкости темнаго цвѣта. Больная выздоровѣла.

Кэ бер л é (operations d'ovariotomie стр. 59.) наложилъ однажды на короткую ножку круговой зажимъ, который былъ снятъ на 4-ый день; а на 11 день удалили остатки ножки. На слѣдующій день произошло кровотеченіе изъ артерій въ глубоко втянувшемся рубцѣ. При помощи *Styptica* кровотеченіе удалось приостановить, но на другой день оно возобновилось еще съ большей силой. Тогда Кэ бер л é, погрузивъ 2 пальца въ воронкообразное углубленіе раны, раздвинулъ края ея на 10 цтм., прижалъ *Arteria ovarica*, сперва пальцами, а затѣмъ введенными туда щипцами, которые оставались въ полости брюшины, между всѣми ипшенными петлями, въ продолженіи 5 дней. Полость живота была очищена отъ ступткоть, и больная выздоровѣла.

Кровотеченія изъ другихъ мѣстъ встрѣчаются рѣже. Одна пациентка Ч а р л с а К л е я (*Lond. obst. transact. Vol V, 1864 стр. 60*) скончалась отъ послѣдовательнаго кровотеченія изъ пораненныхъ поверхностей спаекъ. Р е а с л е е (*ovar. tumours стр. 499*) потерялъ большую суету 4 часа послѣ операціи. Вскрытіе обнаружило разрывъ вѣннаго сплетенія, лежаваго выше лигатуры ножки. Во время закрытія раны живота кровотеченія не было.

В а у л е с с (*St. Louis. Med. and surg. Journ. March 1853*) видѣлъ даже случай истеченія кровью изъ одной артеріи покрововъ живота. Кровотеченіе наступило спустя 20 часовъ послѣ операціи. Въ полости живота найдено до 2-хъ квартъ крови.

Шнигельбергъ (*Arch. f. Gyn. I стр. 68*) вынулъ внутри связочную опухоль яичника, причемъ пришлось перевязать много сосудовъ. Больная истекла кровью въ 23 часа.

Берне (*Gaz. med. de Lyon 1867, No 23*) фиксировалъ въ одномъ случаѣ, посредствомъ ланцетовидной иглы, ножку въ нижнемъ углу раны. На пятый день края угла раны разошлись и больная скоро истекла кровью.

Одна пациентка Бруант'а (*Lond. obst. transact. VI. 1865, стр. 47*) скончалась въ день самой операціи. Полость живота оказалась наполненною кровью; однако, ножка, благодаря лигатурамъ, сохранена въ цѣлости. В г у а н т предположилъ, что кровь влилась изъ артеріи ложной черепонки.

Кэ бер л é удалось однажды (*Gaz. des hôp. 1868. No 7*), прижатіемъ ножки черезъ покровы живота, остановить значительное послѣдовательное кровотеченіе изъ нея, наступившее на 9-ый день.

То обстоятельство, что въ прежнее время гораздо большее число больныхъ истекало кровью изъ ножки, зависѣло въ сущности отъ того, что прежде ножку никогда не перевязывали въ нѣсколькихъ мѣстахъ, а напротивъ того, всегда перевязывали *in toto*, и это весьма важно имѣть въ виду при перевязкѣ. Что касается до другихъ профилактическихъ мѣръ, то о нихъ уже было подробно говорено выше, при разсмотрѣніи техническихъ приѣмовъ (см. § 168). Одно предохраненіе ножки посредствомъ сжиманія проволочной петли, повидимому, особенно опасно, потому что отъ давленія проволоки ножка дѣлается тоньше на соответственномъ мѣстѣ, и въ такомъ случаѣ неупругая проволочная петля перестаетъ сжимать ножку. Совсѣмъ другое дѣло, когда употребляютъ нитки изъ шелка, льна или вѣтгута; въ особенности это относится до послѣдняго матеріала, который, благодаря своей упругости, несомнѣнно предохраняетъ отъ расслабленія шва и отъ послѣдовательнаго кровотеченія.

§ 221. Септикемія и перитонитъ чаще другихъ причинъ обуславливаютъ роковой исходъ. Если даже клиническія и опытные изслѣдованія за

последнія 15 лѣтъ и не объяснили намъ сущности септического зараженія, однакожь, нельзя сказать, что они намъ не указали на источники септической заразы, на ея дѣйствіе и распространеніе въ тѣлѣ и наконецъ на клиническое теченіе и патологическія измѣненія этой болѣзни. Познанія наши въ этомъ отношеніи умножились еще, благодаря наблюденіямъ за общимъ состояніемъ больныхъ, которыя не подверглись септикѣміи (остались асептическими), только благодаря Листеровскому образу дѣйствія.

Намъ теперь достоверно извѣстно, что самыя сложныя операціи не обуславливаютъ еще появленія лихорадки, если только было устранено всякое септическое зараженіе. Мы знаемъ какъ разнообразны клиническія картины различныхъ септическихъ зараженій; знаемъ также, что самыя скоротечные случаи септикѣміи весьма часто протекаютъ безъ воспалительныхъ процессовъ въ серозныхъ оболочкахъ и другихъ важныхъ органахъ. Точно также намъ стало извѣстнымъ, что патолого-анатомическія изслѣдованія относительно измѣненной крови, селезенки и прочихъ крупныхъ желѣзъ — могутъ быть почти отрицательными. Почему жидкость такъ быстро всасывается послѣ оваріотоміи, объясняетъ намъ анатомическое строеніе брюшины — съ которымъ насъ ознакомилъ Релинггаузенъ; опыты же Вегнера выяснили намъ клиническіе факты и указали намъ на главные моменты, способствующіе всасыванію изъ брюшиннаго мѣшка.

Изъ совокупности явленій и болѣе расширенныхъ свѣдѣній о септикѣміи можно, вмѣстѣ съ *Marion Sims*, вывести то заключеніе, что громадное большинство женщинъ, скончавшихся въ первую недѣлю послѣ оваріотоміи, въ сущности погибли отъ септического зараженія. Впервые высказалъ эту мысль, и при томъ вполне опредѣленно, Маріонъ Симсъ (1872). Онъ показывалъ также, что присутствіе или отсутствіе перитонита почти не имѣетъ никакого вліянія на смертельный исходъ и что септикѣмія можетъ протекать безъ воспаленія, брюшины и дѣйствительно часто протекаетъ безъ него. Если, далѣе, Симсъ указываетъ на постоянное присутствіе въ брюшинномъ мѣшкѣ разлагающейся жидкости, на которую можно смотрѣть какъ на причину септического зараженія, то и съ этимъ можно согласиться; но нельзя согласиться съ тѣмъ, что присутствіе ея уже доказываетъ существованіе септикѣміи. Напротивъ того, въ смертельныхъ случаяхъ скорѣе уже говорятъ въ пользу септикѣміи: совокупность и взаимная связь явленій, клиническое теченіе болѣзни, и, при вскрытіи, весьма частое отсутствіе какихъ бы то ни было мѣстныхъ заболѣваній, которыя можно было бы признать за причину смерти, а подчасъ и положительныя данныя, наблюдаемыя на трупѣ. Перитонитъ, самъ по себѣ, весьма рѣдко обуславливаетъ смертельный исходъ, хотя нѣтъ сомнѣнія, что онъ при септикѣміи ускоряетъ наступленіе послѣдняго. Перитонитъ, какъ и септикѣмія, послѣ оваріотоміи должны быть разсматриваемы какъ слѣдствія однихъ и тѣхъ же причинъ; разлагающееся содержимое полости живота дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на брюшину и въ тоже время, благодаря всасыванію той же жидкости, появляется болѣе или менѣе скоротечное септическое зараженіе, ведущее, большею частью, но отнюдь не всегда, къ смерти. Выпотъ воспаленной брюшины, смѣшиваясь съ кровяными

жидкостями, скопившимся въ полости живота при операціи—быстро разлагается, становится грязнымъ, ихорознымъ и увеличиваетъ гнилостное зараженіе, если только дѣло доходить до дальнѣйшаго всасыванія. Смертельный исходъ отъ одного перитонита можетъ произойти вслѣдствіе чрезмѣрнаго развитія метеоризма живота, значительнаго приподнятія діафрагмы и слѣдующаго затѣмъ удушья. Къ счастью, такой рѣзко выраженный перитонитъ случается рѣдко.

Вышеизложенное соотношеніе между перитонитомъ и септикеміей заставляетъ насъ еще прежде, чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію болѣе точныхъ критерій относительно септикеміи *intra vitam* и *post mortem*, оба эти состоянія соединить въ одно, по отношенію къ причинамъ смертельнаго исхода. Можно, пожалуй, сдѣлать исключеніе для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ перитонита, когда воспаленіе не слѣдуетъ непосредственно за операціей, а, напротивъ того, появляется въ болѣе поздній періодъ времени, напр. вслѣдствіе прободенія кишки и другихъ подходящихъ приключеній. Однако, большинство разлитыхъ воспаленій брюшины совпадаетъ съ развитіемъ септического зараженія.

Указавъ сію минуту на то, что перитонитъ нераздѣльно съ септикеміей представляетъ ближайшую причину смертельнаго исхода, я этимъ самымъ допускаю, что въ отдѣльныхъ случаяхъ трудно, или даже невозможно, опредѣлить развитіе септикеміи. Поэтому всѣ статистическія таблицы относительно причинъ смертельнаго исхода послѣ овариотоміи должны страдать нѣкоторою неточностью и будутъ отражать личные взгляды составителя ихъ. Старыя статистическія собранія фактовъ потому именно и имѣютъ мало значенія, что мы въ послѣднее время значительно обогатили наши знанія и взгляды на счетъ септического зараженія крови. Тѣмъ не менѣе, я полагаю, будетъ не безинтересно взглянуть на сколько съ теченіемъ времени на этотъ счетъ измѣнились взгляды. Такъ Джонъ Клей, изъ 150 смертельныхъ случаевъ, считаетъ причиною смерти развитіе перитонита въ 64-хъ, причѣмъ въ его таблицахъ ни разу не встрѣчается названія сколько нибудь равнозначущаго названіямъ «піемія», «септикемія». Пизли, изъ числа 51 смертныхъ случаевъ, взятыхъ изъ сочиненій различныхъ хирурговъ, въ 12 случаяхъ полагаетъ причиною смерти перитонитъ и въ 9 септикемію. Сп. Уэллсъ, изъ 128 собственныхъ смертныхъ случаевъ, полагаетъ въ 9 случаяхъ перитонитъ; въ 3 случаяхъ — септической; въ 21 — септикемію; въ двухъ — піемическую лихорадку и еще въ нѣсколькихъ — хроническій перитонитъ. Кэберле, изъ 36 смертныхъ случаевъ изъ своей практики, причину смерти приписываетъ въ 10 случаяхъ—септикеміи (причемъ въ двухъ изъ нихъ произошло послѣдовательное крововизліаніе), въ 5—септикеміи и перитониту; въ 12—одному перитониту. Поэтому, если мы, по нашему разумѣнію, причислимъ случаи перитонита къ септикеміи, то окажется, что у Кэберле изъ 36 смертныхъ случаевъ 27 приходятся на септикемію. Симсъ понимаетъ септикемію шире другихъ хирурговъ; такъ напр. онъ принимаетъ, что изъ числа 39 смертныхъ случаевъ (исторіи болѣзней которыхъ изложены въ сочиненіи Сп. Уэллса) 34 приходятся на септикемію и три на піемію, между тѣмъ какъ самъ Уэллсъ причиною смерти только въ двухъ случаяхъ полагаетъ піемію, въ 7—септикемію и въ 12—перитонитъ.

Изъ 20 смертныхъ случаевъ изъ моей собственной практики, я въ 14

случаяхъ причиной смерти послѣ оваріотоміи полагаю септикемію, и нахожу, что это число незначительно въ сравненіи съ вышеприведенными числами. Сюда можно, пожалуй, отнести еще два случая, которые протекали при явленіяхъ закрытія (occlusio) кишекъ. Изъ числа 14 смертныхъ случаевъ отъ септикеміи, въ 7 случаяхъ сопутствовали ей разлитой перитонитъ; въ 7 же остальныхъ послѣдняго вовсе не было или же существовало только ограниченное воспаленіе брюшины. Поэтому, нисколько не будетъ ошибочно, если изъ всего числа смертныхъ случаевъ послѣ оваріотоміи, мы $\frac{3}{4}$ изъ нихъ положили на септикемію.

§ 222. Теченіе и симптомы септикеміи послѣ оваріотоміи весьма разнообразны. Начало заболѣванія выпадаетъ б. ч. на первый день послѣ операціи; низкая температура смѣняется повышенной быстро, чѣмъ въ другихъ случаяхъ. Въ первые 12 часовъ температура, б. ч. не превышаетъ 39° ; но затѣмъ быстро восходитъ до 40° , 41° и иногда даже до 42° ; причѣмъ по утрамъ обыкновенно наблюдаются послабленія; однако бывають также случаи, когда температура на день, на два снова падаетъ ниже 39° , чтобы, наконецъ, снова подняться. Бывають дни, когда наблюдаются только умеренныя повышенія температуры (до 39°), пока, наконецъ, въ послѣдній день она достигаетъ 40° и сверхъ того.

Изъ всего этого казалось бы, что теченіе лихорадки не имѣетъ ни малѣйшаго діагностическаго значенія; но учащенный съ самаго начала и непрерывно учащающійся пульсъ скорѣе выясняетъ наблюдателю значеніе повышенной температуры. Если уже въ первыя сутки послѣ операціи пульсъ превышаетъ 100, то это почти всегда означаетъ, что либо онъ былъ таковымъ уже до операціи, или онъ обусловленъ значительной потерей крови. Если температура остается умеренно повышенной и въ тоже время пульсъ относительно чрезмѣрно учащенъ и продолжаетъ учащаться, то съ большою вѣроятностью можно предположить существованіе септикеміи. Если пульсъ доходитъ выше 130—140, то едва ли можно рассчитывать на благополучный исходъ.

Перитонитъ, сопровождающій обыкновенно септические процессы, появляется б. ч. въ формѣ умеренно-скоротечной; первые признаки его обнаруживаються болѣзненностью при надавливаніи и умереннымъ тимпанитомъ уже въ теченіи первыхъ сутокъ послѣ операціи. Самопроизвольныя боли б. ч. не особенно сильны; тимпаниты же въ свою очередь не всегда одинаково рѣзко выражены, и только рѣдко достигаютъ высшей степени своего развитія, какъ это часто бываетъ при пuerperальномъ перитонитѣ. Довольно долго вовсе не бываетъ значительнаго вздутія живота газами. Однако, животъ никогда не остается такимъ плоскимъ, и не представляетъ столько складокъ, какъ непосредственно послѣ операціи и такимъ онъ оказывается при отсутствіи лихорадочнаго состоянія, даже еще и на 8-й день.

Рвота составляетъ иногда самый несносный припадокъ; она усиливаетъ боли, можетъ обусловить появленіе послѣдовательныхъ кровотеченій изъ пораженныхъ поверхностей, препятствуетъ ограниченію перитонита и можетъ, на-

конецъ, обусловить расхождение краевъ раны. По истеченіи 3, 4 дней, если только не наступилъ смертельный исходъ, боли обыкновенно утихаютъ, даже совершенно исчезаютъ, точь въ точь, какъ это бываетъ при пuerperальномъ и септическомъ перитонитахъ. Рвота обыкновенно продолжается также только нѣсколько дней, между тѣмъ какъ метеоризмъ тянется до самаго конца.

Въ случаяхъ септикэміи безъ перитонита, или по крайней мѣрѣ безъ разлитого перитонита, можетъ также между прочимъ существовать рвота и даже упорная. Подобные случаи я всегда считалъ опасными. На 2-й или на 3-й день у больной появляется рвота, причемъ отсутствуютъ всѣ остальные признаки перитонита. Позднее наступленіе рвоты не дозволяетъ объяснять ее дѣйствіемъ наркоза. Всѣ противорвотныя средства не оказываютъ никакого дѣйствія. При отсутствіи какихъ бы то ни было мѣстныхъ явленій, наблюдается быстрое повышение температуры и еще сильнѣйшее учащеніе пульса. Если рвота продолжалась въ теченіи цѣлаго дня, то у больной обнаруживается замѣтный collapse, и діагнозъ септикэміи б. ч. несомнѣненъ. Въ этихъ случаяхъ рвота является однимъ изъ первыхъ симптомовъ септического зараженія крови.

Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ смертельному исходу предшествуютъ значительныя расстройства въ сферѣ сознанія. Бредъ въ этихъ случаяхъ имѣетъ то же роковое значеніе, что и при пuerperальной септикэміи. Я его наблюдалъ лишь въ однихъ смертельныхъ случаяхъ. Бредъ обыкновенно бываетъ легкій; въ весьма исключительныхъ случаяхъ больныя сильно метаются, хотятъ выскочить изъ постели и не узнаютъ болѣе окружающихъ. Въ такихъ случаяхъ, очень часто за день или за два до смерти, можно замѣтить чрезмѣрно сгузвившіеся зрачки, явленіе, которое, однакожъ, нельзя приписать дѣйствію морфія.

Смертельный исходъ отъ септикэміи весьма рѣдко наступаетъ на 2 день; большею же частью между 3 и 7 днемъ.

Исторія болѣзни: Р. Г. 37 лѣтъ. Большая, равнобрно заглобляющаяся опухоль. Предварительный проколъ не былъ сдѣланъ. При ovariotomii послѣ перваго укола троакаромъ вытекаетъ почти вся жидкость. Однокамерную по природѣ опухоль легко было притянуть въ разрѣзъ раны, длиною въ 13 сент. Отсутствіе срощеній. Изъ порѣзанной раны весьма незначительное количество крови излилось въ полость живота. Пижка перевязана катгуттомъ на двѣ части. Лѣвый яичникъ не увеличенъ, скрывается за спайками, однакожъ прощупывается. Матку, находящуюся въ состояніи retroversionis, приподымаютъ. Въ cavum recto-uteri vidni многочисленныя, тонкія спайки. Послѣднія однакожъ не препятствуютъ проведенію толстой каучуковой дренажной трубки въ cavum Douglasii. Складчатый шовъ. Операция произведена при карболовомъ орошеніи и по всѣмъ правиламъ антисептики. Излившаяся жидкость вѣсила 27 фунтовъ. Послѣ операціи темп. 36, 7. Пульсъ 60.

Пропрыскиваютъ растворомъ салициловой кислоты. Часть спустя пропусканіе жидкости уже болѣе не удается; точно также не удается очистить дренажную трубку посредствомъ висящей на ниточкѣ, протянутой черезъ трубку губки.

Вытаскиваютъ дренажную трубку и находятъ, что она на протяженіи нѣсколькихъ дюймовъ закупорена сальникомъ, проскользнувшимъ черезъ одно изъ отверстій. Затѣмъ въ теченіи первыхъ сутокъ промываютъ трубку черезъ часть, потомъ черезъ каждые два часа, а съ конца третьяго дня черезъ каждые 3 часа. Только при первыхъ промываніяхъ къ пропускаемой водѣ примѣшивалось нѣсколько кровяной жидкости; а затѣмъ она протекала совершенно прозрачно; съ третьяго дня въ ней появилась гнилая муть.

Въ первые сутки температура на короткое время поднялась до 38,5°, но затѣмъ она снова упала до 37,8°. Пульсъ колебался между 68 и 80. Въ теченіи первыхъ сутокъ рвота повторилась три раза. Въ началѣ 2-го дня пульсъ доходитъ до 100, даже до 106. Температура же все еще ниже 38,2°. Рвота не прекращается. Появляются отрыжка и тимпанитъ. Въ концу 2-го дня collars стали уже замѣтными. Глаза впалые. Предчувствіе смерти.

Въ теченіи 3-го дня пульсъ дошелъ до 126. Температура не выше 38°. Тошнота и рвота не даютъ покоя больной. Сильное вздутіе живота газами. Только въ началѣ 4-го дня температура поднялась выше 38°. Пульсъ уже 144. Неравнобѣрное распредѣленіе теплоты. Лице пунцоваго цвѣта.

5-й день. Пульсъ едва ощутимъ. Температура повышается до 40,7°. Зрачки сужены. Бредъ. Больная скончалась въ концѣ 5 дня. При вскрытіи кишки оказались вздутыми, но не содержали выпота. Только на отдѣльныхъ петляхъ въ маломъ и больномъ тазу наблюдались незначительныя пленки. Въ полости малаго таза находилось небольшое количество мутной жидкости. На маткѣ тонкія фибринозныя налеты. На перевязанной ножкѣ видны хорошо сидящія лигатуры; ножка же здорова на видъ. Селезенка не увеличена, не размягчена, не налилась кровью. Остальныя данныя вскрытія не представляютъ ничего выдающагося.

Зараженіе, безсомнѣнія, здѣсь произошло послѣдовательно черезъ дренажную трубку, такъ какъ при операциі соблюдались всѣ правила антисептики. Совершенно излишне еще разъ доказывать неумѣстность дренажа въ данномъ случаѣ.

Предсказаніе имѣеть отличную опору въ измѣненіяхъ пульса. Однако, индивидуальныя особенности и тутъ могутъ повести къ ошибкамъ. По этой причинѣ, я настаиваю на неоднократномъ изслѣдованіи пульса больной еще до операциі. Чѣмъ больше несоотвѣтствіе между пульсомъ и температурой, тѣмъ хуже предсказаніе.

Повторная рвота, если только она наступаетъ не въ первые 12 часовъ, и когда, слѣдовательно, ее нельзя сводить на дѣйствіе хлороформа, всегда имѣеть дурное значеніе. Если она продолжительна, затягивается на день, на два, то почти всегда допускаеть дурное предсказаніе. Тоже можно сказать и относительно икоты (*singultus*); однако, послѣдняя наблюдается также и въ нѣкоторыхъ случаяхъ выздоровленія, но только кратковременно и въ незначительной степени. Влажный языкъ и теплый потъ наблюдаются такъ часто при уже рѣзко выраженной септикеміи, что они, какъ признаки, не имѣють никакого значенія, въ сравненіи съ другими симптомами дурнаго предзнаменованія.

Пунцовыя щеки и въ то же время холодныя конечности, бредъ, и сильно сгузившіеся зрачки указываютъ на приближающуюся агонію.

§ 223. Если мы выше говорили, что какъ септикемія, такъ и перитонитъ нераздѣльно обуславливаютъ смертельный исходъ, то это относится къ различнымъ, острымъ воспаленіямъ брюшины, которыя обыкновенно и сопровождаютъ септикемію. Съ другой стороны, нельзя сказать, чтобы перитонитъ, самъ по себѣ, не обуславливалъ смерти, если даже и не предшествовало ему септическое зараженіе крови. Въ извѣстномъ мѣстѣ брюшины можетъ развиваться ограниченное воспаленіе; затѣмъ происшедшій выпотъ окружается, какъ бы, капсулой, благодаря спаянію кишекъ, и тѣмъ самымъ дѣлается безвреднымъ для организма. Вслѣдствіе этого утолщается часть брюшины, окружающая воспалительный фокусъ, и тѣмъ утрачиваетъ въ значительной степени свою всасывающую способность. Если, однакожъ, происходитъ ихорозный распадъ гной-

наго фокуса, то даже незначительное количество всосавшейся жидкости может обусловить лихорадочное состояніе, которое еще болѣе изнуряет тѣло больной, и она въ концѣ концов умираетъ отъ мазама. Однако, смерть часто происходитъ еще другимъ путемъ. Въ венныхъ стволахъ, лежащихъ вокругъ ихорознаго фокуса, образуются тромбы, которые потомъ распадаются и ведутъ къ развитію піеміи или эмболии въ *art. pulmonalis*. Въ другихъ случаяхъ ихорозный фокусъ вскрывается въ полость брюшины и ведетъ къ развитію разлитого перитонита, который, благодаря всасыванію ихора, т. е. путемъ септикеміи, обуславливаетъ смерть.

Исходы такихъ ограниченныхъ воспалительныхъ фокусовъ послѣ оваріотоміи бываютъ различны; чаще всего мѣстомъ для этихъ нарывовъ является полость малаго таза. Жидкости—кровь и содержимое кисты,—попадая во время операціи въ полость живота, скопляются въ самомъ глубокомъ мѣстѣ брюшиннаго мѣша и, если не происходитъ всасываніе септического вещества, немедленно ведущее къ смерти, то скопившаяся жидкость можетъ облечься капсулой. Основаніе и боковыя стѣнки нарыва образуютъ дно таза, стѣнки матки и прямая кишка, *lig. lat.*, между тѣмъ какъ сальникъ и кишечныя петли отдѣляютъ его сверху отъ брюшинной полости. Затѣмъ, весьма часто исходными точками для образованія нарывовъ являются мѣста, гдѣ приходится разсѣвать обширныя сращения, наконецъ, какъ уже выше сказано, ножка и рана живота. Размѣры нарывовъ также разнообразны какъ и мѣсто нахожденія ихъ. Отъ послѣднихъ двухъ обстоятельствъ зависитъ, можно ли его прощупать и откуда именно, изъ влагалища или черезъ покровы живота.

Образованіе нарывовъ, понятно, сопровождается лихорадкой и, болѣе или менѣе ясно выраженными, явленіями перитонита. Обыкновенно лихорадка начинается уже въ первые дни послѣ операціи, и только въ рѣдкихъ случаяхъ на 2-й недѣлѣ. Однакожъ отсутствуютъ же явленія *collaps'a* и постоянно уско-ряющійся малый пульсъ, которые обыкновенно характеризуетъ разлитой септической перитонитъ; отсутствуетъ б. ч. также и рвота, но крайней мѣрѣ продолжительная. Лихорадка однакожъ можетъ затянуться, можетъ также принять характеръ изнурительной, и длиться до тѣхъ поръ, пока выпотъ не вскрыется благополучно наружу и *eo ipso* подвинетъ больную по пути къ выздоровленію. Въ противномъ же случаѣ, когда нарывъ вскрывается въ полость живота, то смерть не заставляетъ себя долго ждать. Такъ одна націентка Фергюссона скончалась на 16 день послѣ операціи, благодаря лишь тому, что какой то нарывъ вскрылся въ полость живота.

Нѣтъ сомнѣнія, что случаи эти имѣютъ болѣею частью благопріятный исходъ. Такъ Хегаръ, изъ 15-ти послѣдовательныхъ случаевъ выздоровленія, видѣлъ въ трехъ изъ нихъ образованіе подобныхъ нарывовъ, которые, однакожъ, не вскрылись ни въ просвѣтъ кишки, ни въ полость живота.

У Кэберле на 120 оваріотоміи пришлось 9 случаевъ образованія нарывовъ между пластинками брюшины. За исключеніемъ одной, у которой нарывъ въ *excavatio vesico-uterina* вскрылся въ полость брюшины, всѣ его больныя выздоровѣли; въ трехъ случаяхъ нарывы, лежавшіе въ тазу, вскрылись во влагалище. Въ четвертомъ—въ кишку; а затѣмъ въ одномъ случаѣ нарывъ въ

fossa iliaca и еще нѣсколько нарывовъ подѣ стѣною живота были вскрыты ножемъ. Въ одномъ случаѣ нарывъ вскрылся наружу черезъ рубецъ живота.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ смерть однакожь наступаетъ вслѣдствіе вскрытія нарыва въ полость живота или вслѣдствіе развитія хронической септикэмии, или медленно развивающейся лихорадки, благодаря всасыванію ихора. Смерть въ этихъ случаяхъ обыкновенно наступаетъ по истеченіи многихъ недѣль, даже мѣсяцевъ послѣ операціи.

§ 224. Въ подобныхъ случаяхъ энергичное хирургическое леченіе можетъ, конечно, при своевременномъ внимательствіи со стороны хирурга, принести громадную пользу и даже отворотить смертельный исходъ. Т. Кейтъ, Р. Пизли, Кимбаллъ и Кэберле, во множествѣ случаевъ, при появленіи признаковъ, характеризующихъ септикэмію, отыскивали воспалительный фокусъ, вскрывали нарывы, промывали ихъ и затѣмъ проводили въ нихъ дренажныя трубки, которыя они не вынимали впродолженіи нѣсколькихъ недѣль. Если въ excavatio recto-uterina скопился выпотъ и если послѣдній облекая капсулой, то получается упругая или зыблющаяся опухоль, которую можно прощупать изъ влагалища и тамъ же ее вскрыть. Въ другихъ же случаяхъ удастся прощупать подобныя опухоли черезъ покровы живота и вскрыть ихъ этимъ путемъ. Если онѣ лежатъ вблизи или непосредственно позади разрѣза живота, что большею частію и бываетъ, то весьма рачіонально снова раздѣлнить края раны и провести дренажъ для свободнаго стока выпота. Совѣтъ Пизли, въ подобныхъ случаяхъ, промывать полость живота, кажется, не пригоденъ для большинства изъ нихъ, по той простой причинѣ, что вскрываютъ обыкновенно ограниченную часть брюшиннаго мѣшка, въ которую только и попадаетъ впрыскиваемая жидкость. Кэберле въ подобныхъ случаяхъ вводитъ въ отверстіе стекляную трубку, открытую съ обоихъ концовъ, между тѣмъ какъ Пизли, опасаясь, что такимъ путемъ можетъ развиться септикэмія, затыкаетъ отверстіе пробкой, которую онъ удаляетъ на время передъ каждымъ впрыскиваніемъ жидкости. Самымъ вѣрнымъ и безопаснымъ средствомъ для большинства случаевъ вскрытія нарывовъ черезъ покровы живота, является въ настоящее время Листеровская повязка. Если, однакожь, вскрытая полость вполне отдѣлена отъ остальной части брюшинной полости, то въ нѣсколькихъ запущенныхъ случаяхъ совершенно достаточно затампонировать отверстіе корпией, пропитанной карболовымъ масломъ, и въ то же время возможно чаще промывать полость живота антисептическими жидкостями.

Приведемъ рядъ удачныхъ и неудачныхъ вскрытій нарывовъ изъ влагалища и черезъ покровы живота.

52 наблюденіе Кейта. Дермоидная киста. Обширныя сращения. Вторичный разрѣзъ раны живота на 4 день послѣ операціи. Въ выпускаемой жидкости гной. Смерть наступила на 6-й день.

Въ Маѣ 1866г. прокололи опухоль, которая существовала уже два года. Послѣ прокола чрезъ отверстіе вышло всего нѣсколько комочковъ жиру. Опухоль быстро росла и при второмъ проколѣ, спустя $\frac{3}{4}$ года, вытекло густое жирное содержимое, вѣсомъ въ 35 ф. и съ примѣсью волосъ. Непосредственно за вторымъ проколомъ приступили къ вырѣзыванію опухоли.

Опухоль срослась въ маломъ тазу почти со всѣми окружающими органами, и потому пришлось отдѣлать ее отъ матки, мочевого пузыря, отъ основанія и боковыхъ стѣнъ малаго таза и отъ *vasa ilaca*. Однако ни единый органъ не былъ пораненъ при операціи, ножку вывели наружу и тамъ фиксировали.

Пульсъ тотчасъ же дошелъ до 120 и еще до наступленія 4 дня онъ былъ 140. Кожа горяча и суха, животъ плоскій. Изъ влагалища нельзя было прощупать опухоли. Однакожь Кейтъ, въ увѣренности что гдѣ-то въ полости живота должно существовать скопленіе выпота, раскрылъ нижнюю часть раны живота, разрѣзавъ всѣ появившіяся соединенія и вдоль ножки ввелъ упругій катетеръ въ глубину полости живота. Затѣмъ онъ развелъ края раны настолько, чтобы палецъ могъ проникнуть въ глубину брюшной полости. *Excavatio vesico-uterina* оказалась пустой. Онъ затѣмъ производилъ иніекціи черезъ открытую рану, послѣ чего вытекло около 10 унцъ скопившейся тамъ, темнокрасной жидкости. Здоровье больной улучшилось на весьма короткое время, однакожь на 6-й день ея ужъ не было въ живыхъ. Вскрытіе показало, что стѣнки опухоли совершенно здоровы на видъ. Сверхъ того соответственно мѣсту гдѣ спайка была разрѣзана ножемъ, былъ найденъ еще второй, совершенно закрытый нарывъ, въ которомъ содержалось до 4 унцъ кровяной жидкости. Никакихъ дальнѣйшихъ признаковъ перитонита. Въ *sacum Douglasii* всего одинъ унцъ кровяной сыворотки. Смерть въ данномъ случаѣ произошла не отъ зараженія крови, какъ полагалъ Кейтъ, а отъ истощенія.

53 наблюденіе Кейта. Двусторонняя оваріотомія. Ножки нѣтъ. Наложень зажимъ на стѣнки кисти. Ножку 2-го яичника зашили въ рану живота. Лихорадочное состояніе. 3 прокола. Выздоровленіе.

На главную опухоль, лежащую между пластинками *lig. latum*, наложили зажимъ, послѣ чего она почти выполняла только незначительную рану покрововъ живота. На ножку втораго яичника наложили лигатуру и фиксировали ее снаружи. Несмотря на весьма учащенное дыханіе (30—36), больная чувствовала себя хорошо до наступленія 5 или 6 дня, когда у нея появились лихорадка, поносъ и рѣзъ въ животѣ. На 12, 14 и 21 день при посредствѣ троакара были вскрыты нарывы, находившіеся въ различныхъ мѣстахъ малаго таза. Затѣмъ больная, силы которой уже замѣтно упали, окончательно оправилась и на 43 день вышла изъ больницы совершенно здоровой.

Р. Пизли (въ *Americ. Journ. of. med. Sc. Jan. 1856*) приводитъ слѣдующій случай, стоящій первымъ въ ряду большаго множества случаевъ, въ которыхъ применяли одинъ и тотъ же способъ леченія.

Онъ вылучилъ опухоль яичника, изъ которой еще до того вытекло до 106 ф. водяночной жидкости. Опасаясь дальнѣйшаго отдѣленія водяночной жидкости, онъ черезъ отверстіе произведеннаго въ задней части свода влагалища, ввелъ упругій катетеръ въ *sacum Douglasii*, а затѣмъ закупорилъ его пробкой. На 6-й день у больной неожиданно появились явленія септического зараженія крови. По удаленіи пробки, черезъ катетеръ вытекло незначительное количество гнилостной жидкости. Затѣмъ черезъ катетеръ ввели соляной растворъ, повторяя подобныя иніекціи въ теченіи одной недѣли ежедневно по 3 раза. Катетеръ былъ удаленъ и больная скоро выздоровѣла.

Въ другомъ, подобномъ же случаѣ, Пизли продолжалъ иніекціи въ теченіи 59 дней, сперва по 2 раза а затѣмъ по одному разу въ день.

Я полагаю, что въ настоящее время никто болѣе не можетъ сомнѣваться, что на явленіе признаковъ септикеміи повліяла не водяночная жидкость, какъ полагалъ Пизли, а напротивъ того, повліяли инфекціонныя вещества, попавшія въ полость живота изъ влагалища черезъ дренажныя трубки. Наблюденія эти во всякомъ случаѣ интересны, такъ какъ они являются первымъ, при леченіи которыхъ придерживались того вѣрнаго принципа, что продуктамъ разложенія, скопившимся въ брюшинномъ мѣшкѣ слѣдуетъ открыть свободный выходъ, хотя бы смѣлый хирургъ и не замѣтилъ, что онъ въ этихъ случаяхъ самъ создавалъ опасность, которую желалъ избѣгнуть.

Въ 3 случаѣ Пизли опасность исходила отъ скопленія крови, вытекавшей изъ сосудовъ разрѣзаннаго салника. Въ данномъ случаѣ Пизли въ теченіи 78 дней сдѣлалъ 135 иніекціи. Больная выдоровѣла. Пизли особенно желаетъ обратить наше вниманіе на то

что во второмъ случаѣ прошло 4, а въ третьемъ 3 недѣли, пока наконецъ совершенно пропала гнилостный характеръ вытекающаго секрета. Слѣдуетъ однакожъ сказать, что за каждой инъекціей состояніе больной быстро улучшалось на нѣсколько часовъ, но затѣмъ оно снова ухудшалось.

Сп. Уэллсъ экстирпировалъ (случай 101) опухоль за одно съ нормальнымъ яичникомъ, на боковомъ краѣ котораго и сидѣла опухоль. Значительныя срощенія съ салынкомъ и весьма тѣсныя срощенія съ fossa iliaca онъ разъединилъ рукою; срощеніе же съ мочевымъ пузыремъ онъ осторожно отпиренировалъ. Ножка была перевязана и погружена въ полость живота. На 9-й день, послѣ ночи проведенной безъ сна, оперированная захворала, причемъ появились: вздутіе живота, жестокая боля и сухой языкъ, словомъ она производила впечатлѣніе тифозной больной. При изслѣдованіи чрезъ влагалище, Уэллсъ наткнулся на скопленіе жидкости, позади матки, послѣ чего онъ сдѣлалъ проколъ по этому направленію; изъ отверстія прокола вытекло до 5 унцій кровяной вонючей сыворотки. Больная тотчасъ же почувствовала облегченіе, однакожъ на слѣдующій день уже общее состояніе ея здоровья ухудшилось. Послѣ втораго прокола вытекло еще до 10 унцій весьма вонючей, ихорозной жидкости. Затѣмъ провели туда дренажную трубку, которую однакожъ удалили черезъ нѣсколько дней, послѣ чего уже выздоровленіе быстро подвигалось впередъ.

Сп. Уэллсъ и во многихъ другихъ случаяхъ придерживался того же способа леченія. Пациентка (случ. 36) заболѣла 8 недѣль послѣ операціи и 10 дней по выйдѣ изъ заведенія. Больная снова выздоровѣла послѣ прокола, сдѣланнаго черезъ заднюю часть свода влагалища, и послѣ того какъ черезъ отверстіе прокола вытекло значительное количество вонючей кровяной сыворотки и послѣдовало затѣмъ кратковременное нагноеніе и, наконецъ, послѣ того, какъ изъ раны живота, вокругъ самой ножки, вытекло значительное количество вонючаго гноя.

Сюда можно отнести также 39 и 103 случая, изъ которыхъ послѣдній окончился смертью.

Въ 81 случаѣ Уэллсъ слишкомъ поздно выразилъ сожалѣніе, что не сдѣлалъ прокола, такъ какъ при вскрытіи оказалось скопленіе кровяной жидкости въ *sacum Douglasii*.

Фрейнды (Jahresber. v. Virchow. и Hirsch за 1874 стр. 750) точно также на третій день послѣ операціи, когда имѣлись уже явные признаки піеміи, сдѣлалъ проколъ въ *sacum Douglasii*, послѣ чего оттуда вытекло до 8 унцій вонючаго ихора, и больная выздоровѣла не смотря на то, что введеніе дренажной трубки не удавалось.

Слѣдуетъ обратить должное вниманіе на тотъ фактъ, что природа довольно часто сама указываетъ намъ пути, по которымъ должно идти леченіе, потому что довольно часто происходитъ самопроизвольное вскрытіе нарывовъ. Послѣднее особенно легко происходитъ при вѣтришинномъ способѣ леченія, черезъ рану покрововъ живота, подлѣ самой ножки. При этомъ способѣ леченія весьма легко образовать искусственный выходъ для секрета. Такъ напр. въ одномъ случаѣ послѣ операціи, при которой лопнула одна вѣста, ножка же была перевязана и погружена въ полость живота, Менцель (Wien. med. Wochenschrift 1874 № 47) наблюдалъ, какъ на 5-ый день черезъ нижній уголь закрывшейся раны живота вытекло большое количество вонючей, кровянисто-серозной жидкости, которая постепенно становилась все болѣе и болѣе гнойной. Раскрыли нижній уголь раны и ввели черезъ него дренажныя трубки, послѣ чего, однакожъ, больной не стало лучше. На 23 и 26 день послѣ операціи наступили потрясающіе знобы съ температурой въ 40°. На 62-ой день окончательно вынули дренажныя трубки. Больная выздоровѣла. Въ подобныхъ случаяхъ Кэберлѣ нисколько не опасался подлѣ самой ножки вводить губку въ полость живота, или же выкачивать оттуда отдѣленія.

Вышеизложенныя изслѣдованія дозволяютъ намъ высказать слѣдующее правило, а именно: если у оперированныхъ женщинъ, несмотря на отсутствіе въ первые дни первичной септикэміи и разлитого перитонита, появляется лихорадочное состояніе, то слѣдуетъ отыскивать фокусы выпотовъ, окружившихся капсулой и, убѣдившись въ существованіи таковыхъ, при наступленіи опасныхъ болѣзненныхъ явленій слѣдуетъ имъ открыть свободный выходъ наружу. Однакоже, нельзя не признаться, что, при соблюденіи при операціи антисептическихъ мѣръ, подобныя процессы должны появляться гораздо рѣже. Сп. Уэллсъ совершенно правъ, когда онъ утверждаетъ, что нѣкоторые хирурги склонны слишкомъ преувеличивать опасность прокола, имѣющаго цѣлью вскрытіе нарыва. Съ другой же стороны, мнѣ кажется, что нѣкоторые хирурги опять таки слишкомъ преувеличиваютъ отличное дѣйствіе прокола. Помимо того, что скопление жидкости, находящейся позади матки, подлежитъ діагнозу и операціи, оно кромѣ того, еще одѣто какъ бы капсулой, и слѣдовательно, опасность развитія смертельной септикэміи уже не столь велика, хотя принадлеи часто и угрожаютъ жизни. Да кромѣ того, наблюденія показали, что въ весьма многихъ подходящихъ случаяхъ выздоровленіе наступало послѣ самопроизвольнаго вскрытія нарыва. Поэтому возникаетъ еще вопросъ, дѣйствительно ли проколъ нарыва въ большинствѣ случаевъ спасалъ больныхъ отъ смерти. Надѣюсь, однакожъ, что ни одинъ хирургъ не станетъ отвергать прокола и найдетъ въ означенныхъ случаяхъ явное указаніе на то, что хирургическое вмѣшательство необходимо.

Для отдѣльныхъ симптомовъ можетъ еще понадобится особая терапія, въ особенности же для рвоты и метеоризма. Мы говорили уже выше, какое противорвотное леченіе даетъ наилучшіе результаты, теперь же остается еще мимоходомъ упомянуть, что Кэберле неоднократно въ такихъ случаяхъ примѣнялъ съ успѣхомъ желудочный насосъ, при посредствѣ котораго онъ, кромѣ того, накачивалъ воду въ желудокъ (*Archives de Tocologie, Juillet 1876. стр. 424.*)

Противъ метеоризма также иногда приходится примѣнять специальное леченіе. Обыкновенно для этой цѣли служатъ промывательныя изъ эфирныхъ настоекъ, эфирныя масла, принимаемая внутрь, введеніе упругихъ трубокъ въ прямую кишку и притомъ по возможности выше, и ледяныя примочки; къ сожалѣнію, средства эти въ большинствѣ случаевъ не оказываютъ никакого дѣйствія. Извѣстны до того отчаянные и неподдающіеся леченію случаи метеоризма, что хирурги рѣшались прокалывать кишку весьма тонкими троакарами.

Такъ напр. Chadwick (*Amer. Journ. of. obstetr. April 1876 стр. 145*) прокололъ кишку спустя 5 дней послѣ оваріотоміи, но тѣмъ не менѣе не устранилъ смертельнаго исхода. Шатцъ слѣдовалъ въ двухъ случаяхъ тому же образу дѣйствія; въ одномъ случаѣ съ видимымъ облегченіемъ для больной, но безъ успѣха; въ другомъ же случаѣ, благодаря проколу, больная была спасена, однакожъ не надолго: 8 недѣль спустя, уже послѣ выписки изъ заведенія, больная скончалась по собственной винѣ, благодаря несоблюденію діеты. Въ данномъ случаѣ на ножку былъ наложенъ зажимъ, операція произведена при опрыскиваніи растворомъ карболовой кислоты, а затѣмъ

уже былъ проведенъ дренажъ чрезъ влагалище. Уже на второй день появился значительный тимпанитъ живота; на 3-й день онъ еще болѣе увеличился причемъ появились: частая рвота, Singultus, рѣзко выраженный коллапсъ, 150 ударовъ пульса, и дыханіе 36 разъ въ мин; затѣмъ, проникнувъ черезъ рану живота, проколоди кишку канюлькой Прусаковскаго шприца. Газы въ теченіи 8¹/₂ минутъ выходили съ шумомъ и затѣмъ еще въ теченіе 2¹/₂ минутъ они выходили подъ меньшимъ напоромъ. Одышка тотчасъ же уменьшилась; сердцебіеніе успокоилось. Рвота и Singultus однакоже все еще продолжались; температура все еще оставалась повышеною; пульсъ 132. На слѣдующій день былъ сдѣланъ вторичный проколъ, послѣ чего газы выходили въ теченіе 4¹/₂ минутъ. Пациенту лихорадило еще болѣе или менѣе долго, тѣмъ не менѣе она выздоровѣла. Шатцъ, кромѣ того, обращаетъ особенное вниманіе на то обстоятельство, что и въ первомъ случаѣ при вскрытіи не обнаружено никакихъ вредныхъ послѣдствій отъ прокола. Въ обоихъ случаяхъ онъ сперва прокалывалъ весьма тонкими иглами, а затѣмъ уже заостренными канюльками, толщиною отъ 2 — 2¹/₂ мм.

§ 225. Смерть отъ стеноза кишки наблюдается весьма рѣдко послѣ овариотоміи. Стенозъ можетъ образоваться различными путями. Въ дѣйствительности ущемленіе обусловливается, по преимуществу, двумя обстоятельствами: либо кишечная петля вовлекается въ рану живота и втискивается между ножкой и какимъ нибудь другимъ образованіемъ (стѣнкою живота), либо образовавшееся кишечное сращеніе ущемляетъ соответственную кишечную петлю и обусловливаетъ такимъ образомъ закрытіе ея. Извѣстны хорошо прослѣженные случаи того и другого рода ущемленія. Слѣдуетъ кстати замѣтить, что существуютъ еще разныя видоизмѣненія этихъ причинъ. Такъ, Шинцингеръ (см. Negat und Kaltenbach op. cit. стр. 189) утверждаетъ, что онъ наблюдалъ особое перекручиваніе кишекъ, благодаря укороченію и сморщиванію брыжейки. Мнѣ лично пришлось наблюдать закрытіе кишки, благодаря смѣщенію свернушагося въ канатикъ сальника (см. исторію болѣзни Wagner стр. 373). Въ случаѣ сращенія кишки съ ножкой, когда при томъ нѣтъ надобности ихъ разъединять, можетъ произойти загибъ и закрытіе кишки въ то время, когда ножка зарастаетъ въ ранѣ и, слѣдовательно, смѣщается, кишка же, по необходимости, должна слѣдовать за ножкой, благодаря существующему между ними сращенію. Опасность подобнаго ущемленія была для меня вполне ясна въ нѣкоторыхъ случаяхъ сращенія кишки съ ножкой. Къ сожалѣнію мнѣ не извѣстны случаи, когда на трупѣ можно было указать на механизмъ этого явленія. Кромѣ того, нельзя отрицать того факта, что, при проведеніи дренажа чрезъ влагалище, закрытіе кишки можетъ произойти по винѣ дренажной трубки. Наконецъ, ущемленіе можетъ произойти въ ранѣ живота подлѣ самаго рубца, когда хирургъ, при накладываніи глубокихъ швовъ, недостаточно защищалъ помощью подложеннаго пальца кишечную петлю, не позволяя имъ измѣнять своего положенія по отношенію къ ранѣ покрововъ живота. Сп. Уэллсъ видѣлъ даже случай, когда кишечная петля была захвачена въ одну изъ петель шва раны живота и какъ она, благодаря этому обстоятельству, была сильно стиснута.

Довольно трудно опредѣлять съ точностью, какъ часто случается закрытіе кишекъ. Въ этомъ отношеніи еще лучшую точку опоры даетъ таблица Сп. Уэллса, въ который значится, что изъ числа 800 оваріотомированныхъ женщинъ отъ закрытія кишекъ скончались 9 между 2 днемъ и 3-мъ мѣсяцемъ; слѣдовательно, судя по этимъ даннымъ, время появленія такого закрытія весьма различно. Такъ, изъ 12 случаевъ (8 Сп. Уэллса, 1 Кэберле, 1 Кейта и 2 моихъ) смерть произошла 7 разъ между 2 и 6 днемъ; далѣе однажды послѣдовала на 2-ой недѣль, однажды на 3-ей недѣль, однажды спустя 5 недѣль, и наконецъ однажды спустя 3 мѣсяца послѣ операціи. Необходимо замѣтить, что въ 3 случаяхъ Сп. Уэллса примѣнялся вѣбрюшинный способъ леченія ножки; въ другихъ же 2, а также и въ моихъ—ножка погружалась въ полость живота.

Срощенія совершенно отсутствовали въ случаѣ Кэберле (№ 33) и въ одномъ изъ случаевъ Сп. Уэллса (№ 328); въ одномъ изъ моихъ случаевъ имѣлись только паріэталыныя срощенія; въ другомъ моемъ же случаѣ и въ трехъ случаяхъ Уэллса имѣлись паріэталыныя и оментальныя; наконецъ, въ 5-омъ случаѣ Уэллса срощенія были вообще весьма обширны.

Проявленія этого закрытія кишекъ ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ симптомовъ этого патологическаго состоянія. Къ болѣе постояннымъ симптомамъ слѣдуетъ отнести рвоту и метеоризмъ; вообще же больныя умираютъ при явленіяхъ collapse'a. Не смотря на все это, однакожь, довольно не трудно сразу поставить вѣрный и несомнѣнный діагнозъ, тѣмъ болѣе, если закрытіе кишки совершится въ первые дни послѣ операціи и когда, слѣдовательно, появленіе вышеозначенныхъ симптомовъ можно приписать развитію разлитаго перитонита. Даже вскрытіе подчасъ не разъяснитъ, что было причиной появленія этихъ симптомовъ и что обусловило смертельный исходъ, закрытіе ли кишекъ или развитіе септического зараженія, осложненнаго перитонитомъ.

Для иллюстраціи способа происхожденія закрытія кишекъ, а также и того, какъ трудно бываетъ въ иныхъ случаяхъ поставить діагнозъ, я позволю себѣ привести еще нѣсколько примѣровъ:

205 случай Сп. Уэллса. Ножка праваго яичника, имѣвшая въ толщину $\frac{1}{3}$ " и въ длину отъ 2—3", сперва была отожжена и, когда послѣ того она все таки кровоточила, то ее перевязали въ двѣ половины и погрузили въ полость живота; лигатуры были коротко отрѣзаны. Операція была вполне чиста и потому не требовалось очищенія полости живота. Тотчасъ же послѣ операціи появилась тошнота, на 2-й и 3-й день больная вырвала большое количество темнозеленыхъ и коричневыхъ массъ; при этомъ появился рѣзкій тимпанитъ. Послѣ обильныхъ, но жидкихъ испраженій, самочувствіе больной нѣсколько улучшилось. На 7-й день 160 ударовъ пульса. Больная, повидимому, приближалась къ смертному исходу. Однакожь, рвота нѣсколько ослабѣла, пульсъ замедлился и, благодаря этому обстоятельству, больная оправилась. На 19 день состояніе больной было удовлетворительно, тѣмъ не менѣе однакоже, послѣ обильныхъ, но жидкихъ испраженій, съ нею сдѣлался обморокъ, а на слѣдующій день она скончалась. Вскрытіе показало, что одна изъ кишечныхъ петель, находившаяся непосредственно подлѣ Соеситъ, была пуста и кругообразно обвилась вокругъ ножки, съ которою она и срослась. Въ одномъ мѣстѣ, между ножкой и кишечной петлей, было найдено нѣкоторое количество гноя. Въ полости же брюшной вообще наблюдались лишь слѣды воспаления. Кишка была сильно вздута надъ мѣстомъ закрытія.

Уэлльсъ, при своей 17-й операціи, фиксировалъ сросшіяся было салыникъ въ верх-

немъ углу раны живота, перевязанную же ножку опухоли лѣвой стороны онъ укрѣпилъ при посредствѣ иглы въ серединѣ раны. Больная скончалась спустя 48 часовъ послѣ того, какъ она вырвала какія то зеленататы массы и какъ у нея сильно вздулась верхняя часть живота. Предполагалъ, что существуетъ причинная связь между наблюдаемыми явлениями, и тѣмъ, что ножка прикрѣплена при посредствѣ иглы, Уэллсъ ее вскорѣ удалилъ. Вскрытіе показало, что одна изъ кишечныхъ петель была ущемлена въ пространствѣ, ограниченномъ основаніемъ матки, ножкой и стѣнкой живота. Кромѣ того, было найдено громадное количество выпотѣвшей изъ воспаленной брюшины жидкости.

Въ случаѣ Кэберле (*Gaz. hebdom. 1868 № 32*) точно также, какъ и въ вышеприведенномъ первомъ случаѣ Уэллса, произошло срощеніе одной изъ кишечныхъ петель съ одной изъ погруженныхъ лигатуръ, вслѣдствіе чего кишка перегнулась и окончательно закрылась.

При моей 3-й оваріотоміи (госпожа В., апрѣль 1870 года), помимо обширныхъ паріетальныхъ срощеній, существовало еще одно весьма тѣсное оментальное. При разъединеніи послѣдовало значительное кровотеченіе. На сальникъ нельзя было наложить лигатуру *en masse*, ввиду все еще продолжавшагося паренхиматознаго кровотеченія, напротивъ того, пришлось оставить ее на покровахъ живота и только 5 часовъ спустя возможно было отвести его на свое мѣсто, причѣмъ онъ уже замѣтно разбухъ. Ножка опухоли была перевязана въ нѣсколько частей и затѣмъ ее погрузили въ полость живота. Антисептическія мѣры не были примѣнены. Тотчасъ же появилось значительное учащеніе пульса (132) и повышенная температура (39,6°) уже на первый день. На 4-й день температура колебалась между 38,2° и 38,6°. Пульсъ замедлился до 104. Все, повидимому, обстояло благополучно. Какъ вдругъ на 5-й день наступила непрерывная рвота. На 6-й же день, послѣ вторичнаго повышения температуры до 40,6°, наступила смерть. Вскрытіе показало, что позади верхней части раны живота существовалъ гнойный фокусъ, облекшійся капсулой. Въ *exsiccatio gastro-intestina* было найдено нѣсколько серозно-кровоной жидкости, незначительный свертокъ крови и немного гноя; само же углубленіе не сообщалось съ остальной частью брюшинной полости. Кромѣ того, кишки слипались во многихъ мѣстахъ, но нигдѣ не наблюдались большія скопленія эксудативныхъ массъ. Ободочная кишка была сильно сжужена въ одномъ мѣстѣ, вокругъ котораго обвился сальникъ, который успѣлъ, въ свою очередь, сростись съ ободочной кишкой и съ правой половиной стѣнки живота. Ободочная кишка, кромѣ того, отчасти сростась съ началомъ своей брыжейки; просвѣтъ ея до этого мѣста былъ сильно растянутъ газамъ, начиная же съ этого мѣста былъ едва въ палецъ толщиной. Петли тощей кишки ниже *colon* были также, большею частію, сильно вздуты.

Очевидно, что пациентка перенесла разлитое воспаленіе брюшины, и находилась уже на пути къ выздоровленію, когда появились признаки ущемленія кишки. Трудно рѣшить, что болѣе послужило причиной этого обстоятельства: обвиваніе ли сальника вокругъ ободочной кишки или же срощеніе кишечной петли съ *mesocolon*. Вѣрнѣе всего, что оба момента содѣйствовали происхожденію одного и того же эффекта.

Въ нижеслѣдующемъ случаѣ было весьма сомнительно, что обусловило смерть: закрытіе ли кишки или септическое зараженіе крови. 18 оваріотомія. Г-жа Г.: довольно значительная, легко рвущаяся опухоль; широкимъ основаніемъ она прикрѣплена къ правой *lig. latum*. Ножка перевязана въ 2 половинны. Незначительная часть сосочковой кисти была оставлена при экстирпаціи. При ощупываніи *cavum Douglasii* рука открывала въ ней около дюжины мелкихъ сосочковыхъ новообразованій. Избѣгая ихъ по возможности, проведевъ дренажъ по направленію къ влагалищу. На первый день незначительная рвота; температура до 38,5°; на 2-й день до 39,3°, точно также и на 3 день. Затѣмъ наступили: метеоризмъ, болѣзненность при надавливаніи и отрыжка. Къ вечеру 4 дня температура поднялась до 40,7°, а затѣмъ до 41,7°. Смерть послѣдовала на 5 день. При вскрытіи оказалось, что всѣ тонкія кишки сильно вздуты, толстыя же, начиная отъ *colon ascendens*, толщиной въ большой палецъ. *Soesum* пересѣкается ожирѣвшей брыжейкой одной изъ кишечныхъ петель. Вверху между кишками только весьма незначительное количество выпота. По направленію къ малому тазу кишечныя петли начинаютъ слипаться между собой. Въ маломъ тазу подлѣ перевязанной ножки, болѣе получаски грязноватой жидкости. Изъ палияломъ оставшейся стѣнки кисти

выпотѣло отъ 1 до 2 чайныхъ ложечекъ свѣжей крови. Въ савану Douglasii большое множество отдѣльно стоящихъ, пуговкообразныхъ возвышеній, величиною каждая въ пальчечкину, безъ инъекціоннаго фокуса въ окружности и точь въ точь такого же сѣраго цвѣта, какъ и брюшина.

Судя по впечатлѣнію, полученному при вскрытіи, раскрытіе кишки обусловлено какой то особенной, рѣдко встрѣчающейся причиной. Жировыя массы брыжейки у этой, вообще дородной женщины достигали нефронтныхъ размѣровъ, и сжатіе кишки тяжестью этихъ массъ не представляло ничего нефронтнаго. Съ другой стороны, однако же, слѣдуетъ допустить, что непрерывное повышеніе температуры, начиная съ перваго дня, и затѣмъ отсутствіе всякихъ послабленій ея, при несомнѣнно существовавшемъ перитонитѣ, предполагаетъ также съ большою вѣроятностью и существованіе септикэміи.

Въ другихъ случаяхъ встрѣчаются подчасъ подобныя же трудности относительно опредѣленія причины смерти. Такъ напр. Грензель (Ovariectomy in Deutschland стр. 96) принимаетъ, что причиной смерти, послѣдовавшей спустя 76 часовъ послѣ одной операціи П. Миллера (Scanzoni's Beitrage Bd. V. стр. 163) послужило служеніе кишки, между тѣмъ какъ, по моему разумѣнію, было бы гораздо вѣрнѣе приписать смерть въ данномъ случаѣ развитію септикэміи. Повышеніе температуры на 2-й день до 40,1° и бредъ рѣшительно говорятъ въ пользу послѣдней, къ тому же закрытіе кишки не особенно подтверждалось данными вскрытія.

Укажемъ здѣсь только мимоходомъ на тотъ фактъ, что закрытіе кишки можетъ имѣть еще другой исходъ, а именно, что иногда образуется кишечный свищъ. Большинство такихъ случаевъ представляютъ давно уже оперированныя и выздоровѣвшія женщины. Объ этомъ патологическомъ состояніи мы поговоримъ еще нѣсколько подробнѣе при разсмотрѣніи послѣдательныхъ болѣзней.

§ 226. Выше мы вскользь уже коснулись того обстоятельства, что при образованіи въ полости живота ограниченныхъ гнойныхъ и ихорозныхъ фокусовъ, дѣло можетъ дойти до образованія тромбовъ на большемъ разстояніи воеругъ фокуса и что распаденіе этихъ тромбовъ можетъ обусловить пиемію или эмболию. Извѣстно много случаевъ подобнаго рода, изъ которыхъ одни имѣли смертельный, другіе же благополучный исходъ.

Зальцманъ (Jahresber. v. Virchow и Hirsch за 1874 стр. 750) послѣ одной оваріотоміи, при которой ножка была отожжена, а затѣмъ погружена, видѣлъ, какъ на 7-й день внезапно наступила aphasia. Появленіе послѣдней онъ приписалъ эмболии art. fossae Sylvii, происшедшей отъ тромбовъ вены таза.

Точно также и Г. Шварцъ (Thilenius. Eine Ovariectomy Diss. inaug. Göttingen) видѣлъ случай, когда смерть произошла отъ эмболии при одновременномъ существованіи перитонита. Интересенъ случай, который пришлось увидѣть Тиршу. У оперированной трижды появлялась пневмонія: черезъ 9 дней, 6 недѣль и 5 мѣсяцевъ послѣ операціи; да сверхъ того развилось воспаленіе почекъ, и все это, очевидно, завязѣло отъ развитія эмболнческихъ процессовъ (Геннингъ: Arch. f. Gyn. III. 287). Больная выздоровѣла.

Должно полагать, что одинъ случай Биллрота слѣдуетъ отнести къ случаямъ эмболии, но не art. pulmonalis, а art. mesentericae sup. У пациентки въ концѣ первой недѣли вдругъ появилась лихорадка. Затѣмъ наступилъ, также внезапно, рѣзко выраженный collapsus. Причиной же послѣдняго послужило значительное кровотеченіе изъ кишки. Больная долгое время была уже болѣе, чѣмъ одной ногой въ гробу, однакожь, не смотря на это, выздоровѣла.

Сп. Уэллсъ на 127 смертныхъ случаевъ, изъ числа первыхъ 500

операций, полагаетъ всего 2 смертныхъ случая на легочную эмболию. Случай, обнародованный Персономъ (transact. of the London obst. soc. VIII, стр. 8) «pulmonary embolism», судя по описанію, представляетъ, безъ сомнѣнія, только случай посмертнаго свертыванія крови. Свернувшійся фибринъ выполнялъ все правое сердце, плотно приставаая къ его стѣнкамъ; отсюда же свертокъ распространялся до самихъ легкихъ.

Одинъ случай изъ двухъ, видѣнныхъ мною, описанъ выше (§ 117).

Слѣдуетъ сказать, что во всѣхъ подобныхъ случаяхъ первичное заболѣваніе появляется въ тазу, въ видѣ воспалительнаго фокуса. Затѣмъ, какъ вторичное заболѣваніе, является тромбозъ тазовыхъ венъ или одной изъ vv. femorales. Побудительной же причиною для этого явленія можетъ послужить: либо сжатіе одного изъ главныхъ стволовъ, либо близость ихорознаго фокуса и послѣдовательное всасываніе составныхъ частей его. Обращающіяся же въ крови инородныя вещества, происшедшія отъ гниlostнаго разложенія, содѣйствуютъ послѣдующему распаденію тромбовъ и развитію эмболии. Только такимъ путемъ можно объяснить тотъ фактъ, что у лихорадочныхъ больныхъ, въ особенности, если лихорадка имѣетъ септической характеръ, распаденіе тромбовъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у не лихорадящихъ. Въ подобныхъ случаяхъ о терапіи не можетъ быть и рѣчи. Само собою понятно, что во время эмболического припадка, если онъ не сейчасъ же оканчивается смертію, рационально примѣнять analeptica противъ collaps'a.

§ 227. Самымъ роковымъ приключеніемъ послѣ оваріотоміи является столбнякъ (tetanus), такъ какъ выздоравливая уже женщина почти всегда погибаетъ отъ него. Нижеслѣдующая таблица и приложеніе къ ней заключаютъ въ себѣ всѣ тѣ случаи столбняка послѣ оваріотоміи, которые мнѣ удалось отыскать въ лигатурѣ.

Столбнякъ послѣ оваріотоміи.

	Операторъ и источникъ.	Операция; способъ леченія ножки.	Начало болѣзни.	День смерти послѣ операции.	ПРИМѢЧАНІЯ.
1	Нелатопъ. Gaz. hebdom. 1862. Стр. 491 и 483.	Зажимъ удаленъ на 4-й день.	?	21	Безъ перитонита.
2	Кимбалль. Bost. med. and surg. J. 1874 № 22.	Множество сроченій. Ножка перевязана и погруж., перевязана часть сальника и укрѣплена въ ранахъ живота (securede).	11	20	Безъ перитонита.
3	Howitz. Hosp. Tidende R. 2. Bd. 2. 1875. Jahresb. v. Virchow und Hirsch за 1875 Bd. 2. стр. 570	Множество сроченій. Зажимъ.	7 или 8	10	Другой болѣзни нѣтъ.

	Операторъ и источникъ.	Операція; способъ леченія ножки.	Начало бо- лѣзни.	День смерти послѣ опера- ціи.	ПРИМЪЧАНІЯ.
4	Мейзель. Corresp. Bl. d. allg. Thüring. ärztl. Ver- eins 1876 № 11.	Однокамер. киста безъ срощеній. Зажимъ удаленъ на 12 день. Ножка не проколота.	17	21	Безъ перитонита. Уже къ вечеру дня операціи появились скрежетаніе зубовъ, судороги въ верхн. конечностяхъ.
5	Калтенбахъ. Письмен. сообщ.	Небольшая, однакамер. опухоль, безъ срощеній; длинная, тонкая ножка.	16	24	Съ 4-го дня не было болѣе лихорадки; въ послѣдніе дни температ. поднялась до 42,7°.
6	Калтенбахъ. письмен. сообщ.	Папиллярная киста; паріетальное срощеніе. Толстая ножка. Зажимъ.	7	8	Съ 4 дня не было лихорадки.
7	Шрёдеръ: Sitzungsber. d. phys.- med. Soc. z. Erlan- gen. 10 Мая 1873.	Обширная паріетальн. срощенія. Зажимъ (по письмен. сообщенію).	9	12	Безъ перитонита.
8	Шрёдеръ. Ibidem..	Плот. паріетальн. срощенія. Зажимъ.	?	15	Лихорадоч. сост. только въ первые дни; намекъ на перитонитъ.
9	Сп. Уэлльсъ. Болѣзни яичниковъ, нѣмецк. перев. Кю- хенмейстера. Наблюд. 9.	Большая, многополостн. киста. корот. ножка; зажимъ удаленъ на 3 день; на брюшную рану наложенъ повъ помощью иглъ, употр. для зачатей губы.	4—6 день реци- дивъ. на 15 день.	выздо- ров- леніе мед- ленное въ 14 дней.	Cigare на приемъ $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$ при помощи мушек и прямо прикладывая на ножку.
10	Тотъ-же. Ibidem. Набл. 12.	Большая многопол. киста: корот. ножка; зажимъ удаленъ до 7 дня; сальникъ приросъ.	7	10	Asa foetida; вдыханіе хлороформа; cigare $\frac{1}{2}$ гр. на 10 день.
11	Тотъ-же. Ibidem. Набл. 35.	Срощенія брыжейки и кишекъ; ножка въ зажимѣ; сальникъ фиксированъ въ ранѣ двумя иглами; зажимъ удаленъ на 3 день.	12	14	Съ наступленіемъ тризмуса остатокъ ножки и брыжейка были удалены. Трахеотомія. Вдыханіе хлороформа.
12	Штиллингъ. Die extraperitoneale Methode стр. 174.	Мало срощеній. Короткая ножка. Зажимъ.	9	12	Матка потерпѣла растяженіе. Воспаленіе легкихъ.
13	Онъ-же. Deutsche Klinik, 1867 № 11. Наблюд. 11.	Срощеніе сальника и кишекъ; часть опухоли захвачена зажимомъ; ножка кромѣ того перевязана лигатурами en masse и фиксирована въ брюшныхъ по- кровахъ ланцетовидными иглами, которыя удалены на 11 день.	13	22	Два раза послѣдоват. кровотеченіе изъ ножки; зажимъ былъ еще болѣе стянуть; ланцетовид. игла причиняла сильную боль. Sub finem vitae C i g a r e.

	Операторъ и источникъ.	Операция; способъ леченія ножи.	Начало бо- лѣзни.	День смерти послѣ опера- ціи.	П Р И М Ъ Ч А Н І Я.
14	Онъ-же. ibid. № 22. Наблюд. 12.	Двѣ ножки; обѣ перевязаны: кромѣ того главная ножка снабжена металлическою (constrictor) лигатурою и лонцетовидною иглою. Констрикторъ снятъ на 5 день, а игла на 6; срощенія сальника и кишекъ.	9	10	Повторное кровотеченіе изъ ножки; обלאдываніе льдомъ; Liq. sesquichlor. ferri. Pneumonia duplex.
15	Онъ-же. Deutsche Klinik, 1868 № 20.	Саркома; водянка; плотная, въ палецъ толщиной ножка; проволоочный сжиматель, удаленный на 3 день.	8	?	На 3 день перитонитъ; очень большая ножка. Иxorозный перитонитъ. Культи ножки перерѣзана гладко.
16	Онъ-же. Deutsche Klinik, 1869 № 26.	Ovariectomy duplex; одну ножку сначала пережгли, а затѣмъ она захвачена двойною проволоочною лигатурою; тоже сдѣлано и съ второю ножкою. Обѣ ножки фиксированы ланцетовид. иглами. Между 5 и 7 днемъ удаленъ констрикторъ; а на 9—ланцетовид. иглы.	7	9	Послѣдоват. кровотеченіе изъ одной ножки; на 8-й день 0,05 gram. saagar; на 9 чрезъ 3 часа по 0,04 граммъ.
17	Онъ-же. ibid. № 42. Наблюд. 25.	Многочислен. срощенія съ внутренностями; ножка перевязана 4-мя льняными лигатурами и погружена; пуговчатый шовъ.	5	6	Повидиому существ. п септической перитонитъ.
18	Онъ-же. ibid. № 45. Наблюд. 27.	Большая опухоль; ножка схвачена сначала въ зажимъ; кровотеченіе; затѣмъ она перевязана и погружена.			Сильный испугъ на 6 день, послѣ чего появился спазмъ глотки.
19	Случай въ госпиталь Bethanien въ Берлинѣ. Rose: Starkampf въ Хирургии Ппта и Бильрота стр. 51.	Ножку прокололи иглою, части ножки ежедневно все болѣе сжимались лигатурвою палочкою.	?	до 14 дня.	
20	Бахъ. Gaz. med. de Strassburg 1851 стр. 424.	Фиброма, вѣсомъ въ 16 фунт. Ascites; ножка перевязана. Оставленная на ножкѣ часть опухоли заживлена въ рану. Не сказано какъ.	12	15	

Кромѣ того, мнѣ еще извѣстны слѣдующіе случаи, которые не вошли въ таблицу, такъ какъ о нихъ недостаетъ подробныхъ объясненій или мнѣ, по крайней мѣрѣ, они неизвѣстны.

Vixby (amer. Journ. of. obstetr. 1875 стр. 144) потерялъ одну пациентку на 20 день послѣ операціи. Voinet наблюдалъ у одной изъ своихъ больныхъ появленіе столбняка на 8 день послѣ операціи; кромѣ того онъ же сообщаетъ, что больная у Muggau Humphry (maladies des ovaires стр. 403) скончалась на 12 день. Наконецъ и Réan (Bailly: Traitement des ovariotomisées стр. 61) однажды наблюдалъ тоже самое. Всѣ эти случаи оканчивались смертью.

Всѣхъ такихъ случаевъ со столбнякомъ было 24, изъ нихъ только одинъ не окончился смертью. Начало заболѣванія только одинъ разъ выпало на 5 день послѣ операціи; нѣсколько разъ на 7-й, но большею частію на 2-ю недѣлю: однажды на 15 и одинъ разъ на 16 день. Теченіе болѣзни было всегда острое, такъ что въ два три дня она оканчивалась смертью. При позднѣйшемъ заболѣваніи продолжительность доходила до 9 дней. Въ одномъ же случаѣ Сп. Уэллса, гдѣ болѣзнь обнаружилась только на 15 день, она даже окончилась медленнымъ выздоровленіемъ; хотя первые признаки Trismus' а наблюдались уже на 4 день, но они снова исчезли на нѣкоторое время, и затѣмъ возобновились на 15 день. Въ другомъ случаѣ (Meusel) судорожныя явленія наступили въ самый день операціи, за тѣмъ они пропали, и снова появились на 17 день.

Хотя эти 24 случая приходятся, по меньшей мѣрѣ, на нѣсколько тысячъ, оваріотомій, тѣмъ не менѣе тетанусъ слѣдуетъ отнести къ разряду частыхъ послѣдовательныхъ заболѣваній послѣ оваріотоміи. Оцѣнка этихъ случаевъ будетъ однакожь нѣсколько иная, если принять во вниманіе, что эти 24 случая тетануса приходятся только на 14 хирурговъ, изъ коихъ 4, при сравнительно небольшомъ числѣ операцій, имѣли по нѣскольку разъ несчастный исходъ. Къ послѣднимъ мы можемъ также причислить и Сп. Уэллса, такъ какъ его 3 случая столбняка относятся къ первымъ 36 операціямъ, а съ этихъ поръ до 500-й у него не было ни одного подобнаго случая. 2 случая Kaltenbach'a приходятся на 5 операцій, сдѣланныхъ имъ до того времени. 2 случая Schgödeг'a такъ же относятся къ его первымъ 6 операціямъ. У Штиллинга было 7 случаевъ столбняка на 29 оваріотомій. Что приведенные примѣры нельзя объяснить одною простой случайностію, понятно само собою. Что неудачи Штиллинга зависѣли не отъ эндемическихъ или эпидемическихъ условій, можно объяснить тѣмъ, что промежутки, между его отдѣльными операціями были велики и что онѣ совершались въ различныхъ странахъ. Между 2 операціями Kaltenbach'a былъ, правда, только 14 дневный промежутокъ, но операціи производились въ разныхъ помѣщеніяхъ.

Можно предположить а priori, что число такихъ случаевъ у того или другаго оператора зависитъ отъ того, какой они употребляли методъ, и отъ того, какъ они его выполняли. Если, поэтому, разобрать оваріотоміи Штиллинга, то насъ поразитъ прежде всего тотъ фактъ, что онъ для охраненія ножки употреблялъ одновременно 2 и даже 3 способа, а именно, онъ накладывалъ лигатуру, нажимъ или проволочный экразеръ, да сверхъ того производилъ еще прокалываніе ланцетовитной иглой, которую онъ не удалялъ, что положительно извѣстно для 3-хъ его случаевъ, а также для случая, приводимаго хирургомъ Rose и для 3-го случая Sp. Wells'a, гдѣ впрочемъ сальникъ

былъ проволотъ, а не ножка. Въ другомъ случаѣ Sp. Wells'a также употреблялись иглы, хотя впрочемъ только для зашиванія раны живота. Какъ часто въ остальныхъ, представленныхъ въ таблицѣ случаяхъ, были примѣняемы ланцетовидныя иглы, нельзя усмотрѣть. Вообще же весьма естественно предположить, что самъ методъ леченія ножки съ наложеніемъ обвивнаго шва на покровы живота очень часто содѣйствовалъ появленію тетануса.

Кромѣ того нужно еще обратить вниманіе на то, что изъ всѣхъ этихъ случаевъ ножка была погружена только въ двухъ. Въ одномъ изъ нихъ было употреблено временное сдавливаніе зажимомъ. За тѣмъ остается еще одинъ случай, въ которомъ на ножку была наложена только лигатура (наблюденіе Штиллинга № 25). Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ были употреблены или зажимы, или проволочные экразеры. На это обстоятельство нужно обратить вниманіе. Если тысячи операций, въ которыхъ былъ употребляемъ зажимъ, не сопровождались столбнякомъ, то причину этого нужно искать не въ самомъ методѣ сдавливанія зажимомъ, а въ способѣ его примѣненія. И тутъ доказательствомъ могутъ служить наблюденія Штиллинга. Въ 3-хъ его случаяхъ упоминается о послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ, которыя при употребленіи зажима бывають вообще очень рѣдко. Здѣсь, слѣдовательно, зажимы были не такъ плотно наложены, а потому и нервы ножки не были сразу парализованы.

Въ профилактическомъ отношеніи можно дать слѣдующій совѣтъ. Если употребляется зажимъ, или проволочный экразеръ, то ножку нужно совершенно сдавить, а зажимы такъ сильно затянуть, какъ это только возможно, оставляемая же на мѣстѣ ланцетовидныя иглы вовсе не слѣдуетъ употреблять для прокалыванія ножки, салника, или покрововъ живота.

Терапевтическое леченіе тетануса ничѣмъ ни отличается отъ обыкновеннаго леченія этого патологическаго явленія. При *extraperitoneal'*номъ леченіи ножки необходимо бываетъ еще удалить сдавливающіе инструменты или иглы, которыя еще не были удалены или наконецъ срѣзать часть кончика ножки.

§ 228. Наконецъ, смерть послѣ оваріотоміи имѣть своей причиной изнурительное *нагноеніе*, когда во время операціи существовало въ теченіи долгаго времени сообщеніе между брюшною полостью и наружною поверхностью тѣла, или же когда развившійся впослѣдствіи внутрибрюшинный абсцессъ вскрылся, и образовалось такимъ образомъ продолжительное *нагноеніе*. Естественно, что подобный исходъ бываетъ только при трудныхъ операціяхъ. Источниками *нагноенія* въ такихъ случаяхъ могутъ служить или оставшіеся большіе куски опухолей, стѣнки которыхъ переходятъ въ *нагноеніе*, или же тѣ участки брюшинной полости, въ которыхъ находятся погруженныя лигатуры и въ особенности лигатуры *en masse* на ножкѣ, или на широкихъ срощеніяхъ въ полости таза; не рѣдко наблюдается въ такихъ случаяхъ, что лигатурныя нити и лоскуты омертвѣвшихъ тканей выходятъ наружу черезъ свищевыя ходы. Лихорадка обыкновенно скоро принимаетъ изнурительный характеръ. По утрамъ температура едва повышена, но за то съ полдня и до глубокой ночи наблюдаются значительныя повышенія температуры. При этомъ бывають частыя колебанія, обусловливаемые застоємъ гноя. Весьма часто вслѣдъ за выхожденіемъ

лоскутовъ ткани, задерживавшихъ истокъ гноя, разрѣшается какъ застой его, такъ и возвышенная температура.

Относительно того, какъ долго можетъ продолжаться такое нагноеніе, особенно при существованіи въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль сообщенія свищеваго хода съ брюшною полостью, трудно сказать что либо опредѣленное, особенно въ томъ случаѣ, когда многочисленныя лигатуры бываютъ погружены на весьма маломъ пространствѣ, какъ это особенно часто должно случаться при отсутствіи ножки и при развитіи опухоли между листами широкой связки. Въ прогностическомъ отношеніи, главнымъ образомъ, нужно обращать вниманіе на то, имѣетъ ли больная достаточно силы, чтобы вынести долговременную лихорадку, потерю соковъ черезъ нагноеніе, дурной, большею частію, аппетитъ, бессонницу, обусловливаемую потвнємъ и ощущеніями боли, до тѣхъ поръ, пока не окончится нагноеніе.

Задача терапіи здѣсь состоитъ въ томъ, чтобы дать истокъ еще не отрывшимся гнойнымъ скопичамъ, не допускать застоевъ гноя, избѣгать по возможности септического зараженія, во время подкрѣплять соответствующей дѣтой силы больнои, поддерживая главнымъ образомъ аппетитъ подъ вліяніемъ свѣжаго воздуха, и другими соответствующими средствами, позаботиться о снѣ, наконецъ, поддерживать бодрость и терпѣніе больныхъ. Такъ называемыя противо лихорадочныя средства здѣсь не имѣютъ никакого значенія, они даже не оказываютъ никакого вліянія на эту причину лихорадки; ихъ слѣдуетъ вовсе избѣгать, потому что они могутъ только разстроить пищевареніе.

ГЛАВА XL.

Содержаніе выздоровѣвшихъ послѣ оваріотоміи.

Общее состояніе и ходъ менструацій.

Литература. Horatio Storer: American Journ. of med. Sc. Jan. 1866 стр. 110. и Jan. 1868, стр. 81.— W. L. Atlee: Ovarian tumours, стр. 35—39.— Weinlechner: Wien. med. Wochenschr. 1867 № 50—55 und 1877 № 2.—Wochenbl d. Wiener Aerzte 1867 № 28. — Warren Greene: Bost. med. J. March. 2 1871. — Bailly: Traitement des ovariectomisées. Paris 1872. — Karl Stahl: Deutsche med. Wochenschr. 1876 № 50. — Reeves Jackson: Amer. Journ. of med. scienc. July 1866, стр. 111. — Derselbe: Chicago med. J. Oct. 1878, стр. 585. — Gusserow: Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Volkmann's klinische Vorträge № 81 — H. Beigel: Ueber das Verhältniss der Menstruation zur Ovulation. Wien. med. Wochenschr. 1873. — Peaslee: Ovarian tumours, стр. 526.

§ 229. Выздоровленіе послѣ оваріотоміи бываетъ обыкновенно полное и продолжительное. Большая часть больныхъ поправляется въ одинъ мѣсяць и чувствуетъ себя далеко здоровѣе и крѣпче, нежели до операціи. И это одно

уже доказываетъ, какое разрушительное вліяніе оказывала опухоль на здоровье той, которая ее носила. Уже спустя 4 — 6 недѣль послѣ операціи, большая быстро начинаетъ полнѣть. Такъ, молодая больная, освобожденная отъ пролиферирующей кисты, потерявшая въ продолженіи первыхъ 3-хъ недѣль послѣ операціи въ своемъ вѣсѣ около 6—7 ф., въ продолженіи 4¹/₂ недѣль, по выходѣ изъ клиники, приобрѣла 24 ф., т. е. вѣсила болѣе, чѣмъ до операціи вмѣстѣ съ ея 17 фунтовою опухолью. Другая, 24 лѣтняя больная, имѣвшая до операціи вмѣстѣ съ ея 31¹/₂ фунтовою опухолью вѣсу 138 ф., упавшаго до выписки ея даже до 105 ф., приобрѣла по прошествіи 10 недѣль на 18 ф. болѣе, такъ что теперь ея тѣло вѣсило на 16¹/₂ ф. болѣе, нежели прежде, до удаленія опухоли. У нея были вырѣзаны оба яичника. Baillу говоритъ объ одной больной, оперированной A n g e r о мъ, что вѣсъ ея почти утроился въ 3 года — съ 90 ф. достигъ 240 ф. У нея тоже были удалены оба яичника. Многія достигаютъ необыкновенной полноты даже послѣ вырѣзыванія одного только яичника, что, впрочемъ, совершенно отрицаетъ Sp. Wells.

Нѣкоторыя больныя, благодаря конечно, случайности, могутъ извлечь еще ту выгоду изъ овариотоміи, что окончательно излечиваются отъ существовавшаго prolapsus матки. Впрочемъ, такіе случаи могутъ имѣть мѣсто только послѣ вѣбрюшиннаго леченія ножки, и бывають вообще очень рѣдки, такъ какъ опухоль личниковъ и выпаденіе матки довольно рѣдко встрѣчаются вмѣстѣ. Réan (L'union med. 1869) тѣмъ не менѣе свидѣтельствуетъ о подобномъ радикальномъ исцѣленіи, наступившемъ, благодаря сдѣланной овариотоміи. Тоже самое наблюдалъ и Keith послѣ двухсторонней овариотоміи при вѣбрюшинномъ способѣ леченія обѣихъ ножекъ.

§ 230. Особенный физиологическій интересъ предоставляетъ ходъ менструацій послѣ овариотоміи. Послѣ односторонней овариотоміи у нѣкоторыхъ больныхъ, которыя еще не вступили въ Climacterium, менструаціи появляются раньше или позже, смотря по тому, на сколько тѣло ихъ истощилось во время и послѣ операціи. Большею же частью менструаціи впервые снова появляются по истеченіи 7 или 8 недѣль.

Въ этомъ отношеніи, подчасъ, можно воочію убѣдиться въ томъ, что страданіе, само по себѣ, двоякимъ образомъ можетъ отразиться на теченіи менструацій; такъ въ однихъ случаяхъ кровотеченія, ненормально протекавшія до операціи, переходятъ въ нормально протекающія менструаціи, или же amenorrhoea, существовавшая до операціи, смѣняется правильно возвращающимися регулами. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ менструаціи приближаются къ нормѣ, по мѣрѣ возвращенія здоровья. Я самъ видѣлъ примѣры какъ того, такъ и другаго явленія. Въ высшей степени замѣчательнъ былъ слѣдующій случай: 22 лѣтняя, не замужняя крестьянка, крѣпкаго сложенія, менструировавшая правильно отъ 14 до 17 лѣтъ, страдала за тѣмъ въ теченіи 5 лѣтъ amenorrhoea. По удаленіи однакожь большихъ, многокамерныхъ опухолей, за 4¹/₂ мѣсяца, менструаціи 3 раза появлялись съ правильными промежутками, и въ тоже время больная замѣтно поновляла. Другая, 31 лѣтняя женщина не имѣла мѣсячныхъ въ продолженіи ⁵/₄ года. Вырѣзанная у ней саркоматозная

опухоль вѣсила 3150 грм. Въ первые же послѣ операціи дни у нея изъ влагалища появилось сначала одно кровотеченіе, затѣмъ, спустя 4 недѣли, другое, имѣвшее какъ и первое, характеръ мѣсячныхъ. Я думаю, что никакіе другіе примѣры не въ состояніи болѣе наглядно представить вліяніе возрастающей опухоли на общее состояніе больной.

Остается еще упомянуть о томъ обстоятельстве, что при внѣбрюшинномъ леченіи ножки, мѣсячное кровотеченіе можетъ отразиться также и на заросшей уже ножкѣ. На эти кровотечения, изслѣдованныя многими наблюдателями, а также и мною, должно полагать, смотрѣли прежде, какъ на запоздавшія послѣдовательныя кровотечения изъ ножки или раны живота. Обыкновенно это кровотеченіе, если только оно появляется, непременно совпадаетъ со временемъ первой или же первыхъ двухъ менструацій. Впрочемъ, Вруантъ наблюдалъ кровотечения изъ заросшей ножки, совпадавшія съ первыми 4-мя менструаціями, причѣмъ каждое кровотеченіе длилось 2 дня. Затѣмъ, при послѣдующихъ двухъ мѣсячныхъ очищеніяхъ, кровотечения изъ ножки не появлялось. Но съ іюля 1865 г. и до октября 1868 г. оно снова стало сопровождать каждую менструацію.

Эти кровотечения не сопряжены съ болью. Физиологическій смыслъ ихъ очевиденъ. Фактъ этотъ, кромѣ того, имѣетъ еще и патологическій интересъ. Нѣкоторые утверждаютъ, что при погруженіи ножки точно также можетъ произойти кровотеченіе изъ яйцепровода, обусловливающее развитіе кровяной опухоли и воспаленія брюшиннаго покрова таза. Sp. Wells утверждаетъ, что онъ самъ видѣлъ подобные случаи и думаетъ, что эта опасность можетъ быть всегда приводима, какъ одно изъ главныхъ возраженій противъ внутрибрюшиннаго способа леченія ножки. Мнѣ кажется, что ни теоретическія соображенія, ни точныя наблюденія не дозволяютъ усмотрѣть такой опасности. Весьма возможно, что intraperitonealное кровотеченіе можетъ случиться какъ при погруженіи ножки, такъ и при удаленіи яйцепровода. Но вѣдь это бываетъ довольно часто и при нормальныхъ условіяхъ, когда не предшествовала оваріотомія, такъ какъ кровь, вслѣдствіе напора во время менструаціи, можетъ просачиваться черезъ слизистую оболочку яйцепровода. Но такое незначительное кровоизліяніе въ полости брюшины не даетъ ни клинической картины кровяной опухоли, ни вообще какаго бы то ни было симптома. Мнѣніе, что послѣ ампутаціи яйцепроводовъ кровоизліяніе въ брюшную полость можетъ появиться легко, или въ большей степени, совершенно гадательное; оно можетъ имѣть мѣсто въ самомъ незначительномъ числѣ случаевъ возстановленія мѣсячныхъ кровотеченій черезъ яйцепроводъ; да и здѣсь то едва ли оно существенно. Пока еще не извѣстно ни одного случая, гдѣ бы эта опасность несомнѣнно угрожала жизни или здоровью больной.

По общему мнѣнію, причиной болѣе, сопровождающихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ менструацію послѣ оваріотоміи, слѣдуетъ считать только что упомянутый процессъ; но для этого нѣтъ доказательствъ. Я наблюдалъ однажды, у одной оперированной, 39 лѣтней дѣвицы, что первая, вслѣдъ за операціей, менструація, была сопряжена съ значительными, не бывавшими до того болями и даже, какъ мнѣ сообщали, съ лихорад-

вою. Ножка въ данномъ случаѣ была погружена, но при особенныхъ условіяхъ. На клинически, но не анатомически, однокамерной опухоли помѣщался еще, почти совершенно удлинennyй, здоровый яичникъ. Промежутка между послѣднимъ и опухолью не было, однако границы ихъ не сливались. Отдѣлить ихъ другъ отъ друга было немислимо безъ образованія обширной пораненной поверхности. Пространство между опухолью, яичникомъ и маткой тоже было весьма ограничено. Поэтому, произвели отсепарованіе въ веществѣ тонкаго яичника, послѣ чего стало возможнымъ плотно перевязать образованія, входившія въ составъ ножки. Вотъ тогда то и наступили дисменоррическія страданія, обусловленныя, вѣроятно, образованіемъ широкаго рубца на верхней поверхности остатка яичника, который во время мѣсячныхъ приливовъ крови, быть можетъ, подвергался значительному растяженію причинявшему ненормальное натяженіе паренхимы желѣзы. Я, съ своей стороны, не наблюдалъ аналогичныхъ этому случаевъ.

§ 231. Особенный и преимущественно физиологическій интересъ представляетъ ходъ менструацій послѣ двухсторонней оваріотоміи. Относительно причинной связи между менструаціями и овуляціями можно думать какъ угодно; пусть одни—какъ Пундратъ и Энгельманъ, появленіе кровотеченій считаютъ зависящимъ отъ ожирѣнія Decidua, а другіе, вмѣстѣ съ Леопольдомъ, относятъ причину ея къ острой гипереміи слизистой оболочки;—во всякомъ случаѣ, мѣсячными кровотеченіями могутъ быть признаваемы только тавія, которыя находятся въ тѣсной связи съ физиологическими процессами, содѣйствующими размноженію. Признакомъ того, что извѣстныя маточныя кровотеченія — истинныя менструаціи, а не случайныя, т. н. ложныя, или *Metrostaxis*, — можетъ служить приблизительно правильное возвращеніе регуль чрезъ извѣстныя промежутки и въ продолженіи довольно долгаго времени.

Остается еще указать на тотъ несомнѣнный фактъ, что менструаціи, по удаленіи обоихъ яичниковъ, прекращаются навсегда. Однакожь, уже съ 1866 года, мало по малу стали примѣчать, что отдѣльные случаи представляютъ какъ бы исключеніе изъ общаго правила и тѣмъ самымъ служатъ какъ бы опроверженіемъ старой теоріи, допускающей непосредственную связь между менструаціей и овуляціей. Н. Veigel, дѣйствительно, полагаетъ, что такой связи между ними вовсе не существуетъ. Случаи, при которыхъ, по экстирпаціи яичниковъ, менструаціи не прекращались, требуютъ вообще тщательнаго изслѣдованія, прежде чѣмъ, ни съ того ни съ сего, принять ихъ на вѣру. Ошибка возможна по двумъ причинамъ: во 1-хъ, наступившее кровотеніе можетъ быть ложно принято за мѣсячное, или во 2-хъ, мнимую, двухстороннюю оваріотомію, по недоразумѣнію, можно считать за настоящую или полную.

До тѣхъ поръ пока не знали, что маточныя кровотеченія представляютъ вообще частое явленіе послѣ оваріотоміи, ихъ всегда выдавали за мѣсячныя. Сюда относятся 4 случая Peaslee, когда кровотеченіе появлялось всего только одинъ разъ, и столько же случаевъ W. Greene, изъ которыхъ только

въ одномъ кровотеченіе повторилось еще разъ. 2 случая Н. Storer'a потому уже не могутъ быть причислены сюда, что въ обоихъ кровотеченіе было только одноратно, именно: въ одномъ случаѣ оно послѣдовало 18 дней послѣ операціи и 26 дней послѣ послѣдней менструаціи; въ другомъ же оно, повидимому, тоже наступило послѣ операціи и послѣ предшествовавшей двухъ-мѣсячной аменорреи.

Случаи, въ которыхъ маточныя кровотеченія нѣсколько разъ повторялись съ правильными промежутками, будутъ, вѣроятно, слѣдующіе:

1) Случай 4, взятый изъ труда W. Atlee: 36 лѣтняя женщина, мать 6 дѣтей, менструировавшая въ послѣдній разъ 20 марта 1854 г., была оперирована 17 апрѣля того же года. Оба яичника были удалены. Въ тотъ же день, вечеромъ, у нея появилось маточное кровотеченіе, и съ этихъ поръ она стала правильно менструировать до 1 мая 1864 г. Послѣ годичной остановки появилось еще одно мѣсячное очищеніе. Затѣмъ регулы прекратились навсегда.

2) Случай 6, W. Atlee. Въ октябрѣ 1857 г., у 27 лѣтней больной былъ вырѣзанъ лѣвый яичникъ; правый не былъ пораженъ. Черезъ 7 лѣтъ и правый яичникъ тоже былъ удаленъ. 6 лѣтъ спустя, по сообщенію домашняго врача, оказалось, что больная со времени второй операціи менструируетъ правильно какъ относительно времени, такъ и относительно качества и количества истеченія, причѣмъ она оставалась совершенно здоровой.

3) Случай 7, W. Atlee. Въ 1846 г. Ch. Clay экстирпировалъ у одной больной лѣвый яичникъ. Опухоль вѣсила 48 ф.; 16 лѣтъ спустя у той же, уже 40 лѣтней, больной, Atlee вырѣзалъ и правый яичникъ. Въ этотъ промежутокъ времени у ней родилось 5 дѣтей; въ послѣдней четверти года предъ 2 операціей ей было сдѣлано 16 проколовъ; вообще же менструаціи протекали у нея правильно. 2 года послѣ 2 операціи мѣсячныя все еще протекали правильно.

4) R. Jackson оперировалъ, 31 августа 1865 года, одну 44 лѣтнюю женщину, у которой во время наступившая менструація прекратилась наканунѣ операціи. Оба яичника были удалены. Спустя 31 день послѣ операціи, среди обыкновенныхъ симптомовъ, появились регулы. Послѣ этого настала 83 дневная пауза. А за тѣмъ снова наступила менструація, которая съ этихъ поръ, въ продолженіи 22 мѣсяцевъ, появлялась буквально черезъ каждые 28 или 29 дней и продолжалась среди обыкновенныхъ болей отъ 3 до 5 дней. Наконецъ послѣ вторичной, 4-хъ лѣтней паузы, на 47 году жизни, наступила еще одна, но уже послѣдняя менструація. Jackson прибавляетъ, что женщина эта была затѣмъ совершенно здорова, даже нельзя было усмотрѣть при этомъ какихъ либо страданій матеи или влагалища.

5) Н. Storer совершенно удалилъ оба яичника у одной женщины. Годъ (1868) спустя, истеченія изъ матеи стали постоянно появляться черезъ опредѣленные, правильные промежутки и не сопровождались маточными страданіями.

Weinlechner наблюдалъ три замѣчательныхъ, подходящихъ сюда случая (по письменному сообщенію).

6) 2 апрѣля 1877 г., у 20 лѣтней больной была сдѣлана двухсторонняя

овариотомія. Передъ операціей она менструировала всего только три раза, а за тѣмъ, до марта 1875 г., т. е. въ продолженіи почти около 8 лѣтъ, она имѣла правильныя менструаціи. Потомъ на концѣ ножки лѣваго яичника выросъ кистодѣ, который былъ удаленъ уже тогда, когда онъ успѣлъ достигнуть величины головы взрослого.

7) 25 лѣтняя больная, менструировавшая правильно съ 16 лѣтняго возраста и, подвергнувшаяся 31 мая 1867 года двухсторонней операціи, заявляетъ по прошествіи года, что у ней менструаціи протекаютъ правильно.

8) 35 лѣтняя больная, у которой 14 октября 1872 г., была сдѣлана двухсторонняя овариотомія, имѣла правильныя менструаціи до операціи и послѣ нея. Weinlechner въ этихъ трехъ случаяхъ нисколько не сомнѣвался въ томъ, что эти опухоли дѣйствительно были перерожденные яичники.

§ 232. Вышеприведенные примѣры въ высшей степени достопримѣчательны. Тутъ, естественно, возникаетъ вопросъ, не была ли, въ томъ или въ другомъ случаѣ вырѣзана рядомъ съ настоящею опухолью яичника и другая опухоль, которую ошибочно принимали за яичниковую. Къ тому же всѣ эти случаи относятся къ 50 и 60 годамъ, когда кисты раговатіума обыкновенно принимали за яичниковыя опухоли и вырѣзали ихъ. Хотя тѣ операторы-хирурги большею частію были истинные знатоки своего дѣла, однакожь, отсюда не слѣдуетъ, чтобы они ни разу не могли ошибиться въ томъ или въ другомъ случаѣ, особенно же въ прежнее время. Даже и теперь вырѣзанную опухоль иногда нельзя безусловно признать за яичниковую или за пароваріальную. До настоящаго времени мы привыкли считать несомнѣнно многокамерную опухоль за непароваріальную. Въ новѣйшее время, однакожь, извѣстны два случая, гдѣ двухкамерныя опухоли необходимо было признать за пароваріальныя. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что существуютъ еще и другія многокамерныя опухоли, которыя чрезвычайно похожи на пролиферирующія овариальныя кисты. Сюда относятся и нѣкоторыя мѣшчатыя опухоли брюшины или сальника, которыя по меньшей мѣрѣ безъ тщательнаго микроскопическаго изслѣдованія, очень легко могутъ быть смѣшиваемы съ овариальными, а также и нѣкоторыя другія опухоли, способъ происхожденія которыхъ совершенно неизвѣстенъ. Весьма вѣроятно, что случаи, въ которыхъ, вслѣдствіе отпнуровыванія, существовали три яичника, — встрѣчаются чаще, чѣмъ предполагали до сихъ поръ. Что иногда въ подобныхъ случаяхъ возможно ошибиться, въ этомъ я лично убѣдился (см. § 10). Я экстирпировалъ большую яичниковую опухоль, и затѣмъ при вскрытіи нашелъ оба яичника на своихъ мѣстахъ; они были неповреждены, но окружены значительнымъ количествомъ густаго эксудата.

Наконецъ, остается еще открытымъ вопросъ относительно того, на сколько остатокъ кисты яичника, которую нельзя было удалить въ цѣлости, можетъ еще функціонировать. Да еъ тому же, кто можетъ во всѣхъ трудныхъ случаяхъ, при отсутствіи ножки опухоли, быть увѣреннымъ въ томъ, что не была оставлена самая ничтожная часть стромы яичника. Приведенный выше подъ № 6 случай Weinlechner'a, наступившимъ возвратомъ, ясно указываетъ на эту возможность.

Извѣстны всю массу подобныхъ случайностей, и имѣя въ виду лишь
Ольсгаузенъ. Болѣзни яичниковъ.

незначительное число случаевъ, когда послѣ *ovariotomia duplex completa* менструаціи продолжались, съ другой же стороны, громадное число несомнѣнныхъ случаевъ, когда, послѣ двойной овариотоміи, прежде правильно протекавшія менструаціи прекратились навсегда, мы вправѣ предположить, что въ данную минуту достовѣрность этихъ фактовъ еще подлежитъ сомнѣнію, но въ тоже время не можемъ утверждать, что менструаціи не имѣютъ ничего общаго съ овуляціями. Предположеніе, само по себѣ, прекрасно и можетъ служить основаніемъ теоріи, объясняющей всѣ исключительные случаи. Однакожъ, если теорія объясняетъ только исключенія и противорѣчитъ правилу, то мы вправѣ предположить, что она никуда не годится. Поэтому рассмотримъ дѣло подробнѣе, прежде чѣмъ отвергать гипотезу о связи менструаціи съ овуляціею. Въ случаяхъ, приводимыхъ въ подтвержденіе возможности появленія менструацій послѣ двухсторонней овариотоміи, впродъ необходимо, чтобы, на ряду съ точнѣйшими данными относительно рода и типа кровотеченій, помѣщалось точное описаніе строенія опухоли и состава ножки, дабы возможно было судить о томъ, не была ли оставлена часть опухоли и, наконецъ, должно обозначить, удостовѣрился ли хирургъ ощупываніемъ, по окончаніи экстирпаціи, въ томъ, что весь яичникъ былъ удаленъ безъ остатка, иначе случай доказателенъ лишь только для самаго оператора, но не для другихъ.

Дальнѣйшимъ подтвержденіемъ возможности ошибокъ можетъ послужить беременность, наступившая послѣ двухсторонней овариотоміи. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, если когда либо произойдетъ такой случай. Послѣдній бросилъ бы яркій свѣтъ на случаи продолженія менструаціи послѣ двухсторонней овариотоміи.

Пока остается заботиться только объ умноженіи фактическихъ данныхъ, причемъ факты эти по необходимости будутъ говорить за и противъ вышеизложеннаго предположенія. Я позволю себѣ привести тутъ нѣсколько случаевъ изъ моей практики:

Г-жа В., 42 лѣтъ, менструировавшая до операціи по правильному 4 недѣльному типу, 31 іюля 1875 г. была оперирована, умерла 22 апрѣля 1876 г. Въ эти послѣднія 9 мѣсяцевъ ея жизни не было и слѣда маточнаго кровотеченія.

М. Г., 24 лѣтъ, менструировавшая съ 20 года, съ 5 и 6-ти недѣльными промежутками, въ продолженіи 3, 4 дней, была оперирована 10 августа 1875 г., 27 октября 1876 г. она письменно сообщила, что регулы еще не наступили.

Г-жа S., 27 лѣтъ, съ 15 года менструировавшая большею частью правильно, черезъ каждые 4 недѣли, иногда въ видѣ исключенія черезъ 5 или 6 недѣль. 16 мая 1876 г. сдѣлана *ovariotomia duplex*, послѣ чего мѣсячныя не появлялись до мая мѣсяца 1877 года.

Г-жа K., 45 лѣтъ, оперированная 10 августа 1876 г., до операціи менструировала правильно; въ послѣдней четверти года съ нѣсколькими короткой паузой, а затѣмъ до іюля 1877 года кровотеченія болѣе не появлялись.

Эти случаи не требуютъ никакихъ объясненій, потому что не отступаютъ отъ правила. Такъ какъ число случаевъ двухсторонней овариотоміи съ исходомъ въ выздоровленіе никогда не можетъ быть особенно велико у одного какаго нибудь хирурга, то спасибо ему, если онъ хотя немногими данными подвигнетъ впередъ рѣшеніе этого вопроса.

§ 233. Прежде утверждали, что экстирпация обоих яичниковъ, помимо менструаций, обуславливаетъ перемѣны въ физическомъ состояніи пациентовъ. Для большаго числа случаевъ положеніе это просто несомнительно. Peaslee относительно трехъ своихъ пациентовъ, которымъ онъ сдѣлалъ двухстороннюю овариотомію, утверждаетъ, что онъ, увидя ихъ спустя 9, 16 и 21 годъ, не могъ примѣтить никакой перемѣны въ физическомъ состояніи ихъ. Однако Pott говоритъ, что одна женщина, у которой онъ вырѣзалъ оба яичника, находящиеся въ грыжевыхъ мѣшкахъ, похудѣла, и получила мужскія черты лица, а у Jackson'a одна оперированная получила грубый, подобно мужскому, голосъ. Напротивъ того, одна оперированная Sp. Wells'омъ учительница пѣнія письменно сообщила, что ея голосъ, спустя 3 или 4 мѣсяца послѣ 2-й операціи, усилился и что она теперь можетъ брать высокія ноты гораздо легче, чѣмъ прежде. Bailly рассказываетъ, что одна 32 лѣтняя, кастрированная Anger'омъ, получила спустя 3 года низкій голосъ, который сталъ ей часто измѣнять. Если сюда присоединить еще слабость зрѣнія и памяти, то такую перемѣну въ физическомъ состояніи едва ли можно приписать потери яичниковъ.

W. Atlee упоминаетъ объ одной больной, которая, 14 лѣтъ спустя послѣ двухсторонней овариотоміи, брила себѣ бороду; во всякомъ же случаѣ въ то время ей было уже подлѣ 50 лѣтъ.

Peaslee, по этому поводу, также упоминаетъ о томъ, что ему самому три раза приходилось видѣть больныхъ съ страданіемъ яичниковъ, у которыхъ были настоящія бороды. Онъ не могъ прослѣдить эти случаи до конца.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ страданіе развивалось медленно; къ тому же онъ полагаетъ, что такое появленіе бороды обыкновенно указываетъ на двухстороннее заболѣваніе. Я самъ знаю подобнаго рода случаи, относящійся къ 22 лѣтней пациенткѣ—дѣвушкѣ неуклюжей, крѣпкаго тѣлосложенія, съ выдававшимися скулами и мужскимъ выраженіемъ лица. Страданіе, очевидно, давно стало развиваться, что доказывала 6 лѣтняя amenorrhoea, наступившая тотчасъ же послѣ операціи. Послѣ операціи больная потребовала бритву, нарочно принесенную ею. Такъ какъ эта просьба не была исполнена, то у ней быстро отросла борода, которой позавидовали бы многія юноши. Оставшійся яичникъ былъ очень малъ на ощупь, поэтому предположеніе Peaslee не примѣнимо къ этому случаю.

Что же касается до половыхъ ощущеній у оперированныхъ, то положительно дознано, что онѣ не должны непременно ослабѣвать ни послѣ односторонней, ни послѣ двухсторонней операціи. Peaslee, Bailly и Sp. Wells приводятъ примѣры, говорящіе какъ въ пользу этого положенія, такъ и въ пользу противнаго. Послѣ односторонней овариотоміи можетъ появиться усиленіе половыхъ ощущеній, что можетъ обусловиться улучшеніемъ здоровья.

Беременность послѣ односторонней овариотоміи наблюдалась уже неоднократно. Нѣкоторыя больныя послѣ такой операціи имѣли еще по нѣсколько дѣтей. Къ тому же достопримѣчательнъ тотъ фактъ, что беременность и роды бываютъ нормальны въ такихъ случаяхъ и не производятъ никакихъ разстройствъ въ тѣлѣ.

Только неоднократно приведенный случай Hüffell'я составляет, въ этомъ отношеніи, исключеніе. Здѣсь, повидимому, главнымъ поводомъ для образованія абсцесса изъ ножки послужили самыя роды или послѣродовое состояніе. Выкидыши у оваріотомированныхъ женщинъ наблюдались уже неоднократно; однакожь еще не доказана зависимость этого явленія съ анатомическими измѣненіями, произведенными въ организмѣ женщины. Въ одномъ оперированномъ Howitz'емъ случаѣ Ingerslev (Jahresber. v. Virchow u. Hirsch за 1873. II стр. 622) полагалъ, что послѣдовавшіе за тѣмъ 2 выкидыша зависѣли отъ ненормальнаго положенія матки. Это ненормальное положеніе обнаружилось сначала во время первой послѣдовавшей за оваріотоміей беременности, которая впрочемъ не была прервана раньше времени.

Послѣдовательныя заболѣванія.

§ 234. Одно печальное обстоятельство можетъ случиться при выздоровленіи — это образованіе кишечнаго свища.

Явленіе это находится въ связи съ кишечнымъ стенозомъ, причины котораго и исходъ въ ileus изложены выше (въ § 225), и обусловливается вскрывающимися наружу абсцессами полости брюшины, которые при этомъ прокладываютъ себѣ путь черезъ стѣнку живота. Это очень легко можетъ случиться, когда при операціи приходится отдѣлить приросшую часть кишки, которая при этомъ быть можетъ лишилась своего брюшиннаго покрова въ какомъ либо мѣстѣ. Наблюденіе впрочемъ показываетъ, что для этой цѣли совсѣмъ не требуется такое стеченіе благопріятныхъ обстоятельствъ. Время явленія кишечныхъ свищей совпадаетъ чаще со временемъ послѣ выздоровленія отъ операцій, чѣмъ въ первые дни послѣ него. Относительно частоты этихъ случаевъ еще нельзя высказаться положительно, хотя вѣроятно, что они встрѣчаются чаще, чѣмъ описываются. Слѣдующіе случаи могутъ показать способъ явленія кишечныхъ свищей.

Lyon (Glasgow med. J. 1867 стр. 161) очень легко и удачно сдѣлалъ одну операцію; вслѣдствіе натуговъ и кашля произошло у ней расхожденіе краевъ раны живота. На днѣ раны видѣлись кишечныя петли. Брюшная рана зажила, но образовался кишечный свищъ, который не заросъ даже спустя 1¹/₂ года послѣ операціи.

Th. Keith (Glasgow med. J. Dec. 1867 стр. 295) сдѣлалъ двухстороннюю оваріотомію, при которой одна ножка была перевязана и погружена. Въ теченіе 6 недѣль послѣ операціи состояніе больной было удовлетворительно; но затѣмъ образовался въ тазу нарывъ, обусловившій явленіе лихорадки и болей. Нарывъ вскрылся черезъ lig. Pupartii. Когда же онъ почти совершенно зажилъ, то показались новыя массы гноя, смѣшанныя съ каломъ. 15 мѣсяцевъ спустя послѣ операціи свищъ закрылся самъ собою.

Bryant (Lancet. feb. 1, 1868) сдѣлалъ одностороннюю оваріотомію, причемъ перевязалъ ножку шнуромъ отъ плети. На 17-ый день черезъ нижній уголъ раны вскрылся абсцессъ, который на 4 день снова закрылся. Черезъ недѣлю послѣдовало новое вскрытіе, причѣмъ гной былъ смѣшанъ съ каломъ, а вмѣстѣ

съ нимъ вышелъ также и перевязочный матеріалъ. Потомъ рана на долго закрылась сама собой.

Sp. Wells (Glasgow med. J. febr. 1868 стр. 378 и Krankh. d. Ov. перев. Грензера стр. 310) видѣлъ слѣдующій случай. Ножка лѣвой опухоли была перевязана въ двѣ половины и, кромѣ того, третью лигатурою en masse и затѣмъ погружена. Лигатуры были коротко обрѣзаны. Въ лѣвой fossa iliaca былъ оставленъ тѣсно сросшійся кусокъ стѣнки кисты, снабженный длинною лигатурою. Спустя 8 недѣль послѣ операціи, среди лихорадочныхъ явленій, истечение усилилось и приобрѣло болѣе неприятный запахъ, что произошло уже послѣ того, какъ больная выписалась изъ клиники. Спустя три недѣли лигатура отпала. Отдѣленіе уменьшилось, брюшной свищъ однакожъ все еще не закрывался. Вытекавшее имѣло по временамъ примѣсь кала. Наконецъ больная слегла въ постель, получила черезъ брюшной свищъ обильный поносъ и умерла почти черезъ 20 мѣсяцевъ послѣ оваріотоміи.

Вскрытіе показало слѣдующее: гнойная полость была внутри толщиною въ палецъ; салъникъ и кишечныя петли образовали стѣнку свищеваго канала. Съ лѣвой стороны матки находилась какая-то губчатая масса, обращенная въ сторону прямой кишки. Въ центрѣ ея находилась гнойная полость, сообщавшаяся съ двумя большими отверстиями, съ свищемъ и съ rectum. Полость доходила до промежутка между testis и маткой и до края матки, а спереди до бедреннаго кольца. Въ ней нельзя было найти и слѣда лигатуры.

W. L. Atlee (Amer. Journ. of. med. Sc. 1871, oct. стр. 409) послѣ удаленія однокамерной опухоли, точно также пришлось имѣть дѣло съ весьма тѣсными сращениями, вслѣдствіе чего онъ счелъ рациональнымъ отсепарировать брюшинный покровъ опухоли и затѣмъ оставить въ тазу. На него была наложена лигатура, коротко обрѣзана и оставлена въ excavatio recto-uterina; ножка была сдавлена зажимомъ. При отпаденіи тазовой лигатуры (день не обозначенъ) одновременно вышли наружу каловыя массы. Эти послѣднія выдѣлялись все въ меньшемъ и меньшемъ количествѣ, такъ что по истеченіи нѣсколькихъ недѣль рана живота была уже совершенно закрыта.

Въ данномъ случаѣ будетъ весьма естественно предположить, что въ силу тѣснаго сращения въ тазу, сообщеніе съ кишкой существовало до операціи. Наложениемъ лигатуры было достигнуто моментальное закрытіе, которое однакожъ, послѣ снаденія ея, было не полное, но затѣмъ снова произошло полнѣйшее закрытіе.

§ 235. Я самъ видѣлъ одинъ печальный случай, гдѣ образованіе кишечнаго свища, который, если не зависѣлъ прямо отъ оваріотоміи, то, во всякомъ случаѣ, являлся слѣдствіемъ опухоли яичниковъ. Обстоятельство это могло имѣть точъ въ точъ такое же дѣйствіе, какъ и оваріотомія.

Г-жа М. В., упомянутая нами при разсмотрѣніи папиллярныхъ кистомъ (§ 39), имѣла настоящую двухстороннюю, небольшую сосочковую опухоль яичниковъ. Въ февр. 1875 г. ей былъ сдѣланъ пробный надрѣзь. Такъ какъ массы опухоли были отчасти сращены съ верхнею апертурою таза, то, изъ опасенія кровотеченія, а также въ виду невозможности полной экстирпаціи, ограничились только проведеніемъ дренажной трубки. По прекращеніи леченія остался свищевой ходъ,

изъ котораго выдѣлялось большое количество гноя. Кроме того, чрезъ него стали выходить наружу сосочковыя разроженія. Поэтому я рѣшился, 16 мѣсяцевъ спустя, вскрыть полость живота и удалить по возможности сосочковыя массы, провести выводной каналъ къ *Savum Douglasii*, въ виду того, что полная экстирпация, по всей вѣроятности, не мыслима. При этомъ я имѣлъ въ виду доставить секрету свободный выходъ, если бы полость, въ которой наблюдалось развитіе папилломъ, не удалось закрыть. Удалить опухольныя массы, сросшіяся со всѣхъ сторонъ съ окружающими органами, положительно не было никакой возможности; поэтому я вскрылъ только 2 или 3 небольшія полости, удаливъ тѣ сосочковыя массы, которыя легко было удалить, и ввелъ *per vaginam* большой троакаръ въ нижнюю часть большей гноящейся полости, сросшейся надъ тканями, лежащими надъ гнойнымъ сводомъ, а за тѣмъ замѣстивъ его толстой резиновой трубкой. При этомъ ни сколько не пострадали поверхностно лежащія, тонкія кишечныя петли. Послѣдовательное леченіе состояло въ частомъ промываніи дренажной трубки и гнойной полости.

У больной вскорѣ появилась рвота; а спустя 4 или 5 дней послѣ операціи, въ вырванныхъ массахъ обнаруживалась примѣсь кала. На 6 день, послѣ операціи, оказалась таже примѣсь въ вырыскиваемой жидкости. Вскорѣ обнаружилось отверстіе на передней сторонѣ тонкой кишечной петли, лежавшей точнѣе позади верхней части, закрытой раны живота. Вскорѣ затѣмъ весь калъ сталъ выходить черезъ это отверстіе, такъ что черезъ *anus* испраженія больше не выходили. Лишь только большая полость наполнилась каломъ, тотчасъ же сталъ развиваться гангренозный процессъ. Всѣ попытки закрыть кишку были напрасны. Два раза тщательно зашивали отверстіе свища, но тщетно. При другой, третьей, операціи кишка была совершенно перерѣзана и обшита кругомъ бриллианомъ. Отверстіе свища тѣмъ не менѣе сдѣлалось еще больше. Прошло 6 недѣль со дня проведенія дренажа, и больная умерла отъ голода. Вскрытіе достаточно обнаружило, что достигнуть заживленія кишки было крайне трудно. Свищевое отверстіе находилось въ томъ мѣстѣ, гдѣ кишка образовала значительный загибъ. Этотъ загибъ былъ до того остроугольный, что стороны, его составляющія, были почти параллельны, причѣмъ одна сторона восходила кверху, другая же опускалась книзу. При каждомъ новомъ затягиваніи кишечнаго шва, мѣсто, гдѣ находился свищъ, сильно натягивалось, такъ оно прилегало къ выпуклости заворота. Если даже эти ненормальныя анатомическія отношенія кишекъ существовали уже раньше и не произошли въ силу оперативнаго вышательства 6 недѣль тому назадъ, то, во всякомъ случаѣ, во время этого вышательства означенная кишечная петля подверглась продолжительному дѣйствію атмосфернаго воздуха и другимъ раздраженіямъ, что помимо непосредственнаго пораженія, содѣйствовало проробденію.

Подобныя причины играютъ, безъ сомнѣній, нѣкоторую роль въ образованіяхъ кишечныхъ свищей послѣ оваріотоміи, и часто для этого достаточно одного давленія перевязочныхъ узловъ, чтобы поранить кишечную стѣнку; причины эти, равнымъ образомъ, способствуютъ вскрытію нарывовъ въ кишки въ томъ случаѣ, когда не образуются наружные свищевыя ходы. Явленіе это разобрано выше. *Sp. Wells* заходитъ, повидимому, слишкомъ далеко, если онъ на этомъ основаніи отвергаетъ внутрибрюшинный способъ леченія предварительно перевязочной ножки. Не нужно упускать изъ виду, что въ этомъ дѣлѣ играетъ не послѣднюю роль перевязочный матеріалъ. Плечочный шнурокъ, какъ въ приведенномъ выше случаѣ *Wright'a*, легче произведетъ узуру, чѣмъ хорошій шелкъ, или даже катгутъ. — Важно для хирурга знать то, что кишечный свищъ можетъ закрыться подчасъ самъ собою, что указываетъ на то, что въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ слишкомъ рано прибѣгать къ оперативному вышательству. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ попытка отыскать и зашить кишечный свищъ удается такъ легко и просто, какъ напримѣръ въ приведенномъ случаѣ г-жи В., когда чрезъ широкую рану покрововъ живота можно было добраться до кишечной петли.

§ 236. Карцинома какого бы то ни было брюшного органа, по печальным результатам, нисколько не уступает вышеназложенному поражению и встречается, повидному, весьма часто. Разсмотримъ сперва имѣющіеся факты. Въ литературѣ описаны слѣдующіе примѣры:

Е. Martin (Eierstokswassersuchten стр. 18). У 32 лѣтней больной была сдѣлана экстирпация обыкновенной пролиферирующей кистомы, вѣсомъ въ 11 ф. Ножка была зашита въ рану живота. Выздоровленіе. Спустя 8 мѣсяцевъ смерть. Вскрытіе показало: ракъ изъ желудочной железы, обонхъ легкихъ и желѣзъ въ пѣхъ Hilus; небольшіе узелки на правой почкѣ. Остальные брюшные органы не были поражены.

Вантоок (obst. Loc. Transact. Lond. 1873 стр. 2) экстирпировала оба яичника; одна ножка была сдавлена зажимомъ, а другая погружена. Спустя 3 мѣсяца появилась карцинома на заросшей ножкѣ. Черезъ годъ послѣ операціи послѣдовала смерть.

Ranas (Gaz. des hôp. 1874 № 89 и 92) напелъ у одной больной, 18 мѣсяцевъ спустя послѣ оваріотоміи, слѣдующее: карциному обѣихъ грудей, инфилтрацію плечевыхъ, паховыхъ и чресленныхъ желѣзъ, карциному обѣихъ ключицъ, правой лопатки и позвоночнаго столба. Половые органы не были поражены. Не смотря на это, больная дожила еще до того времени, когда намъ сообщили всѣ эти данныя. Хотя въ сообщеніи не сказано ничего положительнаго, но судя по смыслу его, можно заключить, что экстирпированная опухоль яичника не была карциноматозная.

F. Winkel (Berichte und Studien... Bd. II стр. 127) экстирпировалъ у 42 лѣтней женщины пролиферирующую кистому, въ которой микроскопическое изслѣдованіе обнаружило жировое перерожденіе во многихъ мѣстахъ. Ножка была погружена. По выздоровленіи пациентка вскорѣ снова заболѣла и, спустя 16 недѣль послѣ оваріотоміи, умерла. При вскрытіи оказалось: карцинома печени и брюшины, кромѣ того паренхиматозный нефритъ.

По всему видно, что Winkel въ овариальной опухоли допускалъ присутствіе отдѣльных карциноматозныхъ частей. Впрочемъ этимъ возрѣнемъ опять обязанъ только даннымъ вскрытію. Микроскопическое же изслѣдованіе обнаружило одну лишь пролиферирующую кистому.

Dr. E. Müller, въ Ольденбургѣ, сообщилъ мнѣ словесно, что онъ наблюдалъ подходящий случай. Спустя 6 мѣсяцевъ послѣ экстирпации доброкачественной опухоли яичника, оперированная скончалась отъ карциномы сальника, который былъ зашитъ въ верхнемъ углу раны. Еще два случая уже давно сообщилъ мнѣ Klebs, который впервые обратилъ наше вниманіе на этотъ важный фактъ. Послѣ несовершенной экстирпации одной доброкачественной опухоли, сдѣланной Neuhau'sомъ въ Билѣ, на рубцѣ сперва развились мягкія обильныя сосудистыя массы, сходныя по наружности съ аденомами. Въ другомъ случаѣ (Шпигельбергъ) былъ экстирпированъ студенистый кистозъ, а затѣмъ образовались опухоли въ маломъ тазу и язвенная карцинома тонкихъ кишекъ.

Оба эти случая, хотя и не вполне аналогичны съ изложенными выше, тѣмъ не менѣе однакожъ они также достойны нашего вниманія.

Sp. Wells. Случай 3. 33 лѣтняя пациентка; опухоль вѣсомъ 21 ф., состоящая изъ множества мелкихъ кистъ. Водянистой жидкости 57 ф. Больная умерла черезъ 10 мѣсяцевъ. При вскрытіи найдены хроническій перитонитъ съ массою новообразованій яичепаго строенія (по описанію саркома, а не карцинома).

Sp. Wells. Случай 61-й. Больная 61 года; опухоль вѣснѣ 37 ф. Множество срощеній. У соединеніи остались частички опухоли. Послѣ выздоровленія черезъ 2½ мѣсяца послѣ операціи, новое заболѣваніе съ рвотою и болями въ животѣ; затѣмъ вскорѣ летальный исходъ. Оказалось, что всѣ органы правой стороны брюшной полости были окружены карциноматозной массою; а въ оставшемся яичникѣ спирръ и мѣшчатое перерожденіе.

Sp. Wells. Случай 63. 38 лѣтняя женщина; опухоль вѣсомъ 46½ ф. Операція трудна. Повидному простая пролиферирующая киста. Черезъ 3 мѣсяца смерть. Вся брюшная полость была наполнена эпсерфалoid'ными массами.

Sp. Wells. Случай 111. Больной 45 лѣтъ. Свообразная опухоль. Множество кистъ въ 16 ф. Черезъ 6 недѣль обнаружился ракъ брюшнаго рубца.

Въ своей таблицѣ Wells приводитъ еще 12 примѣровъ, которые могутъ быть отнесены сюда, а именно: № 127, 151, 330, 331, 433, 519, 545, 557, 605, 656, 712, 764. Позднѣйшія заболѣванія обозначены такъ: 6 разъ простая саркома; 1 разъ просто злокачественное заболѣваніе, 1 разъ разлитой ракъ; 1 разъ саркома ножки, 1 разъ саркома uteri и 2 раза саркома recti.

Говорятъ, что Verneuil и Boinet также наблюдалъ карциному у оваріотомированныхъ. Послѣдній на ножкѣ.

Очевидно, что изъ перечисленныхъ случаевъ нѣкоторые не на своемъ мѣстѣ, такъ какъ экстирпированная опухоль яичника сама могла быть злокачественною. Это относится, повидимому, къ случаю Sp. Wells'a за № 3, гдѣ какъ первичная опухоль, такъ и рецидивъ ея были пожалуй саркомы. Быть можетъ, что въ 111 случаѣ Wells'a точно также имѣлась злокачественная опухоль. Случай Winkel'я тоже сомнителенъ. Вообще же несомнѣнно, что во многихъ случаяхъ, по экстирпаціи пролиферирующей кистомы болѣе или менѣе скоро наблюдалось появленіе карциномы, притомъ же, болѣею частію, въ брюшной полости; изрѣдка только на ножкѣ и на заросшемъ салъникѣ.

Что же касается до случаевъ, приводимыхъ Wells'омъ въ таблицѣ подъ рубрикой карциномъ, то ни въ одномъ изъ нихъ не упоминается о томъ, что экстирпированная опухоль была карциноматозная, что Sp. Wells навѣрно сдѣлалъ бы, если бы онъ считалъ опухоль злокачественною. Громадная смертность отъ карциномы послѣ оваріотоміи,—именно 16 на 800 оваріотомій,—причемъ 599 имѣли благоприятный исходъ,—явленіе въ высшей степени знаменательное. Къ тому же весьма вѣроятно, что въ таблицу Sp. Wells'a не попали нѣсколько случаевъ, такъ что число 16 нельзя считать преувеличеннымъ, или случайнымъ. Въ остальномъ, собранномъ по этому вопросу матеріалѣ, нельзя усмотрѣть такое частое появленіе карциномъ, причемъ опять таки обнаруживается вся выгода, которую представляетъ статистика, составленная однимъ наблюдателемъ, заключающая въ себѣ наблюденія одного изслѣдователя, составленная на однихъ и тѣхъ же основаніяхъ и руководящихъ идеяхъ. Если бы 800 операций Wells'a были выполнены 8 различными операторами, то результатъ такихъ статистическихъ данныхъ былъ бы менѣе плодотворенъ, нежели приобретенный указаннымъ выше путемъ.

§ 237. Что касается до возраста женщинъ, заболѣвающихъ карциномой, то оно изъ 17 случаевъ, одинъ разъ выпало на 21 лѣтній; 8 разъ на 30—39 лѣтній 5—на 40—45; 3 раза на 50—61 лѣтній.

Время наступленія смертельнаго исхода послѣ оваріотоміи колебалось между 6 недѣлями и 1³/₄ года. Въ 7 случаяхъ смерть послѣдовала, приблизительно, черезъ $\frac{1}{2}$ года; въ 5-ти менѣе, чѣмъ черезъ годъ; въ 5-ти другихъ на второмъ году.

На вопросъ о причинѣ такого явленія, можно отвѣтить двоякимъ предположеніемъ: либо въ означенныхъ случаяхъ то, что принимали за пролиферирующую кистому, была смѣшанная опухоль, что въ ней содержались отдѣльные, карциноматозные участки; либо же яичниковая опухоль была ничто иное, какъ простая миксоидная киста. Экстирпація, которая благодаря оставшимся въ брюшной полости или случайно попавшимъ туда эпителиальнымъ клѣткамъ аденомы, позднѣе обусловила собою появленіе карциномы. Эпителиальные элементы внѣдрились въ подлежащую ткань, питались на счетъ ея соковъ и развились въ карциному. Эта послѣдняя гипотеза, судя по нѣкоторымъ наблюденіямъ, представляется болѣе вѣроятною. Доказательство, что гипотеза эта основательна, представляло бы весьма большой интересъ по отношенію къ вопросу о происхожденіи саркома. Оно положило бы основаніе нашему разумнѣю тѣхъ условій, при которыхъ изъ эпителиальныхъ клѣтокъ развиваются раковыя опухоли. Въ то же время, еслибъ у насъ подъ

рукой оказались доказательства подобнаго способа происхожденія, то мы имѣли бы новое подтвержденіе того, что гипотеза чисто эпителиальнаго происхожденія раковой опухоли основательна, или вѣрнѣ говоря, мы могли бы опровергнуть одно изъ тѣхъ возраженій, которыя были представлены противъ этой гипотезы. До настоящаго момента, присутствіе первичной, повидимому, раковой опухоли въ мѣстахъ, гдѣ отсутствуютъ эпителиальныя кѣтки, какъ напр. въ костяхъ и серозныхъ полостяхъ, принималось за главное основаніе противъ эпителиальной теоріи.

Однакожь, во всякомъ случаѣ неосновательно возраженіе, что при вскрытіяхъ дѣйствительно первичный ракъ ускользалъ всегда отъ взора изслѣдователя. Что касается до карциномъ, находимыхъ у женщинъ въ полости живота, то, во всякомъ случаѣ, можно допустить возможность происхожденія ихъ съ поверхности яичника. Если эпителиальныя кѣтки съ поверхности брюшины могутъ, при извѣстныхъ условіяхъ, развиваться въ карциномы, то почему же не допустить, что помимо существованія вистомы яичника, возможно, чтобы зародышевыя эпителиальныя кѣтки яичника являлись источникомъ происхожденія подобныхъ карциномъ.

Въ настоящее время можно лишь то сказать съ достовѣрностью, что у оваріотомированныхъ женщинъ подчасъ развивается раковая опухоль въ полости живота. Вопросъ, какъ часто встрѣчается это явленіе, а равно и объясненіе его, — ждетъ своего рѣшенія отъ дальнѣйшихъ наблюденій и, въ особенности, опытовъ. Приведенная выше гипотеза подтверждается отчасти изложенною въ § 175 возможностью, что куски тканей, попавшіе въ полость брюшины, питаются тамъ долгое время диффузією. Безъ названныхъ выше фактовъ едва ли можно было допустить упомянутую гипотезу относительно развитія карциномы; или же должны были допустить, что въ каждомъ, подобномъ случаѣ, новая опухоль была экстирпирована не вполне. Мы удовольствуемся пока однимъ указаніемъ на эти факты и ихъ общую важность.

Рецидивы послѣ оваріотоміи. Повтореніе операціи.

§ 238. Послѣ оваріотоміи могутъ происходить «рецидивы»; чаще всего случается, что послѣ экстирпаціи одного яичника заболѣваетъ впоследствии другой. Кромѣ того, въ томъ случаѣ, когда опухоли доброкачественныя или злокачественныя не были вполне удалены, рецидивъ можетъ произойти на мѣстѣ первичнаго заболѣванія. Рецидивы злокачественныхъ опухолей мы рассмотримъ въ главѣ о плотныхъ опухоляхъ. Относительно рецидивовъ отъ оставшихся частей пролиферирующихъ вистомъ, за неизмѣнимъ пока наблюденій въ этомъ направленіи, ничего положительнаго сказать нельзя, хотя смѣло можно утверждать, что болѣе чѣмъ въ сотнѣ случаевъ были оставляемы части висты, въ особенности, когда онѣ представляли плотныя сращенія съ органами малаго таза. По этому одному факту уже можно судить, что остатки вистомы яичника въ высшей степени рѣдко склонны служить почвою для развитія новой пролиферирующей вистомы.

Мы поэтому перейдемъ теперь къ тѣмъ заболѣваніямъ втораго яичника,

которыя наступаютъ спустя нѣкоторое время по удаленіи перваго. Оказывается, что число извѣстныхъ до сихъ поръ случаевъ подобнаго заболѣванія крайне ограничено. Недавно Шатцъ собралъ 10 наблюдений, описаніе которыхъ ему удалось прочесть въ литературѣ. Прибавивъ къ случаямъ, собраннымъ Шатцемъ, еще нѣсколько, которые отъ него ускользнули или которые по времени не могли быть ему извѣстны, мы получимъ всего 15 такихъ наблюдений, которыя мы представляемъ въ нижеслѣдующей таблицѣ.

Таблица два раза оваріотомированныхъ.

Первая операція. Время. Операторъ.	Промежутокъ и роды до второй операціи.	Вторая операція. Время. Операторъ. Литерат. указ.	Возрастъ во время 2-й операціи.	Исходъ.
5 Октяб. 1846. Ch. Clay. Трудная операція. Опу- холь=48 фунт.	16 лѣтъ. 5 дѣтей; послѣд. роды въ 1860.	W. L. Atlee. 26 окт. 1861 Atlee, диагнозъ опер. стр. 38.	40	Выздоров.
16. Окт. 1857. W. L. Atlee. Bird.	7 лѣтъ. бездѣт. и до того.	11 Нояб. 1864. W.L. Atlee, тамъ же стр.37. Bird *)	34	Выздоров.
Voinet.	14 лѣтъ. 10 мѣсяц.	Voinet 21 Іюня 1869. Gaz. des hôp. 1869. Nr. 115.	?	Умерла.
1862. Бакеръ Броуниъ.	6 мѣсяц.	Сп. Уэллсъ *) 13 Янв. 1863.	?	Выздоров.
15 февр. 1865. Сп. Уэллсъ.	18 мѣсяц. Незамуж.	Сп. Уэллсъ *) 20 Август. 1866.	25	Смерть спустя 7 дней.
17 Декаб. 1861. Сп. Уэллсъ.	6 лѣтъ.	5 Февр. 1863. Сп. Уэллсъ *)	25	Выздоров.
11 Іюня 1862. Сп. Уэллсъ.	7 лѣтъ. Незамуж.	21 Іюня 1869. Сп. Уэллсъ *)	56	Выздоров.
Февр. 1873. Сп. Уэллсъ.	Не долѣе 2¼/ лѣтъ.	До Іюля 1875. Сп. Уэллсъ **).	29	Смерть спустя 3 дня.
18. Мая 1870. Сп. Уэллсъ.	5 лѣтъ.	Іюня 1875. Сп. Уэллсъ.	32 или 33	Выздоров.
Апрѣль 1873. Сп. Уэллсъ.	3 года.	1876. Сп. Уэллсъ ***)	32	Выздоров.
Caswell.	3 года.	Caswells. New-York med. Record, сентяб. 1. 1871.	?	Выздоров.
Крауель. 16. Іюля 1850. A. Müller. Diss. inaug. Rostock 1850	25 лѣтъ. 3 дѣтей. 1864, 65, 67.	Шатцъ. 6 Мая 1875. Arch. f. Gyn. IX. стр.487.	51	Выздоров.
Potter.	17 мѣсяц.	Potter. New-York med. Record. 1867 Nr. 27 стр. 70.	почти 70	Выздоров.
Th. Keith. 1863.	10 лѣтъ.	Th. Keith. 1873. Brit. med. J. 26 Іюня 1876.		

*) Сп. Уэллсъ. Krankh. der Ovarien, перев. Грензера, стр. 320.

***) Сп. Уэллсъ. Obstetr. J. of gr. Brit. July 1875. стр. 243.

****) Сп. Уэллсъ. Three hundred additional cases ovariot. med. chir. Soc. Febr. 1877.

§ 239. Изъ вышеприведенной таблицы видно, что въ 15-и вторичныхъ операціяхъ на однихъ и тѣхъ же больныхъ, участвовало 8 хирурговъ, причемъ на одного Сп. Уэллса приходится 7 случаевъ. Далѣе, что изъ всѣхъ больныхъ 3 скончались послѣ второй операціи, остальные же всѣ выздоровѣли. Заболѣваніе втораго яичника въ 4-хъ случаяхъ послѣдовало въ теченіи 2 лѣтъ послѣ первой операціи; въ 4-хъ другихъ случаяхъ между 3—5 годомъ, въ другихъ 4-хъ случаяхъ между 6-мъ и 10-мъ годомъ, наконецъ въ одномъ случаѣ — спустя 14 лѣтъ, въ одномъ спустя 15, и въ одномъ случаѣ — спустя 20 лѣтъ.

Поэтому мы вѣривъ утверждать, что второй яичникъ очень рѣдко заболѣваетъ послѣ экстирпаціи перваго. Въ этомъ отношеніи лучшею точкою опоры можетъ служить опять таи статистика Сп. Уэллса, которая еще болѣе подтверждаетъ, даже, можно сказать, дѣлаетъ несомнѣннымъ тотъ фактъ, что встрѣаемыя при оваріотоміи незначительныя мѣшчатыя образованія на второмъ яичникѣ лишь въ исключительныхъ случаяхъ доходятъ до такого заболѣванія органа, которое можно было бы распознать клинически. Только этимъ и можно объяснить то противорѣчіе, которое существуетъ между числомъ двухстороннихъ заболѣваній, наблюдаемыхъ при аутопсіяхъ (по Сканцони 50%) и числомъ случаевъ двухсторонней оваріотоміи, плюсъ тѣ случаи, когда по истеченіи продолжительнаго времени требовалась вторичная операція, и которые, вмѣстѣ взятые, составляютъ едва 10%.

Шатцъ по первымъ 4-мъ вторичнымъ операціямъ Сп. Уэллса опредѣлилъ, что число послѣдовательныхъ заболѣваній равно 3% на каждые пять случаевъ, однако опредѣленіе это уже теперь обазывается преувеличеннымъ. Напротивъ того, полагаясь на тщательныя статистическія данныя Сп. Уэллса, объ участи оперированныхъ женщинъ, мы приходимъ къ тому утѣшительному убѣжденію, что вторичныя заболѣванія, въ сущности, встрѣчаются весьма рѣдко. Поэтому ясно, что мы должны, по возможности, удерживаться отъ немедленнаго удаленія втораго яичника, когда при оваріотоміи одного изъ нихъ на немъ обазываются мелкія мѣшчатыя образованія. Послѣднее правило въ особенности же рационально для тѣхъ случаевъ, когда удаленіе втораго яичника сопряжено съ значительными техническими трудностями и когда желательно сохранить производительную способность женщины.

§ 240. О техническихъ приемахъ при выполненіи вторичной оваріотоміи приходится сказать лишь немного.

Прежде всего, конечно, слѣдуетъ избрать мѣсто для разрѣза покрововъ живота. Сп. Уэллсъ, въ своемъ первомъ случаѣ, сдѣлалъ разрѣзъ на разстояніи $\frac{3}{4}$ " отъ стараго рубца и параллельно ему.

Не смотря на своевременное удаленіе нѣкоторыхъ швовъ, края раны разошлись на 3 день, и произошло выпаденіе кишекъ. Большая скончалась, несмотря на то, что кишки были немедленно вправлены, и рана снова зашита. Впослѣдствіи Сп. Уэллсъ сдѣлалъ разрѣзъ на гораздо большемъ разстояніи ($1\frac{1}{2}$ " отъ стараго рубца. Шатцъ точно также придерживался разстоянія 3 цм. отъ стараго рубца, что для большинства случаевъ, намъ кажется, весьма рациональнымъ; тѣмъ не менѣе, опытъ одного Сп. Уэллса не доказываетъ еще,

чтобы ни въ какомъ случаѣ не возможно было избирать мѣстомъ для вторичнаго разрѣза старый рубецъ. Если старый рубецъ очень тонокъ, то лучше всего будетъ его вырѣзать, къ тому же, если въ немъ образовалась грыжа, то во всякомъ случаѣ будетъ удобно воспользоваться вторичной операціей для удаленія расширившейся части покрововъ живота, подобно тому, какъ поступилъ Густавъ Симонъ, однажды, у больной, у которой вовсе не было вторичнаго заболѣванія.

При разрѣзѣ покрововъ живота слѣдуетъ, конечно, избѣгать раненія ножен, если она послѣ первой операціи срослась съ покровами живота. У Кейта однажды произошло опасное кровотеченіе изъ весьма расширенныхъ венъ старой ножен. Въ остальныхъ же, по нынѣ извѣстныхъ случаяхъ вторичная операція не представляла особенныхъ трудностей. Между прочимъ слѣдуетъ сказать, что въ случаѣ Кейта, да еще въ одномъ случаѣ Atlee имѣлись весьма обширныя сращения. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ сальникъ или кишка срослись со старымъ рубцомъ.

Вторичныя операціи представляютъ особенный интересъ еще въ томъ отношеніи, что по нимъ можно себѣ составить понятіе о томъ, какъ скоро распространяется прогрессивное заболѣваніе втораго яичника. Wells утверждаетъ, что онъ въ первомъ своемъ случаѣ, нашелъ второй яичникъ совершенно здоровымъ. Годъ спустя больная чувствовала себя еще совершенно здоровой, спустя же еще 6 мѣсяцевъ пришлось уже удалить опухоль, которая заходила за пупокъ на 2", вправо же доходила до ложныхъ реберъ. Въ другомъ же случаѣ, по наблюденію Сп. Уэллса, оставленный яичникъ атрофировался, но тѣмъ не менѣе между пластинками lig. lat. находилась простая, величиною въ апельсинъ, киста, которую и прокололи. Шесть лѣтъ спустя у больной обнаружена уже опухоль, по величинѣ равнявшаяся маткѣ на 6—7 мѣсяцѣ беременности; это была пролиферирующая киста, сидѣвшая широкимъ основаніемъ своимъ на маткѣ и представлявшая въ своихъ стѣнкахъ значительное развитіе сосудовъ. О яичникѣ не упоминалось. Поэтому, остается только предположить, что пролиферирующая киста произошла отъ яичника, атрофировавшагося 6 лѣтъ тому назадъ.

ГЛАВА XII.

Показанія и противопоказанія къ овариотоміи.

Литература. Pingaud: Des indications et contreindications de l'ovariotomie. Thèse. Strassb. 1863.—Коеберлѣ: De l'ovariotomie. Paris 1865, стр. 73 seqq. и: Gaz. méd. de Strassbourg 1877 № 3.—Gros Fillay: Des indications et contreindications dans le traitement des kystes de l'ovaire. Paris 1874.—B. S. Schultze: Ueber Ovariectomie. Deutsche Ztschr. f. pract. Med. 1876.—Trenholme: a case of excision of the left ovary for chronic oophoritis and displacement Amer. J. of obstetr. Oct. 1876, стр. 703 и: two cases of ovariectomy, obst. J. of great Britain Oct. 1876.—Hegar: Zur Exstirpation normaler Eierstöcke bei Fibromyomen des Uterus. Centralbl. f. Gyn. 1878 № 5.—Karl Stahl: Der anticipirte Climax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus. Deutsche medicinische Wochenschr. 1876 № 50.—Hegar: Wien. med. Presse 1877 № 14—17.—R. Battey:

Exstirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases. Transact. amer. gyn. Soc. Vol. I. 1887, стр. 101.—R. Peaslee: Both ovaries removed for the relief of epileptic seizures; *ibidem* стр. 340.—Ueber Operation bei Cysten-eiterung: W. A. Freund: Beitrag zur Indication der Ovariectomie. Beiträge d. Ges. f. Gebh. in Berlin. Bd. II. 1873, стр. 50.—Th. Keith: The Lancet 1865, стр. 480; Edinb-med. J. Febr. 1875 und The Lancet 1877 March 10.—T. Holmes: Med. chir. transact: Vol. 55. 1872.—Bryant: Guy's Hosp. rep. for 1868. 3rd. Ser. Vol. XIV.—Sp. Wells: med. times and gaz. Jan. 27. 1872.—Teale: The Lancet. June 28. 1873.—John Clay: Lancet 7. Sept. 1872.

§ 241. Доказывать въ настоящее время примѣнимость овариотоміи, какъ это дѣлалось лѣтъ 10—15 тому назадъ, было бы все равно, что добиваться рѣшенія давнорѣшенной задачи.

Присутствіе пролиферирующей кисты яичника служить вообще показаніемъ къ удаленію этого органа. Никто теперь не станетъ уже отрицать этого положенія. Мнѣнія могутъ расходиться только въ отношеніи большаго или меньшаго ограниченія этого показанія въ зависимости отъ нѣкоторыхъ условій, представляемыхъ самой опухолью или же со стороны состоянія здоровья больныхъ, въ особенности же вслѣдствіе осложняющихъ болѣзней.

О многихъ обстоятельствахъ, которыя прежде служили противопоказаніемъ, теперь болѣе не упоминаютъ; такъ напр. присутствіе паріетальныхъ срощеній, которыя, помимо невозможности опредѣлить ихъ распространеніе, даже въ крайнемъ случаѣ, не могутъ служить противопоказаніемъ. Тоже самое можно связать и о кишечныхъ срощеніяхъ, которыя почти никогда не могутъ подлежать діагнозу—за исключеніемъ случаевъ, когда существуетъ сообщеніе съ кишкой—и когда доказано существованіе кишечно-мѣшчатого свища могутъ помѣшать счастливому исходу операціи.

Совсѣмъ другое дѣло тазовыя срощенія, которыя въ иныхъ случаяхъ не трудно распознать и которыя и по нынѣ еще считаются въ нѣкоторой степени противопоказаніемъ. Но если принять во вниманіе то обстоятельство, что почти никогда невозможно съ точностью опредѣлить ихъ мѣсто-нахожденіе и степень распространенія; если далѣе принять въ соображеніе, что въ настоящее время извѣстны уже многіе примѣры благополучнаго исхода операціи, не смотря на весьма обширныя тазовыя срощенія и, наконецъ, если принять въ расчетъ, что оставленіе даже довольно значительной части кистъ не представляетъ особенной опасности,—то едвали присутствіе однихъ тазовыхъ срощеній можетъ служить въ наше время противопоказаніемъ къ овариотоміи.

Совсѣмъ другое дѣло, когда опухоль развивается внутри связокъ. Последнюю весьма часто можно опредѣлить съ точностью; между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ діагнозъ можетъ колебаться между внутрисвязочнымъ развитіемъ и широкимъ прирѣпленіемъ опухоли къ lig. latum. Если вѣдѣбрюшная опухоль заходитъ ниже дна cavum Douglasii или даже почти до нижней части прямой кишки; или когда она изъ lig. latum еще широко распространяется на fossa iliaca или же наконецъ, когда несомнѣнно большой сегментъ ея вросъ между пластинокъ lig. latum и тѣсно связанъ съ боковымъ

краемъ матки и, въ особенности, если двухсторонняя опухоль находится въ такихъ условіяхъ, — въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ абсолютно воздерживаться отъ операціи. Если и нельзя совершенно отрицать, что въ рѣдкихъ случаяхъ операція можетъ имѣть благополучный исходъ, то все таки недолжно упускать изъ виду, что при такихъ условіяхъ существуетъ весьма мало шансовъ на спасеніе жизни.

Относительно условій, которыя представляетъ сама опухоль, слѣдуетъ еще рѣшить, не должно ли чрезмѣрное развитіе ея служить противопоказаніемъ и въ какой степени слишкомъ малая величина ихъ можетъ служить временнымъ противопоказаніемъ. На первый вопросъ можно, не задумываясь, дать отрицательный отвѣтъ; такъ какъ извѣстные примѣры, гдѣ экстирпація огромнаго размѣра опухолей имѣла весьма хорошіе результаты. Къ тому же нѣтъ основанія дѣлать исключеніе для опухолей, въсомъ въ 30—35 кило и болѣе. Подобныя опухоли точно также какъ и большія могутъ также представлять сращенія съ печеню, желудкомъ, селезенкой и грудобрюшной преградой.

Пролиферирующую кистому, не достигшую извѣстной величины, во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ оперировать безъ крайней надобности. Если и нельзя точно опредѣлить величину, которой должна достигнуть опухоль, чтобы операція была вполне своевременна, то во всякомъ случаѣ нижеслѣдующее указаніе можетъ быть принято безъ противорѣчія.

Пока перкусія не покажетъ, что опухоль прилегаетъ къ покровамъ живота, хотя бы незначительнымъ сегментомъ, операцію слѣдуетъ отложить на время, если только симптомы терпятъ отлагательство. Если же опухоль успѣла подняться надъ пупкомъ на ширину ладони, то откладываніе едва ли будетъ рационально. Къ этому времени общее питаніе уже значительно пострадало и силы больной замѣтно упадаютъ. Откладываніе въ этомъ случаѣ можетъ только создать новыя неблагоприятныя условія для операціи, давая время къ образованію сращеній, и кромѣ того подвергаетъ больныхъ опасности отъ могущаго произойти разрыва опухоли.

§ 242. Нельзя однакожь пройти молчаніемъ того факта, что различные авторы придерживаются весьма различныхъ взглядовъ на общее состояніе здоровья больной, при которомъ операція кажется своевременною. Кеберле совѣтуетъ, по возможности, раньше производить операцію, прежде чѣмъ ухудшится общее состояніе больной, между тѣмъ какъ Кейтъ утверждаетъ, по крайней мѣрѣ въ былое время, что онъ приступаетъ къ операціи не раньше, чѣмъ страданіе отзовется на весь организмъ и не раньше чѣмъ силы больныхъ станутъ болѣе или менѣе замѣтно приходить въ упадокъ. Кейтъ, безспорно, создалъ такимъ образомъ для своихъ операцій массу осложняющихъ условій, но тѣмъ не менѣе достигъ весьма блистательныхъ результатовъ.

Я полагаю, что въ тѣхъ случаяхъ, когда хирургъ имѣетъ возможность выбрать время для операціи, онъ долженъ дожидаться того момента, когда опухоль достигнетъ означенныхъ выше размѣровъ, то есть, когда она по

величинѣ будетъ равняться маткѣ въ періодъ беременности отъ 5—8 мѣсяца; кромѣ этихъ границъ, слѣдуетъ принимать въ расчетъ еще разныя другія обстоятельства. Естественно, что при этомъ слѣдуетъ принимать въ соображеніе общее состояніе больной, которое подчасъ не допускаетъ дальнѣйшаго откладыванія. Весьма важный моментъ представляетъ также болѣе или менѣе быстрый ростъ опухоли. Если увеличеніе опухоли становится замѣтнымъ уже по истеченіи нѣсколькихъ недѣль, то экстирпацию не слѣдуетъ откладывать на долго; тѣмъ не менѣе слѣдуетъ выжидать, если быстрое разрастаніе опухоли обуславливаетъ скоротечныя отеки, или обнаруживается разстройство отправления почекъ.

Впрочемъ, избирая удобный моментъ для операціи, хирургъ можетъ руководствоваться собственнымъ опытомъ, а также и внѣшними условіями и тѣмъ можно ли болѣе или менѣе долго слѣдить за больной.

§ 243. Существуютъ однакожъ извѣстныя обстоятельства, которыя, помимо величины опухоли, требуютъ, чтобы хирургъ неотлагательно приступилъ къ операціи. Сюда слѣдуетъ отнести: острые воспаленія брюшины, происшедшія вслѣдствіе разрыва опухоли или вслѣдствіе перекручиванія ножки, затѣмъ нагноеніе, съ предшествовавшимъ или не предшествовавшимъ проколомъ, припадки, указывающіе на непроходимость кишекъ, если она обуславливается присутствіемъ опухоли, дальнѣ явленія уреміи и другія опасныя патологическія явленія, которыя могутъ зависѣть отъ ущемленія опухоли въ полости малаго таза. Нѣкоторыя изъ этихъ патологическихъ явленій заслуживаютъ особаго разсмотрѣнія.

Во время развившагося остраго перитонита, Кейтъ, поставивъ вѣрный діагнозъ и руководствуясь опредѣленнымъ показаніемъ, приступалъ къ операціи раньше другихъ. Однажды на его глазахъ образовался перитонитъ отъ прокола (*The Lancet* 1865. Vol. 1. стр. 36) и уже недѣлю спустя онъ сдѣлалъ оваріотомію. При этомъ оказалось, что кишечныя петли вздуты газами, темно-вишневаго цвѣта и склеены между собой гнойнымъ выпотомъ; кровотеченіе было значительное, такъ что въ концѣ операціи, продолжавшейся два часа, кишечныя петли приняли уже нормальный цвѣтъ. Общее состояніе больной быстро улучшилось; она выздоровѣла.

Пеанъ (*Gros-Fillay* стр. 77.) сдѣлалъ 8 мая 1870 г. операцію одной больной, за которою онъ слѣдилъ довольно долго и у которой внезапно появилась упорная рвота. Брюшина оказалась красною, воспаленной, изъ кистъ опухоли вытекало отчасти гнойное содержимое; изъ разрывовъ сросеній, вытекло много крови, такъ что пришлось наложить нѣсколько торзіонныхъ пинцетовъ. На толстую ножку наложили зажимъ. Рвота ослабѣла уже въ самый день операціи. Учащенный пульсъ замедлился. Больная выздоровѣла.

Пеанъ (*Ovariectomie* 1 изд. стр. 14) оперировалъ съ одинаковымъ успѣхомъ еще въ одномъ подходящемъ случаѣ. Таковой же успѣхъ имѣлъ и Тасеу въ Мельбурнѣ (*Transact. medico-chir. Soc.* 1873 стр. 84), оперируя при воспалительно-красной брюшинѣ, причемъ въ полости живота находилось гнойное содержимое. Больная выздоровѣла.

Teale (The Lancet 1874 Vol. 1. стр. 906) приступилъ къ операціи спустя 17 дней послѣ прокола, вызвавшаго признаки нагноенія кистъ и развитія перитонита. Больная сильно лихорадила (темп. выше 40°) ее рвало, и она страдала, кромѣ того, отъ сильной боли въ животѣ. Брюшина оказалась гиперемированной и покрытой свѣжими гнойными слоями. Проколота киста содержала въ себѣ вонючую жидкость и газъ. Больная скоро окончательно выздоровѣла. Сп. Уэллсъ не однократно оперировалъ при имѣющемся разрывѣ кистъ, осложненномъ или не осложненномъ воспаленіемъ брюшины. Изъ 300 оваріотомій онъ всего 24 раза наблюдалъ изліянія содержимаго кистъ въ полость живота, а отчасти также видимыя воспалительныя выпоты на брюшинѣ. Изъ 24 больныхъ выздоровѣло 19.

Шредеръ (Krankheiten der weiblichen Gesch.-Org. 2 изд. стр. 379) оперировалъ дважды при существовавшемъ уже перитонитѣ; въ одномъ случаѣ онъ проводилъ дренажъ въ полость брюшины, однакожъ безъ успѣха; въ другомъ же случаѣ онъ строго придерживался Листеровскихъ принциповъ, и больная выздоровѣла.

Тиббитсъ (Med. Times and Gaz. March. 28, 1874), точно также оперировалъ при остромъ перитонитѣ, онъ погружалъ ножку и закрылъ рану поврховъ живота. Воспаленіе брюшины стало, повидимому, уменьшаться; тѣмъ не менѣе больная скончалась черезъ 3 дня.

Если, съ одной стороны, и извѣстны случаи неблагополучнаго исхода операціи, то съ другой—добытый опытъ точно также какъ и теоретическія соображенія не только оправдываютъ, но даже требуютъ экстирпацію, не смотря на существованіе остраго перитонита. Если же, за отсутствіемъ видимой опасности, дали пройти воспаленію брюшины, не приступая къ операціи, то, во всякомъ случаѣ, будетъ рационально приступитъ къ операціи по прошествіи воспаления, пока образовавшіеся свѣжія спайки не успѣли окрѣпнуть и не представляютъ трудностей къ ихъ разбѣдиненію. Точно также, какъ Шредеръ, въ одномъ изъ вышеупомянутыхъ двухъ случаевъ, открылъ свѣжія, легко раздѣлимыя срощенія на передней стѣнкѣ живота въ томъ мѣстѣ, гдѣ прежде можно было услышать ясный шумъ тренія, который затѣмъ снова исчезъ, такъ и я нашелъ при одной оваріотоміи многочисленныя, легко разединяемыя срощенія, образовавшіяся влѣдствіе воспалительнаго состоянія брюшины, которое развилось недѣлю тому назадъ на моихъ глазахъ отъ разрыва кисты.

§ 244. Еще болѣе чѣмъ при перитонитѣ операція оказывается спасительною, когда при развивающемся нагноеніи кисты безъ сопровождающаго перитонита удаляютъ опухоль, а вмѣстѣ съ нею и источникъ лихорадки. Вруантъ еще въ 1868 году, по поводу двухъ случаевъ хроническаго нагноенія кисты, сталъ добиваться наилучшаго образа дѣйствія въ подобныхъ случаяхъ, и пришелъ къ тому заключенію, что самымъ цѣлесообразнымъ будетъ зашитіе мѣшечка въ рану и опорожненіе гноя, въ той надеждѣ, что мѣшокъ сморщится и при этомъ безслѣдно исчезнетъ. Больная его выздоровѣла,

послѣ того, какъ она въ продолженіи 2-хъ лѣтъ носилась со свищемъ живота, изъ котораго вытекалъ гной. Кейтъ и тутъ опять таки первый проложилъ новый путь; онъ первый постигъ и высказалъ необходимость удаленія опухоли при гноящихся вистахъ; по его словамъ, это единственная возможность спасти больныхъ, обреченныхъ на вѣрную погибель. Примѣру Кейта вскорѣ послѣдовали Фейтъ (Krank. d. weibl. Geschlech.-Org. 2 изд. 1867. стр. 504), В. А. Фрейнды, а также и Сп. Уэллсъ. Впослѣдствіи Peaslee, Уильшайръ, Джонъ Клей, Тиль и Гольмсъ, слѣдую тому же показанію, оперировали съ успѣхомъ.

Изъ замѣчательнѣйшихъ случаевъ, мы приведемъ слѣдующіе два примѣра изумительныхъ результатовъ, достигнутыхъ Кейтомъ.

Въ декабрѣ 1864 года одна пациентка прибыла въ Единбургъ съ огромною опухолью яичника; отъ долгой вѣзды у нея появилась боль въ животѣ. За проколомъ не послѣдовало облегченія. Обнаружились тифоидные симптомы, лихорадка и бредъ. При такихъ обстоятельствахъ приступили къ овариотоміи. При операціи бросилось въ глаза рѣзко выраженное темнокрасное, почти черное окрашиваніе кишечныхъ петель и ихъ губчатая рыхлость — что обыкновенно и бываетъ въ подобныхъ случаяхъ. На кишкахъ и на брыжейкѣ, всюду находились свѣжіе слои гноя. Въ одной толстостѣнной кистѣ, стѣнки которой мѣстами обнаруживали начало гангрены, содержался гнилостной ихоръ. По окончаніи почти 2-хъ часовой операціи больная была холодна, почти безъ пульса и ее много rvalo. Казалось, говорить Кейтъ, что она умретъ почти подъ ножомъ. Однако, она вскорѣ согрѣлась; бредъ исчезъ, и выздоровленіе послѣдовало безъ новыхъ ухудшеній.

Другой пациенткѣ, 57 лѣтъ отъ роду, представлявшей также огромную опухоль, другой врачъ сдѣлалъ проколь два мѣсяца до того, какъ она явилась къ Кейту. Она была исхудалая, блѣдная и съ весьма малымъ пульсомъ. Отекъ бедеръ и покрововъ живота указывалъ на необходимость вторичнаго прокола; вытекавшая жидкость была густовата и темной окраски. Отеки вскорѣ снова появились; въ мочѣ появился бѣлокъ. Пациентка быстро исхудала. Подъ ребрами лѣвой стороны наступили боли и гиперестезія. Вздуте брюхо имѣло въ окружности 46". Предполагали существованіе злокачественной опухоли. Однако послѣ новаго прокола вытекло до 2-хъ галонъ въ высшей степени гнилостной жидкости. До того весьма низкая (ниже 37°) температура не позволяла предполагать нагноенія. Здоровье улучшилось въ продолженіи 2 дней, но затѣмъ пульсъ сталъ все болѣе и болѣе учащаться, температура же все болѣе и болѣе падала; языкъ красный и сухой; начался поносъ. Физиономія была точно такая же, какъ она бываетъ у больныхъ этого рода въ послѣдніе дни передъ смертью. Больная апатично лежала на постели, отвѣчая на всѣ вопросы односложнымъ «да» или «нѣтъ» и отказываясь отъ всякой пищи.

Тогда Кейтъ предпринялъ овариотомію подъ вліяніемъ эфирнаго наркоза. Тѣло было въ высшей степени истощено. Пульсъ едва можно было считать, 130 ударовъ. Температура упала до 35° Ц. Опухоль находилась въ состояніи крайняго ихорознаго распаденія. Приходилось разъединять весьма плотныя и многочисленныя срощенія, особенно сзади, съ кишками и съ брыжейкой, которыя при этомъ значительно кровоточили; было погружено по меньшей мѣрѣ 20 катгутновыхъ лигатуръ. Ножку отдѣляли посредствомъ раскаленнаго жезла и затѣмъ уже ее погружали. Изъ пораненныхъ поверхностей кровь еще долго сочилась, такъ что долго приходилось орудовать губками и держать рану открытой въ теченіе 1½ часовъ.

Кода больную уложили въ постель, она походила на трупъ. Сдѣлали клистиры изъ воды. Проснувшись черезъ 2½ часа, больная оказалась теплою, 170 ударовъ пульса, который однакожь къ утру сдѣлался болѣе полнымъ. Къ вечеру того же дня температура повысилась на 1° Ц., пульсъ былъ 144. На 2-й день температура поднялась до 38,5°, а затѣмъ снова упала до нормы. Къ 10-му дню пульсъ замедлился до 100 ударовъ и выздоровленіе наступило безъ дальнѣйшихъ помѣхъ.

Примѣры эти, наравнѣ съ нѣкоторыми другими того же хирурга, доказываютъ намъ основательность показанія въ томъ случаѣ, когда имѣется нагноеніе опухоли; они доказываютъ намъ, кромѣ того, что оваріотомія въ нѣкоторыхъ отчаянныхъ, безнадежныхъ случаяхъ можетъ еще спасти больную.

Кейтъ прямо говоритъ: нужно самому быть свидѣтелемъ подобныхъ случаевъ, чтобы вѣрить въ возможность выздоровленія. Кейтъ оперировалъ уже 14 разъ при остромъ нагноеніи или гнилостномъ распаденіи; кромѣ того, дважды при хроническомъ нагноеніи. Всѣ больныя выздоровѣли, за исключеніемъ двухъ. Фактъ этотъ весьма многозначителенъ, тѣмъ болѣе, что большинство операцій осложнилось обширными, въ особенности, кишечными сращениями. Въ случаяхъ скоротечнаго нагноенія опухоль являлась обыкновенно болѣзненной при надавливаніи. Пульсъ былъ постоянно частый и малый. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ наблюдалось значительное повышеніе температуры. И тогда она постоянно, спустя нѣсколько часовъ послѣ операціи, падала на нѣсколько градусовъ—что подтверждается также наблюденіями Фейта и Фрейнда. Когда же, напротивъ того, какъ напр. въ двухъ случаяхъ Кейта, температура до операціи была ниже нормы, то она вскорѣ послѣ послѣдней подымалась на 1° и даже на $1\frac{1}{2}^{\circ}$ Ц.

Изъ 10 первыхъ случаевъ Кейтъ въ 5-ти наглядывалъ зажимъ; въ 5-ти же другихъ случаяхъ онъ употреблялъ раскаленное желѣзо. Какъ тотъ, такъ и другой способъ леченія дали по одному смертному случаю.

Относительно расширенія круга показаній къ оваріотоміи, можно сказать, что смѣлый образъ дѣйствія Кейта, опирающійся на вѣрныя соображенія, представляетъ наибольшіе успѣхи, съ тѣхъ поръ, какъ оваріотомія вообще практикуется.

§ 245. Остается еще рѣшить, въ какой степени другія осложняющія болѣзни противопоказуютъ оваріотомію. Въ этомъ отношеніи точно также слишкомъ далеко заходили въ ограниченіи круга показаній. Всевозможныя конституціональныя и мѣстныя заболѣванія считались противопоказаніями, такъ напр. буторчатка, золотуха, сифилисъ, ракъ, пороки сердца, болѣзни печени, селезенки, почечъ, кишекъ, язва желудка, страданія органовъ центральной нервной системы и. т. д. Всѣ эти патологическія состоянія Сп. Уэллсъ приводитъ въ своемъ учебникѣ, какъ противопоказанія къ оваріотоміи. Конечно, при извѣстныхъ условіяхъ, состояніе больной можетъ послужить временнымъ противопоказаніемъ, такъ напр. въ тотъ моментъ, когда тѣло больной сильно истощилось, вслѣдствіе Haematemesis отъ рака желудка, или когда внезапно наступило обостреніе симптомовъ сердечнаго или легочнаго страданія. Вообще же, я не вижу, почему не слѣдуетъ оперировать туберкулезную больную, развѣ только она уже достигла высшихъ степеней чахотки, и почему нельзя оперировать женщину съ пороками сердца, когда удаленіемъ опухоли можно, быть можетъ, надѣяться на уменьшеніе страданій сердца, а можетъ быть и на уменьшеніе опасности, угрожающей жизни отъ послѣднихъ. Послѣднее положеніе можно еще въ большей степени примѣнить къ нѣкоторымъ болѣзнямъ органовъ брюшной полости и въ особенности къ пораженіямъ

почекъ. Если уже простую альбуминурию нельзя считать противопоказаніемъ, — такъ какъ она въ сущности можетъ обусловливаться присутствіемъ опухоли, — то даже и паренхиматозное воспаленіе почекъ нельзя признать за противопоказаніе и тѣмъ менѣе, что оно можетъ усилиться отъ присутствія опухоли. Только въ томъ случаѣ, когда хроническая, осложняющая болѣзнь дозволяетъ съ достовѣрностью заключить о скорой кончинѣ больной, ее слѣдуетъ, конечно, признать за противопоказаніе.

Само собою разумѣется, положеніе вещей будетъ совершенно иное, когда существуетъ острая, лихорадочная болѣзнь. Въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ приступать къ операціи безъ особенной крайности, въ особенности при существующемъ остромъ пораженіи грудныхъ органовъ. Тутъ должно придавать серьезное значеніе даже простому безлихорадочному катарру. Кашель представляетъ весьма неприятное обстоятельство въ первые дни послѣ операціи, такъ какъ онъ причиняетъ паціентѣ боли, прешпятствуютъ правильному теченію заживленія раны и, наконецъ, содѣйствуетъ появленію рвоты. Кэберле, и другіе хирурги, имѣли случаи смерти оперированныхъ отъ пневмоніи, которая развилась изъ существовавшего до того бронхіальнаго катарра. Я точно также имѣлъ возможность наблюдать, какъ, при тѣхъ же условіяхъ, въ нѣсколько дней послѣ операціи, развилась двухсторонняя пневмонія. Больная однакожь выздоровѣла. Особенно слѣдуетъ быть осторожнымъ, когда мы имѣемъ дѣло съ пожилыми особами, одержимыми даже легкими катаррами.

§ 246. Въ заключеніе остается еще разсмотрѣть, какъ слѣдуетъ смотрѣть на возрастъ паціентокъ и на нѣкоторыя фізіологическія состоянія въ отношеніи противопоказанія къ оваріотоміи.

Едва ли еще существуетъ такой возрастъ, въ которомъ не дѣлали уже оваріотоміи и къ тому же съ успѣхомъ: W. L. Ailee (Amer. J. of. med. Sc. April 1855) оперировалъ съ успѣхомъ 78 лѣтнюю старуху; Вилке (въ Галле) 77 лѣтнюю; Шпигельбергъ 74 лѣтнюю; Минеру, однакожь, не повезло съ одной 82-хъ лѣтней паціенткой (Amer. J. of. med. Sc. Jan. 1867, стр. 284). Она скончалась черезъ 14 дней. Б. Баркеръ (Phil. med. Timis, Nov. 1, 1871) съ успѣхомъ оперировалъ 7 лѣтнюю дѣвочку; между тѣмъ какъ Алкоттъ (Lancet. Febr. 1872) оперировалъ 3-хъ лѣтнее дитя, но безъ успѣха; Бушъ (Боннъ) оперировалъ также безуспѣшно 2-хъ лѣтнее дитя.

Въ настоящее время, ни самый ранній, ни старческий возрастъ нельзя признать абсолютнымъ противопоказаніемъ къ оваріотоміи. Однако, у старушекъ, когда опухоль не причиняетъ имъ страданій, когда она медленно растетъ и когда, повидимому, и помимо экстирпаціи, можно надѣяться, что больная еще довольно долго проживетъ сносно, — слѣдуетъ воздержаться отъ операціи.

Относительно вліянія возраста на успѣхъ операціи, мнѣнія значительно расходятся. Въ то время какъ одни утверждаютъ, что предсказаніе сравнительно довольно плохо, если больной за 30 или 40 лѣтъ, Peaslee, на основаніи составленныхъ имъ статистическихъ данныхъ, приходитъ къ тому заключенію, что возрастъ до 20 и свыше 60 лѣтъ допускаетъ наилучшее предсказаніе. Въ дѣйствительности же, въ статистикѣ Peaslee, содержащей

665 наблюдений, замислованныхъ у Клея, Уэллса, Кэберле и Peaslee, число выздоровлений колеблется между 60,4% и 70,3%. Разница эта, однакожь, надо полагать, сократится еще на нѣсколько процентовъ, когда будетъ собрано большее число наблюдений. Поэтому можно принять, что въ общемъ, вліяніе возраста не особенно велико.

§ 247. Время предстоящаго наступленія и затѣмъ время самой менструаціи признаются вообще временными противопоказаніями къ овариотоміи. Однако, Штореръ (Amer. J. of med. Sc. Jan. 1868 стр. 77) оперировалъ во время менструаціи и безъ всякаго вреда для больной.

Такъ какъ до наступленія мѣсячнаго очищенія приливъ крови къ половымъ органамъ, естественно, больше, чѣмъ во время наступившей менструаціи, то, въ виду могущихъ быть сильныхъ послѣдовательныхъ кровотеченій, не слѣдуетъ приступать къ операціи незадолго до ея наступленія. Оперировать во время менструаціи, значитъ способствовать зараженію крови, такъ какъ мѣсячное отдѣленіе, смѣшиваясь съ другими отдѣленіями и задерживаемое подъ повязкою, весьма легко подвергается разложенію. Дренажъ влагалища, въ особенности, оказалъ бы въ данномъ случаѣ дурную услугу.

Поэтому, будетъ рациональнѣе не дѣлать операціи во время и въ послѣдніе 4—6 дней непосредственно до наступленія менструаціи, однакожь отнюдь не слѣдуетъ, подобно Пизли, предпринимать операціи въ короткій промежутокъ отъ 8 дня послѣ окончанія мѣсячныхъ и за 10 дней до ихъ наступленія. Но если какія бы то ни было внѣшнія обстоятельства, въ особенности, перитонитъ отъ разрыва кисты или отъ перекручиванія ножки, а также и другіе вынуждающіе моменты, не терпятъ отлагательства, то слѣдуетъ приступить къ операціи, не взирая ни на мѣсячные приливы крови, ни на мѣсячныя очищенія.

Само собою разумѣется, что въ первое время послѣродоваго періода лучше не приступать къ операціи, если только, конечно, нѣтъ къ тому побудительныхъ показаній. Что касается до производства операціи во время беременности, то объ этомъ довольно говорено было выше.

§ 248. Сказанное о противопоказаніяхъ къ удаленію пролиферирующихъ кистомъ намъ кажется достаточнымъ. Остается сказать лишь еще нѣсколько словъ относительно другихъ опухолей, развивающихся на яичникѣ:

Дермоидныя кистомы находятся въ отношеніи къ показаніямъ и противопоказаніямъ почти въ одинаковыхъ условіяхъ съ пролиферирующими кистомами, т. е. другими словами, при существованіи одинаковыхъ страданій или угрожающихъ припадковъ. онѣ, точно также какъ и тѣ, требуютъ экстирпаціи съ одинаковыми ограниченіями. Въ дѣйствительности же существуетъ существенная между ними разница, зависящая отъ того, что дермоидныя кистомы въ продолженіе многихъ, даже десятковъ лѣтъ, остаются мелкими и не сопровождаются выдающимися симптомами, вслѣдствіе чего ихъ часто не замѣчаютъ или даже не диагностируютъ. Если же онѣ причиняютъ сильныя страданія, то эти послѣднія нерѣдко зависятъ отъ осложняющихъ опухолей

или отъ образованія вторичныхъ вѣствъ на дермоидныхъ опухоляхъ, — и тогда ихъ трудно распознать. Можетъ случиться, что опухоль вызвала развитіе остраго перитонита, угрожающаго жизни, или же она перешла въ нагноеніе и обуславливаетъ состояніе хронической пѣми,—въ томъ и другомъ случаѣ показуется оваріотомія по вышеизложеннымъ причинамъ. Присутствіе дермоидной кистомы, въ большинствѣ случаевъ, когда приступаютъ къ операціи, фактически не опредѣлимо заранѣе, если только предварительно не сдѣланъ былъ проколъ.

Изъ плотныхъ опухолей яичника довольно легко отличить доброкачественныя отъ злокачественныхъ, хотя попадаютъ подчасъ саркомы, характеръ которыхъ не выясняется даже во время самой операціи. Совершенно доброкачественныя фибромы весьма часто показываютъ оваріотомію, благодаря осложненію ихъ водяной, которую онѣ обуславливаютъ и которая, появившись вторично уже послѣ прокола, требуетъ радикальнаго вмѣшательства со стороны хирурга. Кромѣ того, имѣя дѣло съ плотными опухолями, не слѣдуетъ забывать, что онѣ, при одинаковой величинѣ, требуютъ для экстирпаціи своей значительно большаго разрѣза покрововъ живота, конечно, если только хирургъ не рѣшается на весьма опасное уменьшеніе опухоли, въ самой полости живота. Поэтому, по отношенію къ величинѣ опухоли, слѣдуетъ избрать для операціи возможно болѣе ранній періодъ.

Саркомы, особенно самыя плотныя изъ нихъ, въ настоящее время невозможно клинически отличить отъ фибромъ; поэтому и леченіе ихъ ничѣмъ не отличается отъ леченія послѣднихъ.

Экзевизитно узловатая, плотная опухоли почти всегда злокачественны и, болшею частью, представляютъ собою карциномы. Совершенно нераціонально удалять подобныя опухоли. Весьма многочисленныя наблюденія, сопровождавшіяся почти исключительно діагностическими ошибками, убѣждаютъ насъ въ крайней неосновательности подобнаго вмѣшательства. Такъ уже одно вскрытіе брюшинной полости обыкновенно ведетъ въ такихъ случаяхъ къ развитію весьма остраго септического перитонита. Если же хирургъ, тѣмъ не менѣе, рѣшался на экстирпацію, то, по необходимости, приходилось не оканчивать ее, что, конечно, понятно для каждаго, кто присутствовалъ при вскрытіи подобныхъ случаевъ и убѣдился въ невозможности вылущить подобную опухоль, не повреждая въ то же время важныхъ органовъ. Почти всѣ больныя, которымъ была сдѣлана подобная операція, скончались по истеченіи нѣсколькихъ недѣль и даже дней. Поэтому для насъ лишено всякаго значенія то увѣреніе Кейта (Edinb. med. J. 1868 Oct. стр. 289 и Dec. стр. 481), что одна больная прожила $\frac{1}{2}$ года по удаленіи рабообразно перерожденнаго яичника. Обыкновенно уже одна попытка къ операціи влечетъ за собою смертельный исходъ.

Намъ слѣдуетъ, поэтому, стараться добиваться по возможности болѣе точнаго діагноза въ отношеніи карциномъ и вообще злокачественныхъ опухолей для ограниченія числа пробныхъ надрѣзовъ и неоконченныхъ операцій, происходящихъ, благодаря подобнымъ діагностическимъ ошибкамъ. Будущее еще

рѣшить, возможно ли, при соблюденіи всевозможныхъ антисептическихъ предосторожностей, надѣяться на уменьшеніе опасности отъ надрѣза.

§ 249. До послѣдняго времени присутствіе опухоли яичника представляло единственное показаніе къ экстирпации этого органа. Новѣйшему же времени суждено расширить кругъ показаній къ этой операціи. Къ такимъ показаніямъ слѣдуетъ отнести такія мѣстныя патологическія состоянія, которыя, хотя проявляются въ другихъ частяхъ тѣла, но источникомъ которыхъ являются пораженія яичниковъ; сюда относятся различнаго рода неврозы, проявляющіеся въ разныхъ областяхъ, начиная отъ эпилепсін и истерическихъ параличей и кончая истерическою икотой и кашлемъ. Если въ этихъ случаяхъ существуетъ то состояніе раздраженія яичниковъ, помимо значительнаго поврежденія матки, которое извѣстно подъ названіемъ *oophoritis chronica*, то можно, съ нѣкоторою вѣроятностію, рассчитывать на излеченіе этихъ патологическихъ явленій посредствомъ удаленія этого органа.

Заслуга расширенія круга показаній въ этомъ отношеніи всецѣло принадлежитъ американскимъ врачамъ. Такъ, Peaslee сдѣлалъ эту операцію при эпилепсін, больная однакожь скончалась; Тренгольмъ ее производилъ при *oophoritis chronica*; по преимуществу же оперировалъ въ такихъ случаяхъ Робертъ Батей, который эту операцію окрестилъ неудачной кличкой «*postal ovariotomy*»; однакоже раньше всѣхъ другихъ хирурговъ оперировалъ Хегаръ, руководствуясь этимъ показаніемъ (27. Julii 1872).

Одни наблюденія Батея должны пока служить главной основой при обсужденіи этого вопроса, такъ какъ они представляютъ рядъ операцій, произведенныхъ рукой одного и того же хирурга. Почти всѣ больныя Батея страдали *Dysmenorrhoea ovarialis* и дошли до весьма жалкаго состоянія, благодаря именно этому страданію. Однѣ изъ нихъ не покидали постель въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, даже лѣтъ, и въ такихъ случаяхъ приводимые доводы вполне оправдываютъ операцію; между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ основаніе для операціи не такъ очевидно для читателя, благодаря краткости описаній наблюденій. Слѣдуетъ однакожь принять во вниманіе, что самой природѣ такихъ рефлекторныхъ нервныхъ страданій и обусловленныхъ ими патологическихъ состояній должны служить объясненіемъ того факта, что состояніе больныхъ обыкновенно хуже, чѣмъ оно представляется, судя по описанію.

Результаты операцій Батея были далеко не всегда удовлетворительны. Такъ, въ 3 случаяхъ одосторонней овариотоміи облегченіе страданій было не полное, отчасти же затѣмъ заболѣвалъ другой яичникъ. При послѣдовательномъ удаленіи втораго яичника находили его окруженнымъ экссудатомъ; сама же операція представлялась затруднительной. Поэтому, Батей настаиваетъ на удаленіи обоихъ яичниковъ. Однакожь извѣстны два случая, когда не наблюдалось облегченія страданій и послѣ удаленія обоихъ яичниковъ: болѣзненные менструаціи продолжались еще и послѣ операціи, благодаря, по всему вѣроятію, тому, что экстирпация была неполная.

Во всякомъ случаѣ, добытые до сихъ поръ результаты не даютъ еще прѣва на обширное примѣненіе этой операціи съ цѣлью излеченія невралгій,

истерических припадковъ и рефлекторныхъ явленій. Нельзя не согласиться съ Батейемъ, когда онъ утверждаетъ, что оваріотомія показывается въ томъ случаѣ, если жестокия страданія угрожаютъ жизни, отравляютъ счастье и подтачиваютъ здоровье, если страданіе неизлечимо другимъ путемъ, и есть основаніе надѣяться, что съ прекращеніемъ овуляціи превратится также и страданіе.

Но затрудненіе именно и заключается въ этомъ «если»: прежде всего необходимо помнить, что и другіе органы, въ особенности же матка, могутъ служить исходною точкою первичныхъ заболѣваній, порождающихъ, въ свою очередь, разныя нервныя страданія. И въ такомъ случаѣ едва ли поможетъ удаленіе однихъ яичниковъ; по меньшей же мѣрѣ требуется тогда удаленіе яичниковъ и матки; съ другой стороны, удастся достигнуть тѣхъ результатовъ тѣмъ или другимъ инструментальнымъ леченіемъ матки, или употребленіемъ влагалищныхъ или внутриматочныхъ пессарій, или, наконецъ, крововызлеченіями изъ *Port. vag.*, такъ что нѣтъ надобности прибѣгать для этого къ небезопасной для жизни операци.

Весьма интересно въ этомъ отношеніи одно наблюденіе, недавно обнаруженное Хегаромъ. Онъ пользовалъ 31 лѣтнюю больную съ *Anteflexio uteri* и *oorphoritis chronica*. Больная страдала обильными мѣсячными очищеніями, сопровождавшимися сильными болями, при этомъ появлялись приступы съ мучительнымъ удушьемъ — припадки чисто нервнаго характера. Последнее подтвердилось леченіемъ, потому что приступы тотчасъ проходили, какъ только въ матку вводили пессарій, и затѣмъ снова возвращались черезъ 3—4 часа по удаленіи инструмента. Но такъ какъ больная не могла переносить продолжительное пребываніе инструмента въ маткѣ, то Хегаръ рѣшился на экстирпацію матки вмѣстѣ съ яичниками. Операциа увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, такъ какъ спустя 3 мѣсяца послѣ операции нервныя страданія еще не возвращались.

Въ данномъ случаѣ, по всему вѣроятію, удаленіе однихъ яичниковъ не привело бы къ желанному результату. — Слѣдовательно, суть дѣла заключается въ отысканіи прямой зависимости между нервными страданіями и пораженіемъ яичниковъ. Для этого недостаточно убѣдиться въ отсутствіи другихъ болѣзней и, преимущественно, маточныхъ, напротивъ того, слѣдуетъ, какъ справедливо замѣчаетъ Хегаръ, слѣдить за аугеа приступовъ или же должно попытаться раздраженіемъ органа вызвать появленіе нервныхъ страданій или же, (по совѣту Шарко), прервать ихъ прижатіемъ. Обыкновенно же требуется довольно продолжительное наблюденіе за больными, чтобы убѣдиться, что въ данномъ случаѣ, дѣйствительно яичникъ, а не какой либо другой органъ служитъ источникомъ страданій, и лишь въ такомъ случаѣ оправдывается оваріотомія.

Такимъ образомъ, только точный анализъ и изслѣдованіе каждаго отдѣльнаго случая можетъ дать намъ положительный отвѣтъ на занимающій насъ вопросъ; тѣмъ не менѣе необходимо тщательное изученіе зависимости отдѣльных видовъ нервныхъ страданій отъ извѣстныхъ заболѣваній органовъ. Въ учебникахъ и въ специальныхъ сочиненіяхъ объ истерикѣ мы находимъ весьма немногое въ этомъ отношеніи; тѣмъ не менѣе и въ нихъ можно уже встрѣ-

тить нѣкоторыя указанія на подобную зависимость, такъ, напримѣръ, судорожныя рыданія истеричныхъ женщинъ, по моимъ наблюденіямъ, находятся въ связи съ *retroversio* или *retroflexio uteri*, точно также и *soscygodinia*, можно сказать, исключительно маточнаго происхожденія, между тѣмъ, какъ истерическая афонія, по преимуществу, зависитъ отъ раздраженій яичниковъ. Мигрень, эпилепсія и другіе сложные припадки нервныхъ страданій могутъ зависѣть отъ заболѣванія какъ одного, такъ и другого органа. Будущее покажетъ, существуетъ ли различіе между нервными страданіями, смотря по источнику ихъ происхожденія.

§ 250. Слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ, послѣднемъ показаніи, на которое почти одновременно указали Тренгольмъ и Хегаръ и которое было примѣнено первымъ изъ нихъ въ одномъ, а вторымъ въ двухъ случаяхъ. Показаніемъ этимъ послужили кровотеченія изъ фиброміомъ матки, угрожавшія жизни, которыя нельзя было остановить никакими другими средствами,—что и побудило этихъ авторовъ прибѣгнуть къ двухсторонней оваріотоміи; оба случая Хегара увѣнчались полнымъ успѣхомъ, такъ какъ у обѣихъ пациентокъ, спустя 9 мѣсяцевъ послѣ операціи, маточныя кровотеченія болѣе не возвращались. У больной же Тренгольма еще трижды повторялись мѣсячныя очищенія, но, повидному, не обильныя.

Хотя на основаніи этихъ трехъ случаевъ еще нельзя дѣлать выводы объ успѣшности операціи, тѣмъ не менѣе, даже а priori, очевидно, что это показаніе имѣетъ свое оправданіе, ибо существованіе маточныхъ кровотеченій при фиброміомахъ, угрожающихъ жизни или, по крайней мѣрѣ, постепенно подтачивающихъ здоровье, не подлежатъ никакому сомнѣнію. Нельзя не признать весьма рациональною и счастливою мысль, въ случаяхъ интерстиціальныхъ или подслизистыхъ міомъ, замѣнить практикуемую, не безопасную гистеротомію экстирпаціею яичниковъ, выполненіе которой непременно найдетъ послѣдователей, такъ какъ обыкновенно съ удаленіемъ обѣихъ яичниковъ на всегда превращаются менструаціи.

Въ то время какъ въ приведенныхъ выше случаяхъ оваріотомія была произведена по причинѣ косвеннаго воздѣйствія заболѣваній на матку, въ другомъ случаѣ Кеберле рѣшился на одностороннюю оваріотомію съ совершенно другою цѣлью, а именно: у больной, одновременно съ *Retroflexio uteri*, запоръ на низъ продолжался въ продолженіи 4 мѣсяцевъ, угрожая перейти въ *ileus*. Тогда Кеберле сдѣлалъ лапаротомію, вправилъ затѣмъ матку на мѣсто и, удаливъ яичникъ, зашилъ лѣвую *lig. uteri rotundum* въ нижній уголъ раны. По прошествіи 4-хъ лѣтъ матка находилась еще на своемъ мѣстѣ.

ГЛАВА XIII.

Дермоиды яичниковъ.

Литература. Объ анатоміи см. кромѣ руководствъ Meckel'я, Rokitansky, Wedl'я, Klebs'a, Förster'a, Klob'a, Rindfleisch'a, Birch—Hirschfeld'я и Lücke: *Lehre von den Geschwülsten*. 1869. стр. 124. — Waldeyer: *Eierstock und Ei*, 1870,

и Die epithelialen Eierstocksgeschwülste. Arch. f. Gyn. I. 1870. стр. 304 — Kohirausch: Ueber den Bau der haar- und zahnhaltigen Cysten des Eierstocks. Müller's Arch. 1843. H. 4. стр. 365. — Steinlin: Ueber Fettcysten in den Ovarien. Zeitschr. f. rat. Med. IX. 1850. стр. 155. — Lebert: Mémoires lus à la soc. de biologie pendant 1852. Paris 1853. T. IV. стр. 203, и Beobachtungen und klinische Bemerkungen über Dermoidcysten. Prager Vierteljahrsschr. Bd. 60. 1858. стр. 25 — Heschl: Ueber Dermoidcysten. Prager Vierteljahrsschr. Bd. 68. 1860 стр. 36. — Rokitsansky: Allg. Wien. med. Ztg. 1860. No. 2—4. — Mayweg: Entwicklungsgeschichte der Cysten des Ovariums. Bonn. 1860. — J. Panly: Ueber Dermoidcysten des Ovariums. Beiträge der Berl. Ges. f. Cebh. u. Gyn. 1875. Bd. 4. стр. 3 — Wagner: Arch. f. phys. Heilkde. 1857.

Анатомическія мелочи у: Axel Key: Hygiea. Bd. 26, стр. 300. см. Schmidt's Jb. Bd. 126. p. 156. — Gray: med. chir. transact. Bd. 36. 1853. и Lancet: Aug. 27. 1853. — Virchow: Deutsche Klinik. 1859. стр. 107. — Friedreich: Virchow's Arch. XIII. стр. 498. — Stilling: Deutsche Kl. 1869. No. 8. — Benda: De ovariorum degeneratione. Berol. 1844. Diss. — Eichwald: Würzb. med. Ztscher. V. стр. 418. — Fiesch: Ueber eine Combination von Dermoid mit Cystoidtschwulst des Ovariums. Verh. d. Würzb. phys. med. Ges. III. 1872. — Friedländer: Ein Fall von zusammengesetzt. Dermoid des Ovariums. Virchow's Arch. Bd. 56, стр. 367. — Steudel: Beschreibung einer Cystengeschwulst des Eierstocks, Diss. Tübingen. 1854. — Bamberg: Observ. aliquo de ovarii tumoribus. Diss. Berol. 1864. — Kreis: Correspbl. d. Schweizer Ae. 1872. No. 100. — Pommier: Quelques considérations sur les Kystes dermoides de l'ovaire. Strassb. 1864.

Казуистика см. у: Tyson: Philos. transact. Vol. II. стр. 11. — Josephi: Schwangerschaft auserhalb der Gebärmutter: Rostock 1803. — Arch. f. Phys. v. Reil u. Autenrieth. Halle. 1807. VII. стр. 261. Fall v. Boswell. — Edw. Phillips: med. chir. transact. Vol. VI. 1825. стр. 124. — McDowell: Lond. med. Gaz. Vol. 35. стр. 746. — Breshet: med. chir. transact. Vol. XIII. 1825. — Kiwisch. Klin. Vorträge. Bd. II. стр. 173. — Helfft: N. Zeitschr. f. Gebkde. XXXIII. 1352. стр. 225. — Busch: Das Geschlechtsleben des Weibes, Leipzig. 1143. Bd. 4. — Bradazon: Dubl. quat. J. May. 1849. N. Ztschr. f. Gebkde. Bd. 27. стр. 290. — J. rwin: Prov. med. J. 1843. No. 123 — Baillie: Casper's Wochenschr. 1837. No. 43. N. Ztschr. f. Gebkde. VIII. 290. — Chéreau: Journ. des conn. méd. chir. Août. — Heinrich: Ztschr. f. Gebkde. Bd. 27 стр. 288. — Martin: Eierstockswassersuchten. стр. 42. — Heschl: Ztschr. d. Ges. d. Ae. z. Wien. 1852. Febr. — Levin: Hygiea. Bd. XIII. Monatsschr. f. Gebkde. II. 1853. — Ulrich: ibidem. XIII. стр. 166. — Simon Thomas: ibidem. XIV, стр. 152 и 384. — Baker Brown: Ovariotomy No. 9 u. 14. d. Tabelle. — Salter: Guy's hosp. rep. London. 1860. — Goos: Ovariotomiae tres kiliae. 1861. Diss. — Saxinger: Monatsschr. f. Gerbkde. Bd. 23. стр. 395 — Foot: Dubl. quat. J. 1863. Vol. 36. — Engel: Wien. Spitalztg. 1864. No. 27—35. — Sp. Wells-Grenser: стр. 53 — Küchenmeister: реп. Sp. Wells'a Ov. Krkh. стр. 338. — Keith. Edinb. med. J. 1867. Nov. Dec. — Hols-Beiträge z. Gyn. Bd. II. 1867. — Wissmann: Diss. Göttingen 1868. Péan: Bull. de l'acad. imp. de méd. 1868. No. 10 — Koeberlé: Gaz. d. hóp. 1869. No. 24. — Aitken: Edinb. med. J. Aug 1868. — Böcker: Berl. klin. Wochenschr. 1864. No. 9. — Keith: Lancet 1872. стр. 703. — Giraaldès: Gaz. med. de Paris. 1867. No. 38. — E. Mears: Philad. med. Record. 1871. Nov. 1. — F. Schmidt: Diss. Götringen. 1871. — Ranas: Gaz. hebd. 1872. No. 9. — Freund: Beiträge d. Berl. gebh. Ges. II. стр. 50. — Terrier: Bull. gén. de théр. 1875. 15 Mars. Thornton 1876, April 8. — Болѣ подробная казуистика у: Lebert'a: memoires de biologie, 1853, u Paaly (см. выше).

§ 251. Дермоидами называются новообразования, которыя заключаютъ въ себѣ всѣ составныя части кожи, въ болѣе или менѣе нормальномъ состояніи. Они являются обыкновенно въ видѣ кистъ, сидящихъ на яичникѣ и способныхъ разрастаться до величины человѣческой головы. Дермоидныя кисты

представляются всегда простыми и отнюдь никогда не пролиферирующими. Случается однакожь, что на одномъ и томъ же ячннкѣ сидятъ рядомъ двѣ дермоидныя кисты. Такъ въ моемъ 15 случаѣ я удалилъ большую опухоль, которая оказалась пролиферирующей кистомой, состоявшей изъ двухъ опухолей, величиной каждая въ куриное яйцо и отстоявшихъ другъ отъ друга на значительномъ разстояніи.

Дермоидная киста обыкновенно встрѣчается только на одномъ ячннкѣ. Однако извѣстны многочисленныя примѣры, когда дермоиды появлялись одновременно на обоихъ ячнникахъ. Пешъ (*Monatsschrift. f. Gebkde. IX. 1857. стр. 93*) описываетъ двухсторонній дермоидъ у одной 60-ти лѣтней женщины; Алкіе (*Gza. ds. hôp. 1857. № 58.*) описываетъ точно такую же опухоль у 49-ти лѣтней. Пеанъ (*Union med. 1868, №№ 125—145*) и Skjöldberg (*Hygica. Nov. 1867, Sept. 1868*) и я (*Berl. Klin. Wochenschrift 1876, № 11. Наблюд. 20*) также наблюдали двухсторонніе дермоиды.

Стѣнки дермоидныхъ кистъ часто достигаютъ значительной толщины, иногда же, напротивъ того, онѣ весьма тонки. Ихъ внутренняя поверхность либо совершенно гладка, либо же на ней мѣстами возвышаются кругловатыя кожныя образования, достигающія различной величины и выстоящія подчасъ на нѣсколько мм. надъ окружностью. Вся внутренняя поверхность состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ эпидермоидальныхъ клѣтокъ, причеиъ клѣтки верхняго слоя сплющены и не содержатъ ядеръ, клѣтки же нижнихъ слоевъ круглы и содержатъ ядра. Эти слои клѣтокъ соединяются посредствомъ слоя соединительной ткани, похожаго на *corium*, съ наружнымъ волокнистымъ слоеиъ стѣнки кисты.

Строеніе кожи, съ болѣе или менѣе сохранившимися отличительными свойствами ея, яснѣе всего можно видѣть только въ выдающихся частяхъ стѣнокъ кисты. Въ этихъ частяхъ за слоями эпидермоидальныхъ клѣтокъ слѣдуетъ ясно выраженный *corium* съ подлежащимъ *panculus adiposus*, который граничитъ съ плотной соединительно-тканной перепонкой, служащей наружнымъ покровомъ всего образования. На *corium*'ѣ часто, однакожь не всегда, можно видѣть сосочки, которые, хотя подчасъ и расположены весьма тѣсно другъ подлѣ друга, не представляютъ однако правильныхъ рядовъ и имѣютъ различную длину. На внутренней поверхности этихъ кожистыхъ частей встрѣчается много различной длины волосъ, по строенію совершенно схожихъ съ обыкновенными волосами; они сидятъ, подобно имъ, въ кожныхъ мѣшечкахъ, которые снабжены салными желѣзами. Желѣзы эти, однакожь, въ противоположность тому, какъ это бываетъ при нормальныхъ условіяхъ, отрываются непосредственно подъ эпидермисомъ въ самый волосной мѣшокъ; нѣкоторыя салныя желѣзы отрываются даже на поверхности самаго эпидермиса, причеиъ въ соудствѣ нѣтъ волосъ. Потовыя желѣзы уже не представляютъ таковую постоянную составную часть стѣнокъ кисты, какъ салныя. Кольраушъ, а затѣиъ Вагнеръ, Гешль, Лебертъ, Аксель Кей, Фридендеръ видѣли и описали такія потовыя желѣзы.

Встрѣчаются иногда и такія дермоидныя кисты, стѣнки которыхъ со-

стоять лишь из нѣсколькихъ слоевъ эпидермоидальныхъ клѣтокъ и изъ подлежащаго тонкаго слоя соединительной ткани, разныхъ желѣзистыхъ образований, безъ сосочковъ или волосъ. Въ такихъ случаяхъ приходится предположить атрофію волосныхъ мѣшечковъ и салныхъ желѣзъ, доходящую до полного исчезанія ихъ, такъ какъ содержимое кисты указываетъ, что образованія эти прежде существовали.

§ 252. Содержимое дермоидныхъ кистъ представляетъ вязкую массу на подобіе *Vernix caseosa*, и состоитъ изъ довольно мягкаго жира съ примѣсью эпидермоидальныхъ клѣтокъ. Въ этой массѣ находится извѣстное количество переплетающихся между собою волосъ; часто посрединѣ жировой массы встрѣчается сравнительно большой клубокъ, почти всегда бѣлокурыхъ (даже у негрятенокъ), иногда же рыжихъ и весьма рѣдко темныхъ волосъ. Длина этихъ волосъ колеблется между нѣсколькими дюймами и нѣсколькими футами, но большинство достигаетъ всего длины нѣсколькихъ дюймовъ. *Regnaud*, *Бушъ* и *Паули* видѣли однакожь волосы длинною отъ 1 до 2 футовъ; въ рѣдкихъ случаяхъ волосы эти располагаются сколько нибудь правильными локонами.

Въ комѣ жира, выполняющемъ всю кисту, находятъ иногда кристаллы холестерина, но рѣдко въ большомъ количествѣ.

Рокитанскій и *Routh* наблюдали въ двухъ случаяхъ особенное расположение описанной жировой массы. Въмѣсто того чтобы представлять одну цѣльную, нераздѣльную массу, она распадалась на множество круглыхъ шариковъ. *Рокитанскій* насчиталъ до 70 большихъ шаровъ, величиною въ орѣхъ, и множество меньшихъ шариковъ, величиною въ горошину; они плавали въ грязно-бурой жидкости. Киста была дважды перекручена вокругъ своей ножки. Должно полагать, что тутъ имѣло мѣсто изліяніе крови, а можетъ быть и трансудатъ, въ кисту и что отъ смѣси жира съ этой жидкостью послѣдовало распаденіе жировой массы на отдѣльные шары; едвали можно согласиться съ *Рокитанскимъ*, что причиной этого явленія слѣдуетъ считать перекручиваніе ножки. Наблюдались ли въ случаѣ *Routh'a* такія же явленія, какъ и въ предъидущемъ, не извѣстно, ибо *Sp. Wells*, сообщившій этотъ случай, ничего объ этомъ не упоминаетъ. Шары эти, какъ это было и въ случаѣ *Рокитанскаго*, состоятъ изъ концентрическихъ слоевъ аморфнаго жира и ядра изъ кристалловъ холестерина.

§ 253. Остается еще коснуться менѣ постоянныхъ образований дермоидныхъ кистъ. Сюда относятся въ особенности кости и зубы. Кости помещаются въ соединительно-тканномъ слое стѣнокъ кисты, и внутри покрыты болѣе или менѣ развитыми кожными элементами. Онѣ болѣею частію представляются въ видѣ пластинокъ неправильной формы и различной толщины; но плотная, костная ткань въ нихъ преобладаетъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ, что нѣсколько костныхъ пластинокъ соединены суставными сумками и хрящами, расположенными на ихъ эпифизахъ (*Гешль*). Нѣкоторые хирурги, благодаря богатой фантазіи, находили сходство этихъ пластинокъ съ извѣстными костями.

Зубы сидятъ, большей частію, въ соединительно-тканной стѣнѣ кисти, частью выдаваясь въ полость, и только рѣдко они вполне заключены въ стѣнкахъ. Довольно часто однакожь зубы сидятъ въ костныхъ пластинкахъ, которыя въ такомъ случаѣ снабжены луночками. Зубы обыкновенно слабо сидятъ въ луночкахъ. Они весьма часто представляютъ всѣ форменныя части и гистологическіе элементы нормальныхъ зубовъ: корень, шейку и вѣнчикъ, костное вещество, цементъ и эмаль. Очень часто зубы находятся въ рудиментарномъ состояніи; не рѣдко недостаетъ цемента. Правильно развитые зубы представляютъ всѣ типы зубовъ: рѣзцы, коренные и клыки.

Что касается того, какъ часто встрѣчаются зубы въ дермоидныхъ кистахъ, то изъ 128 наблюдений, собранныхъ Лебертомъ, въ 63 значилось ихъ присутствіе. Паули, однакожь, на 245 другихъ наблюдений, насчитываетъ всего 46 случаевъ присутствія зубовъ. Большею частью находятъ только отдѣльные зубы, въ небольшомъ числѣ экземпляровъ. Хотя въ рѣдкихъ случаяхъ ихъ находили въ большомъ количествѣ. Шнабель (Würtemb. Corresp. Blatt. 1844. 10) насчиталъ въ одной дермоидной кистѣ, у одной 13 лѣтней дѣвочки, свыше 100 зубовъ, расположенныхъ въ 3-хъ костныхъ пластинкахъ. Зубы, исключая недостаточно развитыхъ, большею частію, ворней, были всѣ хорошо сформированы. Сверхъ того, Ploquet, а затѣмъ Autenrieth (Reil и Autenrieth. Arch. f. Phys. VII. 1807. стр. 255) описали кисту одной 22 лѣтней женщины, изъ которой извлекли до 300 зубовъ, что составляло едва половину всего числа.

Присутствіе такого громаднаго количества зубовъ можно объяснить, лишь допустивъ возможность послѣдовательнаго разрастанія зубовъ. Доказательствомъ того, что такое новое возрастаніе зубовъ возможно, служитъ одинъ препаратъ, взятый изъ коллекціи Рокитанскаго. Препарат этотъ показываетъ какъ молочный зубъ, въ силу давленія подростающаго подъ нимъ новаго зуба, всосался до самаго вѣнчика. Весьма важнымъ и въ тоже время осложняющимъ моментомъ, при объясненіи происхожденія дермоидовъ, является находженіе въ кистахъ нервнаго вещества. Steinlin, Грей, Вирховъ, Рокитанскій, Аксель Кей, Фридрейхъ и Штиллингъ находили нервное вещество въ дермоидныхъ кистахъ. Клебсъ говоритъ, что и сѣрое нервное вещество дермоидныхъ кистъ содержитъ тѣже составныя части, что и нормальное, сѣрое вещество центральной нервной системы, и только рѣдко встрѣчаются волокна, содержащія мозговое вещество. Вещество это обыкновенно представляется въ видѣ мягкихъ, сѣровато-красныхъ бугровъ, которые вдаются въ полость кисти и прилегаютъ къ дермоиднымъ образованіямъ.» Вирховъ однажды наблюдалъ слоистое строеніе такого нервнаго вещества, напоминавшее строеніе мозжечка. Кей наблюдалъ однажды нервное вещество, помѣщавшееся въ костной полости, а Рокитанскій находилъ такія нервныя массы, окруженныя капсулой и помѣщавшіяся въ стѣнѣ кисти вблизи основанія косточки, причемъ изъ узловъ выходилъ нервный стволъ, доходившій до вершины этой косточки; болѣе тонкія вѣтви направлялись къ кожному покрову.

Гладкія мышечныя волокна, которыя Вирховъ находилъ въ дер-

моидныхъ кистахъ, онъ принимаетъ за *mm. aggregores pili*. Поперечно полосатая мышечная волокна, напротивъ того, по увѣренію Паули, отвергающій мнѣніе Sp. Wells'a, не были еще найдены въ дермоидахъ яичника. То что Вирховъ въ этомъ отношеніи говоритъ объ опухоляхъ яичника, не можетъ быть отнесено къ дермоидамъ.

Присутствіе ногтей въ дермоидахъ яичниковъ еще не вполне доказано, хотя Guveilhier (*livr. XVIII Pl. V. fig. 3.*) и представляетъ изображеніе дермоидной кисты, содержащей ногтеподобныя образованія. Но достойно замѣчанія, что въ дермоидныхъ кистахъ у птицъ находили иногда перья (Lebert. *Traité* стр. 257, 3-раза.), у овецъ — шерсть, а у коровъ — волоса. (Meckel, *erg Arch. I*, стр. 528).

§ 254. Комбинація дермоидныхъ кистъ съ различными перерожденіями стромы кисты, въ особенности же съ коллоидной дегенераціей—представляютъ весьма большой интересъ въ патологическомъ и въ особености въ клиническомъ отношеніи. Комбинація эта представляетъ со-всѣмъ не столь рѣдкое явленіе, какъ справедливо утверждаетъ Паули, вопреки утвержденію Флеша. Кромѣ 17 случаевъ, въ которыхъ Лебертъ наблюдалъ присутствіе подобнаго рода опухолей, послѣ того обнаружены еще многочисленныя наблюденія Сп. Уэллса, Брауна, Эйхвальда, Вирхова (*Arch. f. path. Anat. VIII*. стр. 377) и другихъ. Изъ трехъ случаевъ дермоидовъ при 58 овариотоміяхъ, я дважды наблюдалъ такія смѣшанныя опухоли.

Въ большинствѣ такихъ случаевъ, на одномъ и томъ же яичникѣ, рядомъ съ болѣе или менѣе крупной и, какъ всегда, простою дермоидной кистой находится обширная пролиферирующая кистама. Очевидно, что присутствіе послѣдней въ сущности обуславливаетъ увеличеніе органа и даетъ поводъ къ хирургическому вмѣшательству. Дермоидная киста представляетъ весьма незначительную часть всей опухоли и прилегаетъ къ главной стѣнкѣ пролиферирующей кистомы. На появленіе кистомы слѣдуетъ смотрѣть, какъ на случайное осложненіе существовавшаго уже раньше дермоида яичника, раздражающее дѣйствіе котораго было бы причиною дегенераціи прилегающей къ нему паренхимы.

Но не всегда бываетъ такъ, какъ это только что было изложено. Иногда попадаются дермоидныя кисты, которыя на внутренней поверхности своей отчасти представляютъ строміе *cutis*, отчасти же представляютъ эпителиальныя клѣтки и зачатки желѣзистыхъ образованій. Флешъ весьма подробно описалъ подходящій сюда случай, гдѣ внутренняя поверхность отдѣльных кистъ была выстлана исключительно эпителиальными клѣтками, другія же представляли по мѣстамъ строеніе кожи, причѣмъ эпидермоидальныя клѣтки помѣщались на цилиндрическомъ эпителиѣ. Содержимое ихъ отчасти представлялось коллоиднымъ, отчасти же оно походило на содержимое дермоидныхъ кистъ. Притомъ наблюдалось также множество жемчугообразныхъ шариковъ, а также волоса, сальные и потовыя желѣзы и косточки. Въ данномъ случаѣ въ образованіи отдѣльных кистъ, очевидно, принимали участіе какъ

нормальные элементы паренхимы яичника, такъ и элементы cutis. Замѣчательно также и то, что по мѣстамъ попадался мерцательный эпителий, присутствіе котораго Вирховъ, Эйхвальдъ и Мартинъ наблюдали также и въ дермоидахъ. Объясненіе этого явленія будетъ подробнѣе изложено ниже.

Отсюда ясно, что этотъ родъ смѣшанныхъ опухолей въ сущности не всегда одинаковъ, смотря по тому будутъ ли эпителиальныя и эпидермоидальныя вѣтки перемѣшаны между собою, или же онѣ только прилегаютъ однѣ къ другимъ (per juxta positionem). Въ настоящее время мы имѣемъ еще весьма мало точныхъ наблюденій этого рода опухолей, чтобы возможно было судить какой изъ упомянутыхъ выше видовъ встрѣчается чаще и какое между ними существуетъ клиническое различіе.

Затрудненіе это еще болѣе увеличивается въ виду того, что очень легко смѣшать простой дермоидъ съ смѣшанною формою опухоли. Фридлендеръ описалъ довольно крупную опухоль яичника, состоящую изъ кистъ, изъ которыхъ однѣ были наполнены жировыми массами и волосами, а другія серозною жидкостью, причемъ и тѣ и другія были беспорядочно перемѣшаны между собою. Опухоль, однакожъ, была ни что иное, какъ простая дермоидная киста, подвергавшаяся необыкновеннымъ, вторичнымъ измѣненіямъ; а именно: потовыя желѣзы дермоида превратились въ ретенціонныя кисты, величиною въ кулакъ; это тѣмъ болѣе кажется страннымъ, что вообще расширенія потовыхъ желѣзъ почти никогда не наблюдались. Вотъ эти то тонкостѣнные кисты, заключавшія въ себѣ прозрачное, жидкое содержимое, и выступали съ внутренней поверхности дермоидной кисты въ просвѣтъ этой послѣдней, а затѣмъ, обусловивъ собою расширеніе дермоидной кисты, онѣ до того вѣзались въ жирное содержимое послѣдней, что оно, повидимому, распалось на множество отдѣловъ, напоминавшихъ отдѣльныя кисты, но которыя въ сущности сообщались между собою. Сальныя желѣзы стѣнки главной кисты точно также отличались задержаніемъ секрета — такъ что эти патологическія состоянія соответствовали образованію Miliium—Aspe, а также и развитію атероматозныхъ кистъ. •

Поэтому, задача будущихъ изслѣдованій должна состоять въ опредѣленіи отличія, существующаго между измѣненными такимъ образомъ дермоидными кистами и смѣшанными опухолями.

Комбинація дермоида съ ракомъ была находима до сихъ поръ только 2 раза: Гешль (l. c. стр. 57) у одной 45 лѣтней женщины нашелъ въ толщѣ стѣнки дермоидной кисты бугристую, сѣровато-красную, величиною въ мужской кулакъ, фекальную массу, которая своею внутреннею, распадавшеюся поверхностью вдавалась въ полость кисты. Микроскопическое изслѣдованіе не оставило никакого сомнѣнія въ раковомъ строеніи этой массы. Ротшиегъ точно также видѣлъ комбинацію дермоида обоихъ яичниковъ съ раковою опухолью.

§ 255. Покончивъ съ разсмотрѣніемъ анатомическаго строенія этихъ странныхъ образованій, обратимся въ способу ихъ происхожденія. Новѣйшіе авторы представили двѣ теоріи происхожденія этихъ новобразованій. Что же касается

старого возрѣнія на происхожденіе ихъ изъ оплодотворенныхъ яичекъ, то отъ него стали все болѣе и болѣе сторониться съ тѣхъ поръ, какъ стали все чаще и чаще открывать присутствіе дермоидныхъ кистъ у дѣтей всѣхъ возрастовъ и даже у новорожденныхъ.

Изъ двухъ вышеупомянутыхъ теорій, одна допускаетъ, что еще во время зародышевой жизни въ веществѣ яичника происходитъ заключеніе инородныхъ частицъ; другая же старается объяснить происхожденіе этихъ образованій какою-то необыкновенною наклонностью къ пролифераціи (*nisus formativus*; *Blumenbach*) элементовъ паренхимы яичника.

Первая теорія принадлежитъ Гешлю. Въ 1860 году онъ высказалъ свой взглядъ, который вскорѣ былъ всѣми принятъ, а именно: что дермоидныя кисты, встрѣчающіяся внутри животнаго организма, образуются, благодаря тому обстоятельству, что въ зародышевой жизни животнаго составныя части кожи проникаютъ въ глубь черезъ толщу подкожной кѣлѣчатки, затѣмъ отшнуровываются тамъ и образуютъ такимъ образомъ зародышъ, изъ котораго впоследствии и развивается дермоидъ яичниковъ. Самъ Гешль, однакожъ, не распространялъ своего возрѣнія на происхожденіе дермоидовъ яичника. Послѣдователи его однакожъ приняли теорію отшнуровыванія и для этихъ послѣднихъ. Теорія эта приобрѣла значеніе съ того момента, какъ Гисъ обнаружилъ свои изслѣдованія объ осевомъ шнуркѣ (*Axenstrang*), изъ котораго, по его наблюденіямъ, образуются затѣмъ составныя части половыхъ органовъ. Въ составъ осевого шнура входятъ части изъ всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ. Однакожъ, въ немъ не замѣтно дѣленія на отдѣльные зародышевыя листки; послѣ чего станеть понятнымъ уже, что въ яичникъ точно также, какъ и въ яичко могутъ заблудиться части, соответствующія либо роговому листку, либо медуллярной трубкѣ (мерцательный эпителий) или среднему зародышевому листку (мышцы, кости). Поэтому теорія зародышеваго заключенія, — если ее и слѣдуетъ нѣсколько иначе понимать по отношенію къ яичнику, чѣмъ по отношенію подкожныхъ дермоидовъ, — отвѣчаетъ тѣмъ не менѣе на всѣ запросы, которые ей можно поставить по этому предмету и, слѣдовательно, она не является гипотезой, ни на чемъ не основанной.

Тѣмъ болѣе насъ долженъ изумить тотъ фактъ, что въ послѣднее время Валдейеръ, по отношенію къ дермоидамъ яичниковъ, применилъ къ другому возрѣнію. Онъ признаетъ вліяніе особой образовательной силы элементовъ яичника и тѣмъ самымъ соглашается съ теоріей, выработанной Blumenbachомъ, Фойгтелемъ и другими старыми авторами. Валдейеръ полагаетъ, что эпителиальныя кѣлѣтки яичника, по происхожденію схожія съ яйцомъ, могутъ, по какому-то странному исключенію, вмѣсто эпителиальныхъ кѣлѣчекъ образовать какіе-либо другіе продукты. Въ такомъ случаѣ это былъ бы процессъ совершенно сходный съ процессомъ развитія желѣзистыхъ образованій изъ элементовъ яичника; этимъ путемъ можно себѣ объяснить одновременное существованіе на одномъ и томъ же яичникѣ какъ слизистыхъ, такъ и кожистыхъ образованій (миксондовъ и дермоидовъ). Если затѣмъ развитіе доходитъ до совершенно сформированной кожи, со всѣми

ея атрибутами,—костями, зубами, нервными массаи, а быть можетъ, и мышцами,—то образованіе это почти заслуживаетъ уже названія маренгенгическаго развитія зароденія.

Теорія, эта намъ кажется, имѣеть двѣ слабыя стороны: во первыхъ она основана на теоріи вѣроятія и на косвенныхъ доказательствахъ; а во вторыхъ, — и это главное — теорія эта соотвѣтствуетъ только лишь дермоидамъ яичниковъ, но не подходитъ къ многочисленнымъ подкожнымъ опухолямъ. Изъ нея слѣдуетъ, что, для объясненія видимо одинаковыхъ образованій, необходимо принять двѣ разныя теоріи.

§ 256. Остается еще разсмотрѣть время появленія дермоидовъ. Выше уже было сказано, что они являются уже въ самомъ раннемъ дѣтствѣ, и что съ давнихъ поръ принималось за указаніе на происхожденіе ихъ во время зародышевой жизни. Затѣмъ во все время дѣтства и до половой зрѣлости дермоидныя кисты встрѣчаются чаще другихъ опухолей яичниковъ. Въ возрастѣ половой зрѣлости и непосредственно за нимъ однокамерныя кисты съ серознымъ содержимымъ, конечно, большею частью пароваріальныя, встрѣчаются уже чаще, чѣмъ дермоиды; но, начиная съ середины двадцатыхъ годовъ, преобладаетъ пролиферирующая кистама.

Правда, абсолютное большинство дермоидныхъ кистъ отнюдь не наблюдается раньше половой зрѣлости, а напротивъ, уже по достиженіи ея. Двадцатая и тридцатая годы даютъ наибольшій контингентъ для нихъ. Изъ 103 наблюденій Pauly и 59 Леберта, всего 8 выпало на первое десятилѣтіе жизни, 29 на второе, 41 на третье, 33 на четвертое, 31 на пятое, 13 на шестое, 4 на седьмое и 3 послѣ седьмаго. Паули, однаковъ, совершенно вѣрно замѣчаетъ, что статистика эта имѣеть мало значенія, такъ какъ одна и та же опухоль можетъ существовать въ продолженіи цѣлыхъ десятковъ лѣтъ. Тѣмъ не менѣе таблица эта встаки указываетъ на то время, когда наблюдается большинство дермоидовъ.

Пинье (Bull. d. I. soc. anat. 1846. tome XXI стр. 200) сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія на счетъ того, какъ часто встрѣчаются дермоиды въ юношескомъ возрастѣ: изъ числа 18 члучаевъ—3 приходились на преждевременно-рожденныхъ и 4 на своевременно рожденныхъ дѣтей; 6 на дѣтей до 2-хъ лѣтъ и 5 до 12 лѣтъ. Въ болѣе старыя годы дермоиды наблюдаются все рѣже и рѣже, хотя они подчасъ и встрѣчаются въ старческомъ возрастѣ. Такъ напр. Потеръ (Lond. Obst. transact. XII. стр. 246) при вскрытіи одной 83-хъ лѣтней женщины наблюдалъ дермоидную кисту вѣсомъ въ 89 унцій, которая однаковъ не причиняла нивакихъ страданій. Ножка оказалась перекрученной.

Тотъ фактъ, что дермоиды наблюдаются во всѣхъ возрастахъ, вмѣстѣ съ анатомическимъ строеніемъ опухолей, указывающій на зарожденіе ихъ во время зародышевой жизни, необходимо приводитъ къ тому заключенію, что дермоиды въ продолженіе десятковъ лѣтъ весьма мало увеличиваются и что онѣ даже могутъ весьма долгое время пребывать въ состояніи зарожденія.

То обстоятельство, что дермоиды впервые встрѣчаются во время достиженія половой зрѣлости, зависитъ, повидимому, отъ усиленнаго роста, который обу-

словливается въ это время развитіемъ половыхъ органовъ. Тутъ встаетъ будетъ упомянуть объ одномъ наблюденіи А. В. Фрейнда, которое говоритъ въ пользу того, что половые органы при существованіи дермоидной кисты представляютъ дѣтскій типъ или же они, по меньшей мѣрѣ, являются не достаточно развитыми. Судя по словамъ Pauly (стр. 35), Фрейнды лично наблюдалъ нѣсколько подобныхъ случаевъ; кромѣ того наблюденія Baillie, Мекеля, Петра Франка, Сп. Уэллса, Hodgkin'a, Шульце, Броди, Бруха и Пеликана доказываютъ, что совпаденіе не есть случайное явленіе. Относительно того, какъ слѣдуетъ понимать это соотношеніе явленій, и должно ли предположить, что появленіе дермоидной кисты задержало развитіе паренхимы яичника и тѣмъ самымъ повліяло также и на развитіе остальныхъ половыхъ органовъ,—остается сомнительнымъ, пока не будутъ обнаружены болѣе подробныя свѣдѣнія по этому предмету.

По достиженіи же половой зрѣлости, роды и послѣродовое состояніе обуславливаютъ измѣненіе кисты, благодаря которымъ присутствіе ихъ обращаетъ на себя вниманіе.

§ 257. Теченіе и симптомы дермоидныхъ кистомъ весьма различны. Въ то время какъ въ однихъ случаяхъ опухоли въ теченіе всей жизни не достигаютъ значительныхъ размѣровъ, не обуславливаютъ никакихъ симптомовъ, и наблюдаются лишь какъ случайное явленіе при вскрытіи взрослыхъ или въ старческомъ возрастѣ, въ другихъ случаяхъ, напротивъ того, они являются источникомъ весьма опасныхъ симптомовъ и даже довольно часто причиняютъ смерть.

Разница въ явленіяхъ при существованіи пролиферирующихъ кистомъ, серозныхъ кистъ яичника и дермоидныхъ кистомъ зависитъ въ сущности отъ слѣдующихъ обстоятельствъ: отъ болѣе медленнаго роста кисты и отъ того, что онѣ въ теченіе десятковъ лѣтъ не выступаютъ изъ полости малаго таза; далѣе, отъ того, что онѣ легче воспаляются, а также и легче обуславливаютъ воспаленіе въ окружающей брюшинѣ. Кромѣ того, ножка дермоидовъ, повидимому, весьма легко перекручивается (см. § 56). Воспаленіе стѣнокъ кисты ведетъ къ нагноенію, а также весьма часто и къ ихорозному разложенію содержимаго. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ можно ожидать вскрытія содержимаго въ тотъ или въ другой органъ. Такъ какъ дермоидная киста лежитъ въ маломъ тазу на извѣстной глубинѣ, то она чаще всего вскрывается въ rectum или во влагалище, довольно часто также и въ мочевою пузырь. Если же она вскрывается въ полость живота,—что къ счастью весьма рѣдко случается,—то весьма быстро развивается острый перитонитъ, ведущій къ смерти.

Итакъ картина заболѣванія будетъ весьма разнообразна. У весьма многихъ больныхъ, представлявшихъ лишь не большія дермоидныя кисты, въ теченіе многихъ лѣтъ наблюдались лишь маловажные симптомы, обусловленные давленіемъ на органы полости таза, существующія же боли не достигали значительной силы, и вмѣшательство врача было излишне до дальнѣйшаго измѣненія опухоли.

Только быстрое или медленное, но значительное разростаніе опухоли, отстугазень. Болѣзни яичниковъ.

затѣмъ острый перитонитъ или наконецъ нагноеніе кисты побуждаютъ больныхъ искать врачебной помощи.

Значительныя разростанія дермоидныхъ кистомъ зависятъ, какъ выше изложено, либо отъ присоединенія процесса коллоиднаго перерожденія, либо, что рѣже бываетъ, отъ развитія ретенціонныхъ кистъ въ самой дермоидной кистѣ. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ, наблюдаются такія же клиническія явленія, какъ и при существованіи многокамерныхъ кистомъ.

Большая склонность дермоидныхъ кистъ къ нагноенію, безъ сомнѣнія зависитъ отчасти отъ ихъ положенія въ маломъ тазу и отъ того обстоятельства, что онѣ тамъ подвергаются различнымъ инсультамъ: отъ дѣйствія дефекаціи, отъ родовъ и, пожалуй, и отъ совокупленія; отчасти же этой склонности къ нагноенію можетъ содѣйствовать свойство содержимаго дермоидныхъ кистъ и склонности его къ нагноенію. Особенное значеніе для насъ имѣетъ склонность ихъ къ ихорозному распаденію. Судя по тому, что я раньше сказалъ (§ 55) объ ихорозномъ распаденіи кистъ яичника, я полагаю, что стѣсненное положеніе дермоидныхъ кистъ въ маломъ тазу, ихъ тѣсное соприкосновеніе съ rectum и нерѣдкое срастаніе съ послѣднимъ представляетъ главную причину того, почему нагноеніе таеъ часто превращается въ ихоръ. Симптомы при этомъ получаются тѣ же, какіе обыкновенно наблюдаются при процессахъ гнойнаго и ихорознаго разложенія: сильная лихорадка, съ болѣе или менѣе гектическимъ характеромъ, потрясающіе знобы, значительный упадокъ силъ, а часто также и перитониты,—вотъ главнѣйшія патологическія явленія. Часто сюда присоединяются еще катарры кишекъ. Такимъ образомъ происходитъ смерть отъ истощенія, если только содержимое кисты не будетъ удалено самопроизвольно или искусственно. Если содержимое кисты вскрывается* въ rectum или во влагалище, то больныя довольно часто остаются въ живыхъ, и нерѣдко происходитъ сморщиваніе мѣшка до зарубцеванія. Вскрытіе содержимаго наружу, чрезъ покровы живота, представляетъ, повидимому, уже менѣе благоприятное явленіе. Еще менѣе благоприятнымъ является вскрытіе содержимаго кисты въ мочевой пузырь. Если жирное содержимое кисты, распавшееся въ жидкій ихоръ, легко проходитъ черезъ мочеиспускательный каналъ, то нельзя того же сказать о скомканныхъ волосахъ, находящихся въ кистѣ. При вскрытіи же содержимаго кисты другими путями, часто отверстіе прохода закупоривается этими комками, вслѣдствіе чего происходитъ застой гноя и снова развивается лихорадочное состояніе.

Въ случаѣ же заживленія отверстія, могутъ пройти мѣсяцы и даже полугоды послѣ вскрытія содержимаго, смотря по положенію отверстія.

Весьма часто значительнымъ толчкомъ къ развитію этихъ процессовъ въ ранній періодъ жизни являются роды, причѣмъ безразлично, препятствовала ли опухоль процессу родовъ, или же она не проявляла никакого дѣйствія на нихъ. Тоже самое можно сказать, хотя и въ меньшей мѣрѣ, относительно появленія острыхъ перитонитовъ, которые очень часто наблюдаются при дермоидахъ. Въ такихъ случаяхъ нерѣдко за разрѣшеніемъ отъ беременности происходитъ воспаленіе, причину котораго нельзя обыкновенно сразу распознать. Лишь по прошествіи остраго воспаленія, либо по выздоровленіи больной, сама опухоль уже является источникомъ этихъ процессовъ.

Весьма частое развитие перитонитовъ можетъ также зависѣть отчасти отъ сдавливанія опухолью, выполняющею полость малаго таза; а подчасъ и отъ вскрытія кистъ, послѣ чего излившееся содержимое вскорѣ облекается капсулой—и дѣло не доходитъ до развитія разлитого перитонита.

Въ литературѣ, между прочимъ у Гейприха и Кивиша, изложены наблюденія относительно процессовъ нагноенія или ихорознаго разложенія, встрѣчающагося въ пuerперальномъ періодѣ.

§ 258. Распознать присутствіе дермоидной кисты можно лишь тогда съ достовѣрностью, когда есть возможность изслѣдовать содержимое ея, добытое или проколомъ или же вслѣдствіе произвольнаго вскрытія. Кромѣ того существуетъ весьма мало признаковъ, на основаніи которыхъ можно было бы данную опухоль признать за дермоидную кисту. Незначительная величина опухоли, находящейся въ маломъ тазу лишь тогда можетъ имѣть значеніе при постановкѣ діагноза, когда наблюденіемъ доказано многолѣтнее существованіе опухоли. Дѣтскій возрастъ пациентки можетъ служить нѣкоторымъ подтвержденіемъ и тѣмъ большимъ, чѣмъ моложе субъектъ. Острый перитонитъ при опухоли, не превышающей величины головы, или явные признаки самопроизвольно наступившаго нагноенія—представляютъ два обстоятельства, которыя, слѣдуя вскорѣ за родами, дозволяютъ предположить, что данная опухоль—дермоидная киста; сами же по себѣ они, конечно, не доказательны. Тѣстообразная консистенція опухоли, если она только рѣзко выражена, еще скорѣе всего представляетъ достовѣрный признакъ. Однакожь, пока опухоли находятся въ маломъ тазу, весьма трудно распознать ихъ истинную консистенцію; дермоидныя кисты, лежація въ верхней части полости живота, большею частью осложнились уже коллоиднымъ перерожденіемъ. Въ такомъ случаѣ опухоль можно лишь признать за пролиферирующую кистому; въ большинствѣ же случаевъ нельзя распознать незначительныя дермоидныя кисты. Только въ рѣдкихъ случаяхъ возможенъ діагнозъ дермоидной кисты по ощупыванію костныхъ массъ въ стѣнкахъ ея, тѣмъ болѣе, что отложеніе извести встрѣчается также и въ стѣнкахъ другихъ кистомъ. Однакожь слѣдуетъ сказать, что Сп. Уэллсу удалось нѣсколько разъ поставить вѣрный діагнозъ, руководствуясь этимъ признакомъ.

Предсказаніе при существованіи дермоидовъ вообще лучше, чѣмъ при пролиферирующей кистомѣ на томъ простомъ основаніи, что ростъ опухоли лишь тогда угрожаетъ жизни, когда къ ней присоединяется коллоидное перерожденіе.

Безъ этого послѣдняго обстоятельства дермоидная киста можетъ просуществовать въ теченіи многихъ десятковъ лѣтъ, даже всей жизни, не увеличиваясь значительно въ объемѣ и не причиняя жестокихъ страданій. Беременность и послѣ родовое состояніе ухудшаютъ предсказаніе; слѣдуетъ однакожь замѣтить, что нагноеніе весьма часто можетъ имѣть благопріятный исходъ въ случаѣ благополучнаго вскрытія гноя наружу; хотя бы образовавшійся свищъ не заросталъ въ теченіе долгаго времени. Предсказаніе по отношенію къ экстирпаціи не хуже, чѣмъ при существующей пролиферирующей кистомѣ.

§ 259. Терапія, разумѣется, можетъ быть лишь хирургической. Простой проколъ, при какихъ бы то ни было условіяхъ, представляетъ не цѣлесообразное вмѣшательство, такъ какъ онъ обуславливаетъ значительныя опасности и въ тоже время не подаетъ надежды на радикальное исцѣленіе; точно также и простой пробный проколъ, какъ бы ни была тонка канюльа, абсолютно не показуется, и въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда предполагается существованіе дермоидной кисты. Изліяніе содержимаго кисты въ брюшную полость вызываетъ развитіе сильнаго перитонита, легко ведущаго къ летальному исходу.

При леченіи дермоидной кисты скорѣе можно прибѣгать къ надрѣзу и постоянному дренажу, чѣмъ къ проколу. Сама природа самопроизвольнымъ вскрытіемъ содержимаго кисты въ rectum или во влагалище очень часто указываетъ намъ на этотъ путь радикальнаго леченія. Когда самопроизвольное вскрытіе уже произошло, то намъ остается лишь содѣйствовать полнѣйшему удаленію содержимаго и противоодействовать разложенію его при помощи разныхъ дезинфицирующихъ средствъ, что легче всего и достигается въ томъ случаѣ, когда вскрытіе происходитъ во влагалище. При такихъ обстоятельствахъ рационально расширить отверстіе свѣща, да и вообще при этомъ весьма легко удалить содержимое кисты и продезинфицировать ее. При вскрытіи содержимаго въ rectum, глубокое положеніе отверстія, — которое весьма часто встрѣчается, — также обыкновенно дѣлаетъ возможнымъ подобную манипуляцію. При вскрытіи же въ мочевой пузырь, вышеупомянутыя условія весьма трудно выполняемы. Расширеніе мочеиспускательнаго канала въ такихъ случаяхъ представляетъ неопредѣленное вспомогательное средство, и даетъ намъ возможность не бездѣйствовать, а, напротивъ того, содѣйствовать стремленіямъ природы.

Совсѣмъ другое дѣло, когда еще не произошло самопроизвольнаго вскрытія; тогда возникаетъ слѣдующаго рода вопросъ: возможно ли или слѣдуетъ ли произвести его искусственно, или же, напротивъ того, должно оставаться въ выжидательномъ положеніи, или не будетъ ли рациональнѣе приступить къ оваріотоміи? Нѣтъ сомнѣній, что бываютъ случаи, когда показуется искусственное вскрытіе во влагалище; однако же, число ихъ слѣдуетъ, по возможности, ограничивать. Надрѣзь и постоянный дренажъ опухоли, до полнѣйшаго сморщиванія мѣшка, цѣлесообразны лишь тогда, когда несомнѣнно существуетъ срощеніе ея со сводомъ влагалища и когда въ то же время комплексъ симптомовъ дозволяетъ предположить нагноеніе кисты; или же когда опухоль, ущемленная въ маломъ тазу, обуславливаетъ опасныя явленія. Когда же дермоидная киста не причиняетъ страданій, или она, благодаря воспалительнымъ процессамъ и нагноенію и причиняетъ страданіе, но въ тоже время не предполагается срощенія ея съ основаніемъ таза, а также и ущемленія ея, — тогда либо ничего не слѣдуетъ предпринимать, либо же слѣдуетъ прибѣгнуть къ экстирпации опухоли черезъ покровы живота.

На страницѣ 204-й было сказано, что Пизли въ извѣстныхъ случаяхъ положительно совѣтуетъ прибѣгать къ надрѣзу и дренажу при леченіи дермоидныхъ кистомъ; на той же страницѣ изложены два случая Симона Томаса, въ которыхъ исцѣленіе произошло, благодаря только этому образу дѣйствія.

§ 260. Остается еще упомянуть объ экстирпациі дермоида, ея распространеніи и возможныхъ результатахъ: во многихъ случаяхъ, когда дермоидныя кисты, находящіяся въ полости малаго таза, или подъ нею, не проявляются въ извѣстныхъ симптомахъ, — нѣтъ надобности помышлять объ экстирпациі. Даже въ томъ случаѣ, когда діагнозъ дермоида болѣе или менѣе достовѣренъ, всетаки слѣдуетъ, руководствуясь принципами, изложенными въ § 241, выжидать повуда опухоль не достигнетъ извѣстной величины; но боль скоро величина эта уже достигнута, и наступили явленія, опасныя для здоровья и жизни, — то для дермоидовъ точно также, какъ и для пролиферирующихъ кистомъ повазуется оваріотомія, причемъ можно надѣяться на одинаковые результаты.

Сп. Уэллсъ (Transact. path. Soc. of Lond., 1876, Nov. 21) при 800 оваріотоміяхъ 20 разъ имѣлъ дѣло съ дермоидными кистами, давшихъ 18 выздоровленій, т. е. только 10% смертности, между тѣмъ какъ общая смертность всѣхъ его случаевъ равна 25%. Слѣдовательно, предсказаніе *quo ad vitam* является не хуже, чѣмъ вообще при оваріотоміи другихъ опухолей яичковъ, хотя это ограниченное число (20 случаевъ) и не позволяетъ дѣлать дальнѣйшихъ заключеній. Указанія Уэллса на то обстоятельство, что изъ этихъ 20 случаевъ, послѣдніе 10 входятъ въ составъ 3-й сотни служить подтвержденіемъ того, что случайность также играла нѣкоторую роль и при составленіи этихъ статистическихъ данныхъ. При первыхъ 24 операціяхъ мнѣ трижды попадались дермоиды, причемъ однажды двухсторонній; при 34 же слѣдующихъ операціяхъ не встрѣтился ни одинъ. Кейтъ при 300 оваріотоміяхъ встрѣтилъ 5 дермоидовъ, Фейтъ же пять дермоидовъ — при 44 операціяхъ.

ГЛАВА XLIII.

Плотныя опухоли яичниковъ.

Литература: T. S. Lee: Von den Geschwülsten der Gebärm. Berlin. 1848. стр. 259.— Bright: clinical memoirs on abdominal tumours. London. 1860. — Kiwisch: Klin. Vorträge. II. 1852. стр. 188. — Virchow: Onkologie. I. 332. II. 369. III. 222. — Rokitan sky: Ueber Abnormitäten des Corpus luteum. Allgem. Wien. med. Ztg. 1859. No. 35.— Waldeyer: Die epithel. Eierstocksgeschwülste. Arch. f. Gyn. VI. 2. стр. 189. — Szurminski: Ueber solide Eierstockstumoren. Diss. Breslau. 1872. — Spiegelberg: Monatsschr. XIV. 1859. стр. 200. — Thomas: Amer. J. of obstetr. IV. стр. 76. — Кроме того см. руковод. къ патологич. анатоміи Förster'a, Rokitan sky, Klebs'a, Birch-Hirschfeld'a, Rindfleisch'a и Klob'a.

О фибромахъ: van Buren: New-York. med. J. May. 1850. March. 1851. — Spiegelberg: Fibrom des Eierstocks von enormer Grösse. Monatsschr. f. Gebkde. XXVIII. 1866. стр. 415. — Blatchly: Fibro-cystic disease of the ovary. Amer. J. of med. Sc. 1870. Juli. 281. — Waldeyer: Diffuses Eierstocksfibrom von eigenthümlichem Baue. Arch. f. Gyn. II. 1871. стр. 440. — Spengler: Casper's Wochenschr. Bd.

34. 1851. — Emmet: a case of myo-adenocystoma of the ovary, Amer. J. of obstetr. Oct. 1876. стр. 651. — Lawson Tait. Fibroma of the ovary, removed by operation. Transact. path. Soc. XXV. Jan. 20. 1874. — Bouillaud: Obstruction intestinale causé en deux points différens par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. Mort et autopsie. Gaz. d. hóp. 1873. No. 149. — Fioupe (Péan): Tumeur solide de l'ovaire; phtisie pulmonaire; mort. autopsie. Gaz. méd. de Paris. 1874. No. 47.

О саркомахъ: Rokitansky: Ztschr. d. Ges. d. Ae. z. Wien. 1867; No. 37. — Spiegelberg: Monatsschr. f. Gebkde. Bd. 30. 380. — Wilks: Transact. path. Soc. London. X. 146. — Hertz: Virchow's Arch. 36. стр. 97. — Lobeck in Winkel's Klinische Studien n Ber. I. 1874. стр. 353. — Elischer: Deutsche med. Wochenschr. 15. April 1876. — Stilling: Deutsche Kl. 1868. No. 20. Fall 16. — Lehmann: Kleinselachtig Sarkoma ovarii. Nederl. Tijdschr. f. Geneesk. 1869. Afd. I, стр. 381. — Willigk: Prager Vierteljahrsschr. 1854. Bd. 44. стр. 112. — Beigel: Frauenkrkh. I. стр. 440. — Stiegele: Einiges über Cystofibrome und Cystosarkome der Ovarien. Würt. Correspbl. 1872. No. 28. — Murray: Transact. path. Soc. XXVI. 1875. стр. 143. — Charteris: Malignant disease of both ovaries. Brit. med. J. Aug. 21. 1875. — Foulis: on the structure of the ovary in relation to certain forms of disease. Brit. med. J. June 26. 1875.

О карциномахъ: Bruch: Ztschr. f. rat. Med. VII. стр. 357 u. VIII. 1849. стр. 125. — E. Wagner: Arch. d. Hlkde. V. 92. — Waldeyer: Virchow's Arch. 41. стр. 470. и 55. стр. 130. Sammlung klinischer Vorträge. No. 33. — Förster: Verh. d. Würzb. phys. med. Ges. X. 1859. стр. 24. — Frerichs: Ueber Gallert und Colloidgeschwülste. Göttinger Studien. 1874. I. — Mosler: Monatsschr. f. Gebkde. XVI. стр. 141. — Hildebrandt: Die neue gyn. Univers.-Klinik. Leipzig. 1875. стр. 116. — Chenery: Cancer of the right ovary; death by thrombosis. Bost. med. and surg. J. April 6. 1876. стр. 396. — John Homans: Bost. med. and surg. J. 1872. стр. 171. — David Cheever: ibidem. Dec. 31. 1874. — Cristoforis: Gaz. med. Ital.-Lomb. 1874. No. 4. — Bixby: a case of medullary cancer of both ovaries. Bost. med. and surg. J. 1874. March. 5. — Stilling: Deutsche Klinik. 1868. No. 11. — Wernich: Beiträge der Berl. Ges. I. 1872. стр. 87. — Hempel: Arch. f. Gyn. VII. стр. 556. — Oswald: London obst. transact. 1876. April. — Tillaux: cancer de l'ovaire. Monp. med. 1870. No. 11. — Nussbaum: «34 Ovariometrien» (Fall 2 и 15). — Hohl: Bericht etc. N. Ztschr. f. Gebkde. XXVII. 1850. стр. 247. — Beebe: Amer. J. of med. Sc. 1871. стр. 354. Vol. XLI. (case I и II). — Martin: Eierstockwassersuchten; стр. 14. — Br. Weber: Ueber Carcin. ovarii. Diss. Halle. 1873. — Küster: Beiträge d. Ges. f. Gebh. и Gyn. IV. Sitzber. стр. 6. 1875. — Case of colloid cancer of peritoneum and right ovary. Brit. med. J. Nov. 24. 1872. — Beecher: cystic. encepholoid of the ovary and omentum. Phil. med. Times Oct. 12. 1872. — Thornton: Carcinoma of ovarian cyst and adjacent organs. Transact. path. Soc. XXV. стр. 188. — Wegscheider: Beiträge d. Ges. f. Gebh. IV. 1875. стр. 13. — Liveing: Cancer of ovaries and peritoneum and umbilicus; compression of the common bile-duct; jaundice; death. Lancet. July 3. 1875.

О бугорчаткѣ: Geil: Ueber die Tuberkulose der weibl. Geschlechtsorgane. Diss. Erlangen. 1851. — Louis: recherches sur la phtisie. — Boivin et Dugés: Traité pratique etc. — Pollack: Dublin med. Press. Febr. 1852. (Helfft, Monatsschr. f. Gebkde. II. 1853. стр. 17. — Naumann: Hdb. d. med. Klinik. VIII. стр. 425. — Gusserow: de muliebrium genital. tuberculosi. Diss. Berlin. 1859. — Rokitansky: Allg. Wien. med. Ztg. 1860. No. 21. — Kenton: Edinb. med. and surg. J. April 1827. No. 91.

§ 261. Плотныя опухоли яичниковъ встрѣчаются весьма рѣдко въ сравненіи съ частымъ появленіемъ кистомъ. Леопольдъ полагаетъ, что число плотныхъ опухолей составляетъ 1,5% всѣхъ опухолей яичниковъ, при этомъ онъ существенно опирается на статистическія данныя Уэллса, который на 500 эк-

стирпированныхъ опухолей яичниковъ, насчиталъ всего 6 плотныхъ, т. е. 1,2%. Леопольдъ самъ сознаетъ, что въ подобную статистику не вошли весьма многія плотныя опухоли по ихъ незначительности; однакожь, даже и для тѣхъ опухолей, которыя представляютъ клинической интересъ, число 1,5%, по истинѣ, слишкомъ ограничено. Леопольдъ забылъ, вѣроятно, что оваріотомію избѣгаютъ въ большинствѣ случаевъ при діагностированныхъ карциномахъ, или же ограничиваются только пробнымъ надрѣзомъ. При 58 оваріотоміяхъ я лично экстирпировалъ три плотныя опухоли, хотя въ тоже время я, по меньшей мѣрѣ, видѣлъ отъ 6—7 карциномъ яичника. Не будучи въ состояніи опредѣлить процентнаго содержанія плотныхъ опухолей, я, тѣмъ не менѣе, полагаю, что оно должно быть больше, чѣмъ его принимаетъ Леопольдъ. Въ пользу этого говорятъ также статистическія данныя Кейта, который на 200 опухолей яичниковъ, со включеніемъ злокачественныхъ, полагаетъ 17 плотныхъ опухолей, да сверхъ того еще 13 полуплотныхъ.

Плотныя опухоли, по своему строенію, распадаются на 2 группы: соединительно-тканную и эпителиальную. Въ составъ первой группы входятъ: фибромы, саркомы, папилломы и энхондромы. Представителемъ же эпителиальной группы являются почти лишь однѣ карциномы, которыя изъ всѣхъ плотныхъ опухолей, представляющихъ клинической интересъ, встрѣчаются наименѣе.

§ 262. Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ видовъ плотныхъ опухолей въ ихъ анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ, слѣдуетъ указать на нѣкоторыя особенности, которыми всѣ виды плотныхъ опухолей почти заурядъ отлѣчаются отъ кистомъ.

Прежде всего слѣдуетъ указать на тотъ фактъ, что плотныя опухоли гораздо чаще кистомъ представляются двухсторонними. Положеніе это относится ко всѣмъ видамъ плотныхъ опухолей, преимущественно же къ карциномамъ.

Рис. 32.



Двухсторонняя фибросаркома яичниковъ.

Величина ихъ въ большинствѣ случаевъ умеренная. Хотя извѣстны случаи, когда опухоли достигали колоссальныхъ размѣровъ, однакожь большинство изъ нихъ не достигаетъ даже величины головы взрослого

Форма плотныхъ опухолей, какъ впервые показалъ Леопольдъ, менѣе неправильная, чѣмъ форма кистомъ. Последнія почти всегда имѣютъ

форму узловатую; между тѣмъ какъ плотныя опухоли вообще удерживаютъ форму нормальнаго яичника. Причину этого явленія слѣдуетъ искать въ томъ обстоятельствѣ, что развитіе плотныхъ опухолей обусловливается дегенераціей всей паранхимы этого органа, вслѣдствіе чего является равномерное увеличеніе яичника по всѣмъ его направленіямъ; при развитіи же пролиферирующей кистомы, отдѣльныя кисты развиваются не по опредѣленному правилу, а въ сторону наименьшаго сопротивленія.

То обстоятельство, что плотныя опухоли вообще представляютъ менѣе сращеній, чѣмъ мѣшечкатыя, зависитъ отчасти отъ ихъ меньшей величины, отчасти же отъ довольно часто встрѣчающихся водяночныхъ скопленій.

Ножка этихъ опухолей представляется иною, чѣмъ ножка кистомъ, такъ какъ она образуется почти только изъ *ala vespertilionis*, части же, входящія обыкновенно въ составъ ея, какъ-то яйцепроводъ и *ligam. ovarii*, остаются въ своемъ нормальномъ положеніи.

Равномерно увеличивающійся яичникъ поддерживается лишь незначительнымъ отрѣзкомъ брюшинной складки, который коротокъ и въ большинствѣ случаевъ широкъ. Такимъ образомъ составленная ножка направляется въ *hilus ovarii*, который обыкновенно представляетъ болѣе или менѣе глубокую бороздку, какъ будто прикрывающуюся окружающимъ яичникомъ. Яйцепроводъ не проходитъ надъ опухолью на большемъ протяженіи, какъ это бываетъ при кистомахъ, а, напротивъ того, остается подвижнымъ, какъ это бываетъ при нормальномъ яичникѣ. На рисункѣ 32 представлена подобная ножка. Впрочемъ, можно встрѣтить исключенія изъ этого правила. Въ иныхъ случаяхъ плотныхъ опухолей, ножка можетъ быть толста и массивна, въ другихъ же она можетъ совершенно отсутствовать, что мнѣ и приходилось видѣть на нѣсколькихъ препаратахъ, еще только подлежащихъ описанію (см. мои наблюденія § 271). Опухоль можетъ даже представлять отчасти интралигаментарное развитіе.

Соединительно-тканное утолщеніе, которое обыкновенно существуетъ у кистомъ, при переходѣ ножки въ тѣло опухоли, Леопольдъ не находилъ у плотныхъ опухолей.

Составъ ножки изъ однихъ только перепончатыхъ образований, безспорно, благоприятствуетъ перекручиванію ея, которое наблюдалось въ случаяхъ, приводимыхъ Фанъ-Буреномъ, Клобомъ, Виллигеномъ и Леопольдомъ, не смотря на то, что короткая и въ то же время широкая ножка скорѣе могла бы препятствовать этому. Въ вышеописанномъ составѣ ножки слѣдуетъ искать объясненія того факта, почему при полуторномъ перекручиваніи ножки извѣстной фибромы, величиною въ дѣтскую головку, яйцепроводъ, по наблюденію Клоба, не принималъ участія въ этомъ актѣ перекручиванія.

Положеніе плотной опухоли точно также, какъ и положеніе кистомъ бываетъ различно. Пока она находится въ маломъ тазу, ущемленіе ея можетъ легче произойти, чѣмъ ущемленіе кистомъ, на томъ простомъ основаніи, что плотность ея препятствуетъ выступанію разрастающейся опухоли въ верхнюю часть полости живота. Затѣмъ слѣдуетъ сказать, что она точно также, какъ и кистомы, смѣщаетъ сосѣднія органы, въ особенности матку.

Частое осложненіе плотныхъ опухолей асцитомъ весьма важно въ клиническомъ отношеніи. Осложненіе это по преимуществу приходится на долю корциномъ, хотя также и при саркомахъ и фибромахъ она далеко чаще встрѣчается, чѣмъ при вистомахъ, такъ какъ не безизвѣстно, что послѣднія крайне рѣдко осложняются сколько нибудь значительной водянкой.

Водянка препятствуетъ обыкновенно развитію срощеній, тѣмъ болѣе что она появляется, пока опухоль не достигла еще крупныхъ размѣровъ. Благодаря значительному водяночному скопленію, опухоль пріобрѣтаетъ значительную подвижность.

Покончивъ съ общимъ обзоромъ плотныхъ опухолей обратимся теперь къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ видовъ ихъ, причемъ прежде всего начнемъ съ фибромъ яичниковъ.

Фибромы яичниковъ.

§ 263. Подъ фибромой яичниковъ, въ исключительныхъ случаяхъ, слѣдуетъ разумѣть такое новообразованіе, которое можетъ быть изолировано отъ почвы своего происхожденія; обыкновенно же этимъ названіемъ желаютъ обозначить извѣстнаго рода гинерплазію стромы, происходящую, болѣе или менѣе, неравномѣрно по всѣмъ направленіямъ.

Въ однихъ случаяхъ, образованіе опухоли зависитъ отъ разлитого новообразованія соединительной ткани, которое, въ свою очередь, зависитъ отъ острого или хроническаго воспалительнаго состоянія яичниковъ. Послѣднее, по Кивишу, весьма часто представлялось пуэрперальнаго происхожденія. Поражаются имъ одинъ или оба яичника. Пораженный органъ, въ большинствѣ случаевъ, достигаетъ лишь величины грецкого орѣха, и самое большое—величины гусиного яйца.

Поверхность его то гладка, то бугриста, и мелкодольчата. Самъ онъ представляется весьма плотной консистенціи; въ плотной соединительной ткани его обыкновенно не находятъ уже не только фолликуловъ, но даже и рубцовъ отъ лопнувшихъ фолликуловъ.

Наружная поверхность яичника является часто утолщеною отъ присутствія на ней ложныхъ перепонокъ; самъ же органъ нерѣдко представляется смѣщеннымъ; подчасъ же наружная поверхность является совершенно гладкою и органъ сохраняетъ свое нормальное положеніе.

Само собою разумѣется, что подобное разращеніе ткани, пока опухоль мала, не можетъ вызвать какихъ либо симптомовъ. Наибольшее, что можетъ произойти и что единственно представляетъ клинической интересъ, будетъ безплодіе въ томъ случаѣ, когда были поражены оба яичника.

Если въ означенныхъ случаяхъ едва приходится говорить объ опухоли яичника, за то въ другихъ случаяхъ развитіе ихъ вполне очевидно. Послѣдняго рода опухоли скорѣе уже слѣдуетъ называть фиброидами.

Фиброзная опухоль яичника представляетъ въ такихъ случаяхъ твердые, кругловатые, гладкіе или бугристые узлы, которые часто рѣзко очерчены, но тѣмъ не менѣе никогда не сидятъ свободно въ стромѣ яичниковъ, а напротивъ того непосредственно переходятъ въ нее (Вирховъ). Въ иныхъ

случаяхъ весь яичникъ представляется равномерно перерожденнымъ; въ другихъ поражается часть паренхимы, остальная же часть остается нормальной. Чаще всего поражается боковой конецъ яичника. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичникъ представляется крупно-бугристымъ, бываетъ подчасъ возможно отыскать въ albuginea узлы отдѣльныхъ разрошеній. «Часть яичника, неучаствующая въ образованіи опухолей,» какъ говоритъ Вирховъ, «представляетъ весьма часто всѣ измѣненія хронической oophoritis, во всѣхъ ея видахъ. Большею частью не только строма представляется оплотнѣлою, но еще болѣе утолщенной и склерозированную является albuginea, фолликулы же превращаются въ corpora fibrosa.»

Строеніе этихъ опухолей представляется либо соединительно-тканымъ, либо съ примѣсю гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Послѣднихъ, обыкновенно, бываетъ весьма незначительное количество, такъ что подобныя опухоли ближе всего подходятъ къ болѣе плотнымъ міомамъ матки. Волокна плотной соединительной ткани перекрещиваются въ беспорядкѣ, по всѣмъ направленіямъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ они представляютъ сколько нибудь концентрическое расположеніе. Волокна опухоли непосредственно переходятъ въ паренхиму здоровой части опухоли или hilus; точно также очень часто бываетъ невозможно отдѣленіе опухоли отъ albuginea. Во всей опухоли большіе сосуды отсутствуютъ.

Однако правило это не безъ исключеній: такъ Сканцони въ одной девяти-фунтовой фибромѣ наблюдалъ до того расширенныя сосуды, что опухоль казалась какъ бы пещеристою. Точно такое же явленіе Шпигельбергъ наблюдалъ въ шестидесяти-фунтовой опухоли, о которой рѣчь будетъ еще впереди.

Подобно тому какъ и во всѣхъ почти плотныхъ опухоляхъ, въ фибромахъ нерѣдко встрѣчаются кисты. Происхожденіе послѣднихъ двояко: то онѣ представляются размягченными съ весьма жирнымъ и кашицеобразно-жидкимъ содержимымъ, то, какъ говоритъ Вирховъ, онѣ являются настоящими кистами съ особенно гладкой стѣнкой; на эти послѣднія можно смотрѣть какъ на водяночно перерожденные фолликулы, которые сохранились при перерожденіи паренхимы. Они могутъ достигать величины грецкого орѣха; содержимое ихъ либо прозрачно, либо мутно, либо, наконецъ, кровависто.

Шпигельбергъ, а за нимъ Леопольдъ высказались въ пользу того, что фибромы яичниковъ, обыкновенно, являются простыми и, что въ случаяхъ міофибромъ, должно полагать, существовали недоразумѣнія на счетъ источника происхожденія ихъ. И дѣйствительно, нельзя не согласиться, что такія ошибки имѣли мѣсто въ отдѣльныхъ случаяхъ и въ особенности въ такихъ, когда прибѣгали къ экстирпаціи. Это видно изъ того, что подсерозныя маточныя міомы развиваются часто интра-лигаментарно, могутъ даже совершенно отдѣлиться отъ матки и принять положеніе, легко вводящее въ заблужденіе. Однакожъ почти всѣ патолого-анатомы, въ томъ числѣ Вирховъ, Клебсъ, Клобъ, Бирхъ-Гиршфельдъ допускаютъ, что въ фибромахъ яичниковъ подчасъ встрѣчаются мышечныя волокна. Опухоли же эти по незначительной примѣси мышечныхъ элементовъ заслуживаютъ скорѣе названіе міо-фибромъ. Какъ трудно бываетъ и какъ рѣдко удается распознать подобныя опухоли, видно изъ того что извѣстное патологическое общество въ Лондонѣ еще въ 1857 году не узнало опухоль, представленную ему на разсмотрѣніе Нуномъ, (Transact. path. Soc. VIII. стр. 270), за опухоль яичника лишь потому, что въ составъ ея входили мышечныя волокна и уже въ слѣдующемъ году тоже общество перемѣнило свое мнѣніе. Опухоль снаружи на весьма боль

помь протяженіи представлялась покрытою известковымъ отложеніемъ и вѣсила отъ 6—7 фунтовъ.

Повидимому, до сихъ поръ одинъ только Сангали (*storia dei tumori* II стр. 220) видѣлъ настоящую міому яичника, которая представляла собою мягкую, сосудистую опухоль яичника величиною въ куриное яйцо, состоящую преимущественно изъ мышечныхъ волоконъ, между которыми располагались кругловатыя кѣтки.

Изъ вторичныхъ измѣненій, которымъ подвергаются фибромы, помимо упомянутыхъ, размягченныхъ кистъ, наблюдается еще довольно часто отложеніе извести на поверхности опухоли, какъ это часто наблюдается также и въ маточныхъ міомахъ. Уже гораздо рѣже встрѣчаются другія измѣненія:

Вальдейеръ описываетъ особаго рода опухоль, вѣсомъ въ 910 грам., которую вырѣзалъ Шпигельбергъ; размѣры ея были 15, 10 и 11 цтм. На поверхности ея видѣлись многочисленныя сухожильныя утолщенія, да кромѣ того на одномъ мѣстѣ находился мѣшчатый кругловатый свертокъ, величиною въ яблоко, причемъ содержимое кистъ было серозное, слегка овращенное въ кровавый цвѣтъ. Внутренняя поверхность кистъ была покрыта слоемъ низкаго цилиндрическаго эпителия—единственный остатокъ эпителиальныхъ составныхъ частей яичника. Опухоль, которая весьма трудно поддается ножу, состоитъ, на подобіе остеоида, изъ остова склерозированныхъ, соединительно-тканыхъ перекладинъ. Расположеніе кѣтокъ, также напоминало костныя тѣльца, съ тою лишь разницею, что отсутствовало отложеніе известковыхъ солей. Промежутки между отдѣльными перекладинами выполнялись какою-то сосудистою тканью, представлявшею большіе межклетельные промежутки. Въ данномъ случаѣ фиброма находилась на пути къ окостенѣнію; въ другомъ же случаѣ, обнаруженномъ Клейнвехтеромъ (*Arch. f. Gyn. IV стр. 171*), она представлялась уже вполне окостенѣвшею. Отъ яичника, длиною и шириною по 10 цтм., только незначительная часть сохранила свойство фибромы; большая же часть обратилась въ костную. Лебель точно также упоминаетъ (*Ztschr. d. Ges. d. Ae. z. Wien 1844. 5*) объ окостенѣвшей фибромѣ, величиною въ дѣтскую голову, которая была найдена въ патологическомъ институтѣ Рокитанскаго.

§ 264. Фибромы, развивающіяся изъ *corpus luteum* и впервые описанныя Рокитанскимъ, отличаются отъ другихъ фибромъ способомъ происхожденія. Помимо двухъ наблюденій этого автора, извѣстно еще третье, обнаруженное Клобомъ. Клебсу точно также приходилось имѣть дѣло съ подобными образованіями.

Отъ вышеописанныхъ видовъ фиброзныхъ перерожденій яичника онѣ отличаются болѣе ограниченою, круглою формою и болѣе рѣзкимъ разграниченіемъ остальныхъ тканей, а по Клобу, еще присутствіемъ розово-желтаго, часто зазубреннаго коркового слоя, представляющаго ничто иное, какъ сохранившуюся *membrana folliculi*. Внутри этой послѣдней заключается фиброзная центральная масса съ полостью въ центрѣ, содержащей въ себѣ холестеринъ и пигментъ, содержащій нѣкоторое количество желѣза, — послѣдній остатокъ отъ прежде бывшаго кровоизліянія.

Въ обоихъ случаяхъ Ровитанскаго, у одной 43 лѣтней и у другой 45 лѣтней, опухоли представлялись незначительными. Большая изъ нихъ нѣсколько превышала величину грецкаго орѣха. Клобъ же, напротивъ, у одной 58 лѣтней женщины, описалъ опухоль, величиною въ дѣтскую головку. Нѣсколько вялая, отечная опухоль состояла изъ старой и молодой соединительной ткани; весьма тонкій слой по периферіи, едва въ 3''' толщины, представлялся желтаго цвѣта и состоялъ изъ тонкихъ соединительно-тканыхъ волоконъ съ весьма зернистыми вѣточками. Этотъ перифирический слой Клобъ принимаетъ за *membrana folliculi*, что Леопольдъ, по справедливости, счтаетъ не доказаннымъ.

§ 265. Обратимся теперь къ разсмотрѣнію клиническаго теченія фибромъ. Къ общимъ примѣчаніямъ, изложеннымъ въ § 262, остается прибавить лишь немногое.

Въ сравненіи съ другими плотными опухолями яичниковъ, фибромы встрѣчаются довольно рѣдко. Леопольдъ, на 55 собранныхъ имъ наблюденій, насчитываетъ 16 фиброидовъ, да кромѣ того еще несомнѣнныя 3 оостенѣвшія опухоли, которыя первоначально представлялись фибромами. Лишь только 3 фиброида оказались двухсторонними; 13 же остальныхъ и 3 оостенѣвшихъ были односторонія.

Замѣчательнъ при этомъ тотъ фактъ, что у юныхъ особей фибромы встрѣчаются сравнительно чаще. Въ таблицѣ Леопольда на 13 больныхъ, лѣта которыхъ были обозначены, приходится 5 женщинъ моложе 30 лѣтъ, и 4 между 30 и 40 годами. Исслѣдованія Виrhoва точно также подтверждаютъ этотъ фактъ. Лишь весьма немногія фибромы доходятъ до клиническаго наблюденія по той простой причинѣ, что онѣ весьма медленно увеличиваются въ ростѣ. Даже опухоли, превышающія величину кулака, представляются уже рѣдкостью. Если *Stuveilhier* описываетъ 46 фунтовую, *I. Simpson* 56 фунтовую и *Шильбергъ* 60 ф. фиброму яичника, то слѣдуетъ замѣтить, что чисто фиброзная натура этихъ опухолей еще подлежитъ сомнѣнію.

Обстоятельствомъ, наичаще вредно отзывающимся на общемъ состояніи больныхъ, и побуждающимъ ихъ прибѣгать къ медицинской помощи, являются не тѣ незначительныя боли, происходящія отъ незначительной опухоли, но осложняющія ихъ водянка, которая, даже при этихъ добродѣтельныхъ опухоляхъ, наступаетъ вообще въ весьма раннемъ періодѣ и въ довольно значительной степени. Причина водянки въ этихъ случаяхъ обыкновенно неизвѣстна. Жидкость представляется совершенно прозрачною, брюшина же при лапаротоміи обазывается совершенно свободной отъ воспалительныхъ процессовъ; поэтому, указывать на воспалительное раздраженіе, какъ на причину, нельзя, что часто возможно въ случаяхъ карциномы, осложнившейся водянкой. Является однакожь весьма загадочнымъ, какимъ образомъ весьма малыя и медленно растущія опухоли могутъ обусловливать асцитъ путемъ застоя, между тѣмъ какъ крупныя и быстро растущія кистомы почти никогда не вызываютъ вышепомянутаго явленія. Какъ-бы то нибыло, причина асцита кроется въ присутствіи опухоли, ибо съ удаленіемъ послѣдней навсегда исчезаетъ и водянка. Не слѣдуетъ

упускать из виду, что значительный асцитъ встрѣчается очень рѣдко и при кистамахъ; но и въ этомъ случаѣ причина его для насъ не выяснена. Такъ, еще недавно я у одной 35 лѣтней женщины (W. II No. № 57) эвстирировала опухоль, величиною въ человѣческую голову и вѣсившую всего 2 вѣло; опухоль, прощупывавшаяся чрезъ водяночную жидкость, представлялась плотною, но впоследствии она оказалась пролофирирующей кистой, безъ значительной даже полости. 9 дней до эвстираціи изъ полости живота большой выпущено было до 45 фунтовъ прозрачной, свѣтложелтой водяночной жидкости, а затѣмъ, за два дня до оваріотоміи, рана прокола сама собою вскрылась, и снова вытекло 10—15 фунт. жидкости; во время же самой операціи вытекло еще 7 фунт. водяночной жидкости. Послѣ легкаго удаленія опухоли, не представлявшей сращеній, водянка болѣе не возвращалась.

Весьма вѣроятнымъ, для объясненія этого осложненія, является предположеніе, что опухоль въ своей окружности способствуетъ весьма сильному выпотѣванію изъ брюшины, между тѣмъ какъ всасывательная способность остается сравнительно уменьшенной. Конечно, этимъ еще не возможно объяснить сущность процесса. Во всякомъ случаѣ осложненіе водянкой встрѣчается весьма рѣдко при фибромахъ, такъ что большинство фибромъ яичниковъ открываются лишь случайно при аутопсіяхъ, и только весьма немногія требуютъ клиническаго леченія, такъ напр. Сп. Уэллсъ, до своей 500 оваріотоміи, всего два раза только имѣлъ дѣло съ фибромами яичника; какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ случаѣ онѣ осложнились асцитомъ. Въ одной опухоли равнялся 180 грм., другой 4¹/₂ фун. Не будь асцита, больныя едва ли искали бы содѣйствія врача. Килъгуръ (у С. Ли, стр. 262) упоминаетъ объ одномъ случаѣ, когда одной женщиной, имѣвшей плотную опухоль яичника и осложненной водянкой, пришлось сдѣлать до 43 проколовъ.

Ростъ фибромъ идетъ весьма медленно, даже медленнѣе, чѣмъ можно полагать изъ словъ пациентки, такъ какъ самыя раннія стадіи развитія почти всегда остаются скрытыми.

Фибромы очень рѣдко вызываютъ воспаленіе брюшины. Относительно же случая Van Vigen'a, наблюдавшаго перитонитъ съ смертельнымъ исходомъ, слѣдуетъ сказать, что воспаленіе произошло отъ перекручиванія почки.

Извѣстны нѣсколько случаевъ нагноенія этихъ опухолей. Робитанскій у одной ригегга наблюдалъ опухоль, величиною въ гусиное яйцо; она, находясь въ cavum recto-uterinum, представлялась ихорозною. Процессъ гниlostнаго разложенія послужилъ причиной къ прободенію свода влагалища, къ развитію нарыва, опускавшагося до trochanter minor, и наконецъ къ появленію гнойнаго перитонита. Точно также былъ найденъ нарывъ и въ печени. При положеніи опухоли въ маломъ тазу, причиной нагноенія можетъ быть принято ущемленіе ея во время акта родовъ. Находясь въ маломъ тазу, фиброма яичника подчасъ можетъ препятствовать благопріятному разрѣшенію отъ беременности, доказательствомъ чего служить тотъ фактъ, что Клейнвехтеръ въ одномъ случаѣ окостѣвшей фибромы (имѣвшей 10 цнт. длины и столько же ширины) приступилъ къ кесарскому сѣченію. Кивипшъ и Саффордъ-Ли точно также наблюдали гниlostно-распавшія фибромы, однакожь изъ ихъ сжатыхъ сообщеній нельзя усмотрѣть причину этого явленія.

§ 266. Почти никогда не возможно поставить безошибочный диагнозъ фибромы яичника. Возможенъ только болѣе или менѣе приблизительный диагнозъ. Приступая къ диагнозу, на первыхъ же порахъ слѣдуетъ убѣдиться, что изслѣдуемая опухоль дѣйствительно принадлежитъ яичнику. Въ этомъ отношеніи могутъ оказать услугу всѣ вышеизложенныя вспомогательныя средства; болѣе же всего слѣдуетъ придавать значенія тщательному изслѣдованію обѣими руками, что при случаѣ дѣлается *per rectum*. Въ томъ случаѣ, когда опухоли лежатъ неподвижно въ *cavum Douglasii* большею частью, трудно рѣшить, принадлежатъ ли онѣ яичнику или маткѣ.

Убѣдившись въ томъ, что опухоль дѣйствительно принадлежитъ яичнику, ее съ большею вѣроятностью можно признать лишь тогда за фиброму, если не существуетъ осложненія водянкой, если отсутствуетъ боль сама по себѣ и болѣзненность при дотрогиваніи, если поверхность ея представляется гладкою или слегка бугристою, если общее состояніе больной нормально, и наконецъ, если доказано, что опухоль существуетъ долго, или что она растетъ медленно.

Однакожъ, хирургу рѣдко приходится имѣть дѣло съ вышеупомянутыми явленіями. Въ большинствѣ случаевъ существуетъ осложненіе водянкой, и тогда признать извѣстную опухоль за фиброму тѣмъ труднѣе, что злокачественныя опухоли далеко чаще ослабляются водянкой. Отличить фиброму отъ карциномы подчасъ бываетъ не трудно. Рѣзко выраженная бугристость опухоли, а также часто самопроизвольное появленіе боли, присутствіе вторичныхъ меньшихъ опухолей, которыя можно прощупать чрезъ водяночную жидкость, быстрое развитіе водянки, и наконецъ, худосочіе больной, — безспорно указываютъ на то, что данная опухоль — карцинома.

Когда же отсутствуютъ эти признаки, остается еще рѣшить, есть ли изслѣдуемая опухоль фиброма или саркома. Фибросаркомы, по крайней мѣрѣ по клиническому теченію, до того схожи съ фибромами, что въ данную минуту дифференціальный диагнозъ является совершенно невозможнымъ.

Въ случаяхъ, когда небольшая опухоль, которую съ большою вѣроятностью можно принять за фиброму, не причиняетъ страданій, легко можетъ не понадобится никакого леченія. Но когда она обуславливаетъ появленіе жестокихъ страданій, въ особенности развитіе значительнаго асцита или перитонита, то повзается экстирпація опухоли.

Саркомы яичниковъ.

§ 267. Вслѣдъ за разсмотрѣніемъ фибромъ, я приступаю къ обзору саркомъ яичника, такъ какъ онѣ въ клиническомъ отношеніи весьма сходны между собой.

Саркомы эти чаще всего являются веретенообразно-клеточковыми, впрочемъ встрѣчаются иногда и болѣе мягкія формы, содержащія въ себѣ большое количество круглыхъ клеточекъ; чисто кругло-клеточковыя саркомы представляютъ, повидимому, весьма рѣдкое явленіе. Вирховъ говоритъ: «настоящія

саркомы яичника представляют собою плотныя или массивныя опухоли съ довольно ровной поверхностью, такъ что ихъ на первый взглядъ можно принять за простую гипертрофію; въ разрѣзѣ онѣ представляются плотными, красновато-бѣлыми или чисто-бѣлыми, болѣе лучисто-полосатыми. Консистенція ихъ бываетъ то болѣе плотная, то мягче, а иногда до того мягка, что ихъ можно расщепить на лучистые перекладники или пучки». Круглая или эллиптическая опухоль можетъ достигать размѣровъ дѣтской головы и выше. Кисты довольно часто встрѣчаются внутри опухоли, которую тѣмъ не менѣе слѣдуетъ считать за плотную; кисты эти, значеніе которыхъ еще не вполне выяснено, обыкновенно малы и незначительно выдаются надъ поверхностью опухоли.

Ткань этихъ фибросаркомъ состоитъ изъ пучковъ веретенообразныхъ клѣтокъ, перекрещивающихся по всевозможнымъ направленіямъ и, по опредѣленію Гиса, она является весьма схожей со стромой яичника. Леопольдъ, доказавши, что саркомы яичника появляются чаще, чѣмъ полагали до него, утверждаетъ, что строеніе нормальной стромы яичника должно благоприятствовать развитію саркоматозныхъ опухолей. Клебсъ точно также полагаетъ, что саркома яичника обязана своимъ происхожденіемъ гиперплазіи, основной ткани его. Въ промежуткахъ между пучками веретенообразныхъ клѣтокъ проходятъ многочисленныя сосуды, между которыми встрѣчаются также и довольно крупныя. По мнѣнію Вальдейера и Клебса, стѣнки этихъ сосудовъ состоятъ отчасти изъ одного эндотелія, почему означенные изслѣдователи и принимаютъ пучки веретенообразныхъ клѣтокъ за гиперплазированные сосудистыя стѣнки, съ чѣмъ, впрочемъ, не соглашается Леопольдъ, который постоянно находилъ подъ микроскопомъ присутствіе сосудистыхъ стѣнокъ.

Между пучками веретенообразныхъ клѣтокъ, отчасти же въ перемежку съ ними, находятся въ нѣкоторыхъ саркомахъ весьма многочисленныя круглыя клѣточки; иногда же эти послѣднія встрѣчаются только въ извѣстныхъ частяхъ данной опухоли. Въ томъ случаѣ, когда въ одномъ мѣстѣ скоплено большое количество такихъ клѣтокъ, опухоль можетъ принять характеръ медулярной саркомы. Исключительно кругло-кѣлочковыя саркомы, повидимому, весьма рѣдко развиваются на яичникахъ; однакожь Бейель описываетъ подобную саркому, точно также и ниже описанный случай Алерта представляетъ кругло-кѣлочковую саркому.

Леопольдъ описываетъ, сверхъ того, разрощенія саркоматозной ткани, появляющіяся на наружной поверхности яичника. Они представляются въ видѣ шпоровыхъ накладныхъ, соединительно-тканыхъ массъ, пронизанныхъ веретенообразными клѣтками, эндотелиальный покровъ которыхъ рѣзко переходитъ въ зародышевый эндотелій, въ тѣхъ неповрежденныхъ мѣстахъ, гдѣ этотъ послѣдній сохранился еще на поверхности яичника. Леопольдъ сравниваетъ эти разрощенія съ сосочковыми разрощеніями, которыя описалъ Славянскій при *oophoritis*, и которыя ведутъ къ сращеніямъ.

§ 268. Точно также какъ фибросаркомы, съ одной стороны, выказываютъ сродство съ фибромами и даже въ отдѣльныхъ случаяхъ можно указать на ихъ первоначальное происхожденіе собственно изъ фибромъ, такъ онѣ, въ другихъ

случаяхъ, приближаются къ злокачественнымъ опухолямъ, какъ-то въ аденомамъ и карциномамъ, съ которыми онѣ конбинируются.

Способъ происхожденія адено-саркомъ въ позднѣйшее время былъ точнѣе изслѣдованъ Лео-польдомъ; онъ изслѣдовалъ состояніе фолликулъ и *corpora lutea* въ фибросаркомахъ, и нашелъ, что они въ началѣ развитія опухолей совершенно нормальны, въ послѣдствіи же *corpora lutea* и болѣе мелкія фолликулы все болѣе и болѣе пронизываются веретенообразными клетками; краевой эпителий и яйца погибають и такимъ образомъ, когда саркома является совершенно развитою, въ ней не остается и слѣда отъ фолликула; что же касается болѣе крупныхъ фолликуловъ, то они размножаются и расширяются и, съ уничтоженіемъ яицъ, представляютъ ряды полостей, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Эти остатки отъ желѣзистой ткани, большею частью, лежатъ ближе къ поверхности и отнюдь не въ глубинѣ опухоли. Впрочемъ, Лео-польдъ видѣлъ такія желѣзистыя образованія у *hilus ovarii*, которыя произошли изъ фолликуловъ. Вѣроятно, что къ этому роду опухолей слѣдуетъ отнести наростъ, описанный Рокитанскимъ подъ именемъ *cystosarcoma ovarii uterini*.

Помимо того, встрѣчаются еще переходныя формы къ раковымъ опухолямъ, которыя можно назвать *sarcoma carcinomatosum*. Такъ, Шпигельбергъ наблюдалъ у одной 36 лѣтней женщины, преждевременно разрѣшившейся отъ бремени (*Monatscht. f. Gebde* 30. 380), двухстороннюю опухоль, которую онъ по необходимости назвалъ *muco-sarcoma carcinomatosum haemorrhagicum*. Размѣры одного яичника равнялись $20 \times 12 \times 4$ цтм., другаго же $15 \times 10 \times 4$ цтм. Обѣ опухоли оказались въ сущности круглоклеточковыми саркомами, однакожъ въ извѣстныхъ частяхъ опухоли, представлявшихся на видъ желтовато-бѣлыми, находились крупныя альвеслы, содержащія въ себѣ большія клетки, наполненныя жиромъ, и значительное количество промежуточной соединительной ткани, богатой сосудами, такъ что получалась картина, напоминавшая карциному. Въ веществѣ опухоли наблюдались, кромѣ того, апоплексія, обусловившя въ одномъ мѣстѣ разрушеніе и разрывъ опухоли въ полость живота, что, въ свою очередь, вызвало причину смертельнаго перитонита.

Клебсъ указываетъ на трудность опредѣленія патологическаго характера подобныхъ опухолей. По его мнѣнію, эпителиальныя клетки часто встрѣчаются въ видѣ мелкихъ группъ круглыхъ клеточекъ, которыя на первый взглядъ можно принять за лимфатическія тѣльца, и только болѣе точное наблюденіе обнаруживаетъ нѣкоторыя особенности, говорящія въ пользу эпителиальнаго происхожденія данныхъ клетокъ; сюда относятся большія клетки съ прозрачными ядрами, тонкимъ слоемъ клеточной субстанции, часто угловатой формы.

Лео-польдъ описалъ особаго рода опухоль, появившуюся у одной 8 лѣтней дѣвочки. Опухоль эта представляла собою саркому съ мѣшеччатыми полостями, содержащими въ себѣ отчасти цилиндрической эпителий, отчасти клетки, расположенныя чешуйками на подобіе роговыхъ клетокъ, и, наконецъ, отчасти крупныя эндотелиальныя массы. Относительно послѣднихъ можно сказать, что онѣ произошли изъ лимфатическихъ сосудовъ и затѣмъ прорва-

лись въ желѣзистыя полости, такъ что въ одномъ и томъ же мѣстѣ находились эндотеліальныя и эпителиальныя образованія. Леопольдъ данную опухоль называетъ *lymphangioma kystomatosum*.

§ 269. Изъ метаморфозовъ саркомы весьма часто встрѣчается жировая инфильтрація, находящаяся въ прямомъ отношеніи съ образованіемъ кистъ. Въ отдѣльныхъ отрѣзкахъ опухоли веретенообразныя и круглыя вѣточкі пропитываются жиромъ и въ то же время происходитъ скопленіе слизистой жидкости между отдѣльными тканевыми пучками, такъ что отрѣзки эти становятся какъ бы отечными; сперва въ нихъ появляются желтыя точки и полоски, а затѣмъ все вещество ихъ окрашивается въ интенсивно-желтый цвѣтъ. Такимъ образомъ иногда находятъ жирно размяченныя отрѣзки, величиною отъ грецкого орѣха до кулака. Въ концѣ концовъ получается преобладаніе жидкости, и глазамъ наблюдателя представляется размяченная киста, безъ собственныхъ стѣнокъ, съ мутнымъ жирнымъ содержимымъ. Процессъ этотъ встрѣчается до того часто, что въ рѣдкихъ саркомахъ нельзя не найти одну или нѣсколько размяченныхъ кистъ. Кэберле поэтому совершенно справедливо замѣчаетъ, что ему не случалось видѣть абсолютно плотныхъ опухолей яичника. Такія опухоли, въ анатомическомъ смыслѣ, дѣйствительно заслуживаютъ названія кисто-саркомъ. Сюда относится только меньшинство описанныхъ кисто-саркомъ яичника, такъ какъ прежде подводили подъ это названіе какъ мѣшечкатыя фибромы и карциномы, такъ и пролиферирующія кистомы съ сильно развитыми перегородками.

Въ практическомъ отношеніи весьма важны еще другіе процессы, какъ напримѣръ, закупорка тромбами, происходящая въ венахъ вокругъ фокусовъ ожирѣнія. Процессы эти ведутъ иногда къ распаденію тромбовъ и развитію эмболическихъ процессовъ, какъ это было наблюдаемо въ одномъ случаѣ, описанномъ *Szigimski*, или къ кровонизліяніямъ въ опухоли, некробіозу, разрыву и перитониту, какъ въ вышеизложенномъ случаѣ *Шпигельберга*.

Къ весьма важнымъ процессамъ слѣдуетъ отнести метастазы, которые наблюдаются довольно часто. Они поражаютъ по преимуществу желудокъ (наблюденія *Вирхова*, *Герца* и *Леопольда*), а равно кишечный каналъ, брюшину и плевру (наблюденіе *Герца*) между тѣмъ какъ лимфатическіе пути остаются, какъ всегда при саркомахъ, проходимыми.

Наименьшую склонность къ метастазамъ, во всякомъ случаѣ, выказываютъ собственно веретенообразно-вѣточковыя саркомы, а быть можетъ, также и кругло-клеточковыя. По мнѣнію *Клебса*, чаще всего происходятъ метастазы адено-саркомъ. *Леопольдъ* указываетъ на тотъ фактъ, что при двухстороннихъ саркомахъ яичника, постоянно происходятъ разлитыя метастазы, что въ то же время дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ то предположеніе, что яичники въ такихъ случаяхъ представляютъ мѣсто первичнаго заболѣванія. Впрочемъ, слѣдуетъ замѣтить, что метастазы встрѣчаются также и при одностороннихъ опухоляхъ.

§ 270. Относительно клиническаго теченія саркомъ яичниковъ можно сказать еще слѣдующее: сравнительно большее число

случаевъ выпадаетъ на долю дѣвическаго возраста, и даже дѣтскій не совѣтъ свободенъ отъ нихъ. Клебсъ утверждаетъ даже, что опухоли эти встрѣчаются у новорожденныхъ, причемъ онѣ могутъ даже достигать значительной величины. Если къ 11 случаямъ, находящимся въ таблицѣ Леопольда съ обозначеніемъ возраста, присоединить еще 3 случая Винкеля (Klin. Studien u. Berichte I. стр. 262) и 4, сообщаемыя мною ниже, то окажется, что 3 изъ нихъ относятся къ возрасту до 20 лѣтъ (между этими послѣдними находилась одна 8 лѣтняя дѣвочка); 4 къ 20 годамъ (причемъ опять одна пациентка называется «молодой дѣвушкой»), 8 случаевъ на 30 и 40 годы, и, наконецъ, 2 случая въ старческомъ возрасту (62 и 66 лѣтъ).

Опредѣлить въ точности, какъ часто наблюдается двухсторонность опухолей, пока нѣтъ никакой возможности. Изъ числа 12 наблюдений Леопольда, 7 выпадаютъ на долю двухстороннихъ; я, напротивъ того, видѣлъ у 4 своихъ пациентовъ (см. исторіи болѣзни) одностороннія опухоли и кромѣ того 1 препаратъ двухсторонней опухоли, представленной въ § 262 рис. 32, на счетъ которой отсутствуетъ всякій анамнезъ. Въ случаяхъ же Винкеля, повидимому, не находится ни одной двухсторонней опухоли.

Теченіе и продолжительность болѣзни, повидимому, весьма различны. Бываютъ случаи, что она оканчивается въ нѣсколько мѣсяцевъ. Такъ въ трехъ случаяхъ, взятыхъ изъ таблицы Леопольда, продолжительность равнялась, повидимому, отъ 3 до 6 мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ въ случаѣ Клеменса она равнялась 10 годамъ, и только подъ конецъ произошло быстрое разрастаніе до 80 фунтовой опухоли. Впрочемъ, при отсутствіи всякихъ микроскопическихъ указаній, относительно этого случая, еще весьма сомнительно, была ли данная опухоль фиброма. Въ одномъ случаѣ, однакожь, дѣйствительной кисто-саркомы (см. исторію болѣзни § 100 г-жи К.), по моему наблюденію, продолжительность равнялась 9 годамъ. Быстрое теченіе, которое принимаетъ Лобевъ, судя по существующимъ наблюденіямъ, не можетъ еще быть возведено въ законъ, если даже оно и наблюдается въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Обстоятельствомъ, вообще часто и существенно измѣняющимъ теченіе болѣзни, является осложняющая водянка, которая, въ однихъ случаяхъ весьма незначительна (например, въ одномъ изъ моихъ случаевъ около 2 литровъ), въ другихъ же она весьма рѣзко выражена.

Въ то время какъ однѣ опухоли, и въ особенности двухстороннія, не достигаютъ, обыкновенно, значительныхъ размѣровъ, въ другихъ случаяхъ онѣ достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ. Въ вышеупомянутомъ случаѣ, г-жи К., пациентка нѣсколько лѣтъ носилась съ опухолью, превышавшею, по величинѣ, матку въ послѣдній періодъ беременности. Больная наконецъ скончалась; при вскрытіи оказалось, что опухоль равна 25 фунт., хотя еще не задолго до смерти выпущено было около 22 фунт. жидкости. Нѣтъ сомнѣнія, что это была настоящая кистосаркома. Настоящія плотныя опухоли едва ли достигаютъ когда либо подобной величины.

Смертельный исходъ, большею частью, бываетъ слѣдствіемъ маразма, появленію котораго содѣйствуетъ осложняющая водянка или наступившій процессъ метастазовъ. Иногда же смерть происходитъ отъ перитонита (случай Шпигельберга), плеврита, или эмболии легочной артерій (случай Винкеля).

§ 271. Я вкратцѣ изложу еще три случая саркомы яичника, которые я наблюдалъ на живой, кромѣ вышеупомянутаго случая весто-саркомы. Въ 3 случая повели къ овариотоміи.

Г-жа Ш., 27 лѣтъ, крестьянка, мѣсячныя очищенія наступили на 15 году; въ продолженіе двухлѣтняго замужества регулы отсутствовали. Менструаціи оставались регулярны, большею частью въ теченіе 2 дней, до августа 1875 года онѣ были безболѣзненны. Весною 1875 года животъ значительно вздуло, и онъ сталъ болѣзненнымъ при давленіи. Затѣмъ болѣзненность снова уменьшилась; однакожь, лѣтомъ того же года обнаружилось присутствіе твердой опухоли въ животѣ, причемъ силы больной замѣтно упали. По прекращеніи менструаціи, или вслѣдъ за нею, животъ внезапно сильно увеличился въ объемѣ. Въ то же время наступили лихорадка и сильная болѣзненность, такъ что больной пришлось въ теченіи 8 дней не покидать постели. Послѣ трехмѣсячной паузы снова наступили регулярныя мѣсячныя очищенія, а съ этимъ исчезли и боли; но животъ все болѣе и болѣе увеличивался.

Мая 1876 года у довольно здоровой на видъ пациентки оказалась въ полости живота плотная, безболѣзненная опухоль, почти шарообразная, и по величинѣ равнявшаяся маткѣ на 7 мѣсяцѣ беременности. Только на правомъ боковомъ краю опухоли можно было ощупать одно единственное ясно выраженное возвышеніе; нѣсколько вправо направленную опухоль по консистенціи можно было принять за фиброму, кромѣ того существовала еще значительная боковая подвижность; ее можно было также приподнять къ верху. Наибольшая периферія живота подъ пупкомъ равняется 87,5 сант.; разстояніе отъ symph. os. pubis до пупка = 18 сант.; сводъ опухоли возвышался надъ пупкомъ на 11 сант.

Кромѣ опухоли существовало еще въ полости живота умѣренное скопленіе водяночной жидкости. У пупка виднѣлась грыжа, содержимое которой нельзя было отвести на свое мѣсто и которое на ощупъ напоминало сальникъ, что впоследствии и подтвердилось.

Черезъ влагалыще лишь съ большимъ трудомъ можно было добраться до опухоли; полость малаго таза была свободна отъ нея, матка нормальной величины представлялась умѣренно наклоненной взадъ и въ то же время немного отодвинутой взади. Значительныя движенія опухоли изъ стороны въ сторону нѣсколько не оказывали вліянія на движенія матки.

16 мая 1876 года приступили къ лапаротоміи (случай 29); операція произведена при соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей, но безъ сирея; разрывъ кожи великъ и вслѣдствіи былъ еще продолженъ за пушокъ на нѣсколько цтм. Сальникъ, срощійся съ покровами живота, лежалъ въ отверстіи разрыва, впереди опухоли. По удаленіи этого препятствія вытекло значительное количество водяночной жидкости. Верхняя поверхность опухоли, за исключеніемъ сальника, не представляла никакихъ другихъ срощеній. Ножка свободна отъ срощеній, довольно длинная и толстая, состоитъ изъ обыкновенныхъ составныхъ частей, ее перевязываютъ въ двѣ половины вдвое сложенными толстыми катgutовыми лигатурами. Для лигатуръ предварительно были сдѣланы желобки, при посредствѣ наложенія констрикторовъ.

Другой лѣвый яичникъ представлялся четверо увеличеннымъ противъ нормальнаго и мѣшечато-перерожденнымъ. Оставивъ въ сторонѣ лицепроводъ, его перевязали и удалили вмѣстѣ съ прочими частями. Оказалось, что причиной всего увеличенія была одна единственная киста. Въ полость брюшины попало мало нечистоты, тѣмъ не менѣе проведенъ былъ дренажъ чрезъ *sacum douglasii*, на томъ простомъ основаніи, что я въ то время глубоко былъ увѣренъ въ его пользу.

На рану покрововъ живота наложены 3 складчатыхъ шва (шелкъ), изъ которыхъ одинъ захватывалъ также нѣсколько отдѣленную брюшину.

Дальнѣйшее теченіе было прервано продолжительной лихорадкой, причина которой лежала отчасти въ нагноеніи проколовъ швовъ и флегмонознаго воспаления покрововъ живота, отчасти же и въ ограниченномъ перитонитѣ съ замѣтнымъ экссудатомъ. Вслѣдъ за операціей температура медленно подымалась и къ концу третьяго дня она достигла своего maximum'a 40,7° Ц. На 6-й день температура колебалась между 37,8° и 38,1° Ц., однакожь прошло еще 5 недѣль до окончательной апирексии.

Черезъ 7 недѣль послѣ операціи, больная была отпущена совершенно здоровой и, спустя 6 мѣсяцевъ сообщила о своемъ полнѣйшемъ здравіи.

Опухоль оказалась почти совершенно плотной, можно лишь было усмотреть 2 кисты, величиною въ малое яблоко — очевидно размягченныя кисты. Задняя сторона опухоли представлялась нѣсколько приплюснутой. Ножка, какъ сказано выше, ничуть не отличалась отъ обыкновенной ножки при кистомахъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что данная опухоль была веретенообразно-кѣлочковая саркома съ незначительною примѣсю круглыхъ кѣлочекъ.

Г-жа Э., 51 года; въ теченіи 7 лѣтъ не менструировала; она имѣла 7 дѣтей, младшему 12 лѣтъ. Три мѣсяца тому назадъ, она прощупала нѣчто твердое въ животѣ, болѣе отсутствовали, но тѣмъ не менѣе она значительно потеряла въ вѣсъ, и силы ея значительно упали. Когда она въ маѣ 1876 года пришла для изслѣдованія, то представлялась на видъ худую и состарившуюся. Животъ растянута какъ на 7 мѣс. беременности и, повидимому, наполненъ умѣреннымъ количествомъ свободной жидкости, въ которой плаваютъ весьма подвижная, даже сильно податливая кверху, совершенно безболѣзненная, крайне плотная, вполне шарообразная опухоль, величиною въ матку на 5 мѣс. беременности. На поверхности опухоли замѣтны слегка волнообразныя возвышенія и только въ нижнихъ отрѣзкахъ боковыхъ краевъ находились нѣсколько большія возвышенія. Изслѣдуя per vaginam, можно было убѣдиться, что въ данномъ случаѣ матка точно также находилась позади опухоли, была умѣренно наклонена и отодвинута къзади. Опухоль лежитъ абсолютно надъ малымъ тазомъ, однакожъ при надавливаніи можно къ ней добраться и снизу. Въ такомъ случаѣ можно также убѣдиться, что задняя поверхность опухоли болѣе плоска и бугриста, чѣмъ передняя.

26 мая 1876 года была сдѣлана экстирпація (случай 31). Карболовое опрыскиваніе, довольно большой разрѣзъ, который въслѣдствіи былъ еще удлинненъ; брюшина богата сосудами. Вытекло около 2-хъ литровъ прозрачной, водяночной жидкости. Въ опухоли находится нѣсколько кистъ, изъ которыхъ одна, будучи прокалота, дала чашку мутной жидкости; только по двукратномъ удлинненіи разрѣза выше лупы, можно было исполнить изолировать опухоль, свободную отъ срощеній. Ножка коротка и толста, прилегаетъ къ лѣвому краю матки, причѣмъ можно ясно различить яйцеводъ и ligam ovarii. Опухоль начинается у ножки сферической массой, толщиною въ большой палецъ, и уже, вслѣдъ за короткой перемычкой, начинается шаровидное тѣло ея. По причинѣ короткости ножки, ее можно было отшнуровать посредствомъ проволочнаго экрэзера и, затѣмъ уже, переязать катгутомъ въ двѣ половины, лишь непосредственно на границѣ между ножкой и тѣломъ опухоли; срѣзываніе же необходимо было произвести въ пугвообразномъ отрѣзкѣ опухоли. Другой личингъ оказался нормальнымъ.

Остатокъ водяночной жидкости, къ которой примѣшалось нѣсколько крови, вытекъ черезъ дренажную трубочку влагалища, которая не была удалена. Затѣмъ былъ наложенъ на рану покрововъ живота складчатый повязъ.

Пациентка не избѣгла лихорадки. Температура достигла своего maximum'a, 39,4° Ц. на 3-й день. На 14-й день больная освободилась отъ лихорадки. Главной причиной лихорадки было незначительное нагноеніе въ покровахъ живота. За все время не наблюдалось и слѣда перитонита. Дренажъ былъ удаленъ на 9-й день. Черезъ годъ послѣ операціи больная сообщила о своемъ полнѣйшемъ здравіи.

Опухоль равнялась 17 цнт. × 15 цнт. × 9 цнт. Она представляетъ полушаръ съ гладкой поверхностью; на болѣе плоской части поверхности, недалеко отъ центра ея, видна круглая рана ножки, имѣющая въ діаметрѣ отъ 3 до 4 цнт. Недалеко другъ отъ друга находятся вышеупомянутыя двѣ кисты, величиною каждая въ яблоко, причѣмъ одна изъ нихъ лежитъ непосредственно у периферій. Внутренняя поверхность одной кисты совершенно шероховата и усѣяна какъ бы трабекулами и содержитъ густую краснуюбурую, мутную массу. Она содержала водянистую, янтарнаго цвѣта жидкость. Въ обѣихъ кистахъ отсутствовалъ эпителий.

Опухоль въ разрѣзѣ плотна и хруститъ. Микроскопически можно отличить болѣе твердыя и болѣе мягкія мѣста. Болѣе твердыя массы пронизываютъ опухоль на подобіе сѣти.

Подъ микроскопомъ видны массы длинныхъ, веретенообразныхъ кѣлочекъ, пронизанныхъ перекладинами изъ плотной соединительной ткани.

Г-жа А., 31 года, выкинула въ 1871 г. одного ребенка и родила другаго въ 1872 г. (это былъ ея единственный ребенокъ). Затѣмъ она опасно заболѣла, у ней появилась водянка живота и подкожной кѣлоччатки, она не покидала постели въ продолженіи 28 недѣль;

за все это время регулы отсутствовали, но затѣм снова появились, превратившись почти въ непрерывное кровотечение. Пациентка утверждаетъ, что въ теченіи 2½ лѣтъ она почти ежедневно истекала кровью, причемъ часто выдѣлялось значительное количество. Съ іюля 1875 г. регулы исчезли безслѣдно.

Въ ноябрѣ 1875 г. явилась эта же пациентка довольно здоровою на видѣ; въ животѣ можно было открыть легко захватываемую, значительно подвижную опухоль и небольшое скопленіе водяночной жидкости. Опухоль, начинающаяся у *symph. os. pubis*, заходила нѣсколько за пупокъ; на ощупь скорѣе казалась сильно натянутой, чѣмъ плотной, но зыбленіе всетаки отсутствовало. Форма ея была очень неправильна: въ дѣломъ она была вытянута поперекъ, на поверхности ей выдавалось множество возвышеній и, въ особенности, одинъ большой придатокъ, направленный влѣво.

Влагалище сильно вытянуто, полость таза свободна отъ опухоли; придатая и отодвинутая къзади матка находилась позади опухоли. Черезъ *gestum* прощупывалась тесьма, направленная къ верхнему правому краю матки; прослѣдить однакожь прикрѣпленіе ея у матки не было возможно. Тесьма эта была ничтожное, какъ ножка опухоли.

8 ноября 1876 года была сдѣлана оваріотомія (случай 43); карболовое опрыскиваніе. Разрѣзъ въ 12 цнт., вполнѣдствіи удлиненъ до 16 цнт., такъ что онъ заходилъ за пупокъ. Разрѣзъ натягивается на сальникъ, нѣсколько сросшійся съ покровами живота; при отдѣленіи этого послѣдняго, по неосторожности отдѣляли также и брюшину отъ стѣнки живота на протяженіи нѣсколькихъ квадратныхъ дюймовъ.

Обнаженная опухоль, проколотая въ самомъ урукомъ мѣстѣ, дала не больше 1 литра жидкости. По удаленіи троакара послѣдовало довольно сильное кровотеченіе изъ опухоли; поэтому немедленно расширили разрѣзъ. Въ верхней части опухоли отдѣляли затѣмъ рукою еще одно, весьма плотное, паріетальное сращеніе; затѣмъ обнажили опухоль со всѣхъ сторонъ, причемъ оказалось, что она отчасти выпзу, отчасти около ножки срослась съ сальникомъ. Около ножки сальникъ представлялся обросшимъ опухолью и выдавался изъ нея на подобіе брыжа.

На довольно тонкую ножку, направленную вправо, и на оба сращенія съ сальникомъ были наложены проволочныя петли (*constrictores*), которыя потомъ были замѣнены катгутowymi лигатурами. Лѣвый яичникъ, на ощупь, былъ малъ и плотенъ.

Въ полость живота разлилось много крови, а быть можетъ также и жидкости изъ опухоли, тѣмъ не менѣе очистку брюшины сдѣлали лишь поверхностною. Водяночная жидкость также не совсѣмъ вытекла.

Послѣ операціи, произведенной по всѣмъ правиламъ антисептики, была наложена листеровская повязка. Дренажъ не былъ проведенъ.

Больная, у которой до операціи былъ бронхіальный катарръ, вслѣдъ за операціей заболѣла двухсторонней пневмоніей, отъ которой, впрочемъ, она скорѣе оправилась. Со стороны живота не наблюдалось никакихъ явленій реакціи.

Опухоль, вѣсомъ въ 1,875 грм., почти величиною въ голову взрослою, представляетъ довольно гладкую поверхность, на которой то тамъ, то сямъ открывается нѣсколько размягченныхъ кистъ, величиною въ куриное яйцо. Содержимое кистъ отчасти творожистый, отчасти жирный распадъ. Опухоль вообще сильно перерождена и, большею частью, гемморагическа. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ сальникъ сросся съ опухолью и пабухшій до величины куриного яйца, яичникъ прилегаетъ къ ней въ видѣ придатка, широко и тѣсно сросшагося съ ней. Органъ, однакожь, еще можно различить по формѣ. Онъ пронизанъ многочисленными саркоматозными узлами; по строенію, опухоль представляетъ мѣлко-ячеистую, кругло-кѣлочковую саркому.

Больная, выписавшаяся 14 декабря 1876 г., черезъ 3 мѣсяца снова явилась съ опухолью, лежавшею въ лѣвомъ *hypochondrium*; по ея словамъ, начало опухоли она замѣтила тотчасъ послѣ выхода изъ клиники. Опухоль лежитъ непосредственно подъ брюшными покровами и представляетъ въ ширину 15 цнт., въ высоту 6—7 цнт. Она плотна, шарообразна, поверхность ея гладка, она безболѣзненна и крайне подвижна. Она нѣсколько заходитъ подъ выпуклость лѣвыхъ реберъ; при надавливаніи можно отодвинуть ее кверху еще на 5 цнт.

низу только на 2 цвт. Нижняя граница ея лежитъ на 3 цвт. подъ пупкомъ. Менструація, прекратившаяся было на 1 годъ и снова появившаяся въ первый разъ послѣ операціи (псевдо-менструація), затѣмъ снова повторилась черезъ 4 недѣли, послѣ чего она болѣе не появлялась, не смотря на отсутствіе беременности.

Нѣтъ сомнѣнія, что въ данномъ случаѣ произошелъ метастазъ саркомы на сальникъ, и, быть можетъ, и на желудокъ, или, вѣрнѣе говоря, произошло распространеніе пораженія *per contiguitatem* на сальникъ, сросшійся съ яичникомъ. При операціи нельзя было усмотрѣть пораженія сальника, кромѣ того, вся нижняя часть его, насколько ее обросла опухоль, была удалена вмѣстѣ съ послѣднею; тѣмъ не менѣе слѣдуетъ предположить, что уже въ то время сальникъ былъ пораженъ въ верхнихъ частяхъ.

Эти три случая интересны въ слѣдующихъ отношеніяхъ: всѣ три опухоли были одностороннія. Составъ ножки ничѣмъ не отличался отъ состава ножки при кистамахъ. Всѣ три случая осложнены были водянкой, которая ни въ одномъ изъ нихъ не была рѣзко выражена. Ни одна изъ больныхъ не жаловалась на сильныя боли; ни одна изъ нихъ не потеряла слѣшкомъ много въ вѣсѣ; между тѣмъ какъ въ первыхъ двухъ случаяхъ опухоль была крайне плотна на ощупь, въ третьемъ она была до того упруга, что походила на кистому. Соотвѣтственно большей мягкости и большей примѣси меленхъ глѣтотъ, проявлялось и болѣе вредное вліяніе на менструацію, которая отсутствовала въ продолженіи года. Большая злобачественность третьей опухоли, помимо болѣе вреднаго вліянія на менструацію, обнаруживается еще въ томъ обстоятельстве, что вслѣдъ за операціей произошло распространеніе пораженія въ прежде сросшемся сальникѣ и въ быстромъ развитіи затѣмъ болѣе крупной опухоли. Что касается продолжительности страданія, то лишь въ послѣднемъ случаѣ можно предположить, что оно тянулось нѣсколько лѣтъ.

§ 272. Относительно діагноза саркомъ яичника, я отсылаю читателя къ выше сказанному при фибромахъ (см. § 266). Если несомнѣнно, что данная опухоль принадлежитъ яичнику, то ее можно весьма легко смѣшать съ фибромой, а также съ карциномой и пролиферирующей кистой.

Въ виду того обстоятельства, что крупныя опухоли, обусловливающая ея едннческія симптомы, являются гораздо рѣже въ видѣ фибромъ, чѣмъ саркомъ, то *in dubio* послѣдняя представляется болѣе вѣроятной. Предположеніе это будетъ еще вѣроятнѣе, если будутъ существовать водянка и быстрый ростъ опухоли.

Исключительно бугристое строеніе опухоли, явленія со стороны брюшины, а также и рѣзко выраженное худосочіе больной, говорятъ въ пользу карциномы. Юношескій возрастъ исключаетъ карциному, какъ мы ниже увидимъ. Принять опухоль за пролиферирующую кистому невозможно въ тѣхъ случаяхъ, когда она мала, не заключаетъ внутри себя значительныхъ полостей и не вызываетъ асцита, а равно и въ тѣхъ случаяхъ, когда саркома мѣшечато перерождена, какъ въ вышенриведенномъ случаѣ г-жи А. Пробный проколъ, если онъ только при кистосаркомѣ дастъ вмѣсто жидкости, содержащей слизь и паралбуминъ, жидкость, немедленно свертывающуюся, какъ въ случаѣ, приведенномъ въ § 100, — можетъ еще въ будущемъ навести на вѣрный діагнозъ.

Терапія можетъ и должна состоять только въ экстирпаціи. Въ большин

ствѣ случаевъ, повидимому, такимъ путемъ достигается радикальное исцѣленіе, причѣмъ опасность рецидива, слѣдуетъ полагать, не особенно велика. Дальнѣйшія изслѣдованія должны еще показать, возможны ли отдѣльные случаи болѣе злокачественныхъ саркомъ, въ особенности, адено-саркомъ, и въ такомъ случаѣ, если ихъ можно опредѣлить путемъ діагноза, то прійдется ли исключать ихъ изъ круга показаній къ экстирпаціи.

§ 273. Изъ соединительно-тканыхъ новообразованій остается еще упомянуть о слѣдующихъ:

Энхондрома. Она встрѣчается до того рѣдко, что до сихъ поръ извѣстенъ только одинъ случай, сообщенный Кивишемъ. Опухоль представляется величиною въ кулакъ, окружена множествомъ ложныхъ перепонокъ, снаружн видна масса, содержащая въ себѣ многочисленныя хрящевыя ядра, плотность которой въ разрѣзѣ уменьшается къ центру, гдѣ она, по строенію, схожа съ гіалиновымъ хрящемъ.

Въ другомъ случаѣ опухоль, которую Кивишъ также описалъ подъ именемъ энхондромы, была, по мнѣнію Скандонн, фиброидъ обоихъ яичниковъ, на наружной поверхности которой образовалось множество хрящевыхъ пластинокъ.

Подобныя хрящевыя образованія, болѣею частью, величиною въ горошину, по Ферстеру и Клобу, встрѣчаются также нерѣдко и внутри стѣнокъ пролиферирующихъ вистомъ.

§ 274. Папилломы яичниковъ, какъ особая форма опухолей, точно также представляютъ собою одно изъ рѣдкихъ перерожденій этого органа, если только оставить въ сторонѣ тѣ случаи, когда онѣ являются въ весьма незначительныхъ степеняхъ развитія. На внутренней поверхности отдѣльныхъ вистъ пролиферирующихъ вистомъ довольно часто можно наблюдать образованіе сосочковъ, о чемъ выше было сказано весьма подробно. Образованіе сосочковыхъ опухолей, когда яичникъ вообще нормаленъ, рѣдко можетъ причинить опасность. Болѣею частью, источникомъ подобныхъ сосочковыхъ опухолей является одно corpus luteum, обыкновенно же онѣ образуютъ на поверхности яичника возвышенія, величиною отъ горошины до вишни, и не имѣютъ никакого клиническаго значенія.

Первыя болѣе значительныя папилломы, развившіяся въ одномъ случаѣ на поверхности яичника, при отсутствіи вистомы, описали Гуссеровъ и Эбертъ (Virchow's Arch. Bd. 43. 1868, стр. 14). Оба яичника, величиною въ куриное яйцо, изображали собою какъ бы мозговидныя растенія, напоминавшія, по виду, цвѣтную капусту. Сильно вѣтвящіяся ворсинки, концы которыхъ представлялись слегка колбообразно набухшими, начинались тонкими, но плотными ножками отъ мягкой, сѣро-красноватой оболочки, толщиною въ 5 мм., которая плотно прилежала къ немного утолщенной «setosa» яичника. Яичники въ разрѣзѣ, кромѣ немногихъ расширенныхъ и гемморрагическихъ фолликуловъ, не представляли ничего достопримѣчательнаго.

Ножки сосочковъ, имѣвшихъ въ длину едва отъ 1 — 2¹/₂ мм., состояли

изъ тонко-волокистой соединительной ткани и изъ множества веретенообразныхъ кѣтокъ. Волокнистое строеніе исчезало, по мѣрѣ приближенія къ болѣеобразной верхушкѣ и замѣнялось мягкимъ, вполне однороднымъ основнымъ веществомъ, пронизаннымъ многочисленными, молодыми, круглыми кѣтками. Основное вещество, противъ ожиданія, не дало реакціи на муцины. Весьма тонкая перепонка, покрытая «однослойнымъ» плоскимъ эпителиемъ, на подобіе тонкаго пограничнаго рубца кишечныхъ ворсинокъ, составляла наружный покровъ основной ткани. Въ каждой ворсинкѣ, даже въ отдѣльныхъ развѣтвленіяхъ ихъ, находилось по двѣ, довольно крупныхъ капиллярныхъ петель.

Оба яйцепровода были значительно расширены и наполнены сывороткой фибрин же ихъ гиперемированы и склеены съ яичникомъ. Въ полости таза существовали перитонеальные срощенія, въ особенности между маткой и моч. пузырьремъ. Брюшина, въ особенности паріетальная и брыжеечная, представлялась весьма шероховатую, плотной какъ кожа и снабженной сѣткою-образными утолщеніями. Въ брюшной полости находилось незначительное количество брыжеечно-гнойной жидкости.

Носительница этой опухоли была 30-ти лѣтняя женщина, родившая 1 разъ, заболѣвшая при явленіяхъ подостраго перитонита. Въ теченіи 8 мѣсяцевъ былъ три раза сдѣланъ проколъ брюха, растянутого до величинны въ послѣдніе мѣсяцы беременности, причемъ вытекло жидкости около 8,700 грм. Въ послѣдствіи къ этому присоединилась пупочная грыжа, величиною въ дѣтскую головку. Разрывъ этой грыжи обусловилъ выпаденіе кишекъ и смерть.

Въ нѣкоторомъ отношеніи подобный случай наблюдалъ Бирхъ-Гиршфельдъ у одной 19 лѣтней дѣвушки. Оба яичника представляли мѣсто первичнаго заболѣванія, къ которому присоединился перитонитъ. Разрощенія, напоминающія цвѣтную капусту, состояли изъ длинныхъ, нѣжныхъ, сосудистыхъ, сильно вѣтвящихся ворсинокъ, покрытыхъ многослойнымъ эпителиемъ, состоявшимъ изъ короткихъ цилиндрическихъ кѣтокъ.

Клебъ также наблюдалъ однажды присутствіе на ворсинкахъ «многочисленныхъ протоплазматическихъ кѣточныхъ слоевъ, на подобіе того, какъ это бываетъ на нѣкоторыхъ папилломахъ мочеваго пузыря, что и обуславливаетъ сочную, мозговидную консистенцію новообразованія.»

На основаніи этой консистенціи, Клебъ относитъ папилломы яичника къ новообразованіямъ, происходящимъ вслѣдствіе гиперплазіи эпителиальныхъ составныхъ частей этого органа; по этой же самой причинѣ онъ не желаетъ сопоставить ихъ съ сосочковыми образованіями, развивающимися изъ одного corpus luteum.

Если сопоставить изслѣдованія Гуссерова, Эберта, а равно и Бирхъ-Гиршфельда съ тѣмъ, что мы знаемъ о папилломахъ, развивающихся внутри кистомъ яичниковъ, то мы, невольно, прійдемъ къ тому заключенію, что нерѣдко въ яичникѣ встрѣчаются сосочковыя образованія отнюдь не такой доброкачественности, какую мы привыкли приписывать папилломамъ. Своей способностью къ разсѣванію и распространенію *per contiguitatem* на ткани, эти сосочковыя образованія приближаются къ раковымъ образованіямъ, да кромѣ того они имѣютъ то общее съ злокачественными опухолями полости живота, что они легко вызываютъ асцитъ и перитонитъ.

Въ клиническомъ отношеніи можно лишь сказать только то, что непосредственно вытекаетъ изъ выше-приведенныхъ случаевъ.

Карцинома яичника.

§ 275. Въ сравненіи съ кистами яичника, карциномы, правда, представляютъ рѣдкое явленіе, тѣмъ не менѣе большинство плотныхъ опухолей этого органа — карциномы.

Карциномы встрѣчаются во всевозможныхъ формахъ, то въ видѣ скирры, то въ видѣ мозговиднаго рака, то въ видѣ коллоиднаго рака, то, наконецъ, нерѣдко, въ видѣ сосочковой формы. Раковые опухоли далеко чаще встрѣчаются первичными, чѣмъ вторичными, и нерѣдко двухсторонними. Леопольдъ, въ своей таблицѣ, на 55 случаевъ плотныхъ опухолей яичника насчитываетъ только 23 карциномы, и это число, безспорно, не соответствуетъ процентному содержанію раковыхъ опухолей по отношенію ко всѣмъ плотнымъ опухолямъ.

Изъ 23 опухолей Леопольда было 10 двухстороннихъ; изъ 22 другихъ, содержащихся въ вышеприведенной литературѣ, изъ которыхъ ни одинъ не идентиченъ по описанію съ случаями Леопольда, было 11 двухстороннихъ. Изъ 6, вырѣзанныхъ мною опухолей, было 5 двухстороннихъ, что на 51 опухоль составляетъ 26 двухстороннихъ.

Чаще всего встрѣчается мозговидная форма карциномы либо какъ самостоятельное заболѣваніе этого органа, либо присоединяется къ уже существующему мѣшечатому перерожденію его. При отсутствіи кисты на яичникѣ, карцинома является, большею частію, въ видѣ первичнаго, разлитаго заболѣванія, поражающаго весь органъ; происходитъ карциноматозное перерожденіе всей стромы, причемъ въ началѣ отдѣльныя частички паренхимы сохраняются неповрежденными. Въ концѣ концовъ, однакожъ, погибаютъ всѣ фолликулы отъ возрастающаго давленія эпителиальныхъ разрошеній. Доказательствомъ того, что часто проходитъ очень много времени, пока уничтожатся и утратятъ свою функцію всѣ фолликулы, могутъ служить выше приведенные случаи (§ 62) беременности, при рѣзко выраженномъ раковомъ перерожденіи обоихъ яичниковъ.

Въ означенныхъ случаяхъ, карцинома достигаетъ до величины человѣческой головы, причемъ она либо сохраняетъ приблизительно форму яичника, или, какъ почти во всѣхъ моихъ случаяхъ, представляется болѣе шарообразною. При этомъ поверхность опухоли, большею частію, явно бугриста, бѣло-пестраго, мраморнаго вида, что вообще свойственно всѣмъ кѣлочковымъ карциномамъ; въ разрѣзѣ опухоль представляется мозговидною.

При волокнистой формѣ рака, точно также поражаются весьма часто оба яичника и тогда эти опухоли, по Клебсу, являются большею частію цилиндрическими съ гладкой поверхностью. «Отсутствіемъ бугристой поверхности», говоритъ этотъ изслѣдователь, «отличались, въ видѣнныхъ мною случаяхъ, карциномы отъ прирожденныхъ фибромъ яичника, плотность и волокнистое строеніе которыхъ были совершенно одинаковы.» Скирры эти, впрочемъ, едва достигаютъ величины кулака.

Когда же карцинома развивается въ предварительно мѣшечато-перерожденномъ органѣ, то опухоль въ различныхъ мѣстахъ представляетъ различный характеръ. Между тѣмъ какъ одиѣ части, по строенію, схожи съ настоящей, неповрежденной пролиферирующей кистомой, въ другихъ частяхъ, болѣе или менѣе ясно, выступаетъ развитіе карциномы. Эти раковыя образованія то являются совершенно вѣдренными въ соединительную ткань стѣнокъ опухоли, то они вдаются въ камеры послѣдней и вполнѣ выполняютъ меньшія изъ нихъ. Для подобныхъ опухолей самымъ подходящимъ названіемъ будетъ *kystoma carcinomatosum*; въ другихъ же случаяхъ желѣзистыя и раковыя образованія такъ перепутаны между собою, строеніе желѣзистой кистомы до того удалилось на задній планъ, что вѣрнѣе говорить о желѣзистой карциномѣ въ особенности, если, какъ утверждаетъ Клебсъ, вторичныя опухоли также содержатъ въ себѣ желѣзистыя мѣшечки.

Клебсъ указываетъ еще и на то обстоятельство, что этотъ именно видъ карциномъ, послѣ экстирпаціи, повидимому, простой кистомы, снова появляется въ рубцѣ или брюшинѣ.

Весьма близко къ вышеупомянутымъ опухолямъ подходятъ карциномы, описанныя подъ именемъ коллоиднаго или альвеолярнаго рака. Весь яичникъ въ такихъ случаяхъ представляется разбухшимъ до величины кулака и даже головы, и въ разрѣзѣ микроскопически напоминаетъ строеніе мелкокамерной кистомы. Полости этой карциномы, величиною въ горошину и того меньше, содержатъ въ себѣ коллоидныя массы; строма же повсюду представляетъ гнѣзда эпителиальныхъ вѣтвоекъ, вѣдренныхъ въ остаткѣ паренхимы яичника.

Этотъ видъ опухолей, которыя одни (Крювелъ и Рокитанскій) прямо относятъ къ ракамъ, другіе же (Фрерихсъ и Вирховъ) къ кистомамъ, представляютъ, по мнѣнію Вальдейера, переходную форму, которая подобно *micro-sarcom*'ѣ, имѣетъ свое основаніе существовать, такъ какъ эти опухоли схожи и съ кистомами и съ карциномами.

По мнѣнію Рокитанскаго, коллоидный ракъ соединяется, болѣею частію, съ мозговиднымъ, и является часто симметричнымъ на обонхъ яичникахъ, въ особенности въ болѣе зрѣломъ возрастѣ, причемъ на брюшинѣ часто наблюдаются вторичныя мозговидно-раковыя разрошенія.

§ 276. Совершенно особенной формой карциномъ яичниковъ является еще сосочковая. Въ опухоли, которая по строенію кажется пролиферирующею кистомою, появляются сосочковыя образованія, представляющія, при болѣе близкомъ изслѣдованіи, строеніе рака. Рядомъ съ ними могутъ находиться также и довольно значительныя мозговые узлы.

Клебсъ и Сп. Уэллсъ являются почти единственными авторами, которые обращаютъ наше вниманіе на эту форму. Первый предполагаетъ, что сюда же относятся нѣкоторыя формы мозговиднаго рака, при которыхъ вмѣсто яичниковъ находится крайне мягкія опухоли, состоящія изъ волоконъ и молочной кашицы, рядомъ съ существующей разлитой карциномой на брюшинѣ. Клебсъ затѣмъ подводитъ подъ эту рубрику вышеупомянутый случай (см. стр. 58), въ которомъ Бейгель, спустя 18 мѣсяцевъ послѣ двухсторонней овариотоміи, произ-

веденной Вэкеръ Броуномъ, нашель въ брюшинѣ какую-то большую сосочковую опухоль.

Судя по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, я полагаю, что сосочковая форма карциномы весьма часто скрывается въ пролиферирующей кистомѣ, что множество исключительно сосочковыхъ кистомъ уже слѣдуетъ отнести къ карциномѣ и что, наконецъ, такъ называемая сосочковая карцинома встрѣчается совсѣмъ не такъ рѣдко, съ чѣмъ согласенъ также и Клебсъ.

Я намѣренъ привести здѣсь случай подобнаго рода, который въ настоящее время находится подъ моимъ наблюденіемъ.

Г-жа Г. 24-хъ лѣтъ провела 7 лѣтъ въ безплодномъ замужествѣ; въ первый годъ замужества появлялись довольно часто ненормально продолжительныя и не одинаковыя интерменструальныя паузы; затѣмъ мѣс. очищенія протекали правильно. Въ маѣ 1876 года появились боли перитоническаго происхожденія, все болѣе и болѣе возраставшія и побудившія больную оставаться въ постели въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль. Воспаленіе не наступило послѣ за менструаціей и, вообще, развивалось постепенно; лечение въ этомъ случаѣ: ледяныя примочки. По истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, когда эта пациентка явилась впервые ко мнѣ для изслѣдованія болѣзни, существовали еще признаки воспалительнаго раздраженія въ лѣвой сторонѣ таза; тамъ же можно было открыть болѣзненную опухоль, величиною съ кулакъ, которая, повидимому, помѣщалась въ *lig. latum*. Слегка смѣщенная, не увеличенная матка была мало подвижна и лежала вправо отъ опухоли. Пациентка отправилась въ Крейцнахъ, гдѣ у нея и появились значительныя боли въ животѣ. Спустя 10 недѣль, состояніе больной значительно измѣнилось. Въ полости живота обнаружилось чрезмѣрное скопленіе свободной жидкости; животъ былъ растянутъ какъ къ концу беременности; мочеиспусканіе задержано; менструація запоздала и сопровождалась болью; больная значительно исхудала. Упорный запоръ; отягощеніе желудка послѣ ѣды; отеки ногъ и лихорадка отсутствовали.

Матка ощущалась теперь впереди опухоли, которую можно было, изслѣдуя одной половиной руки *per gestum*, прощупать въ лѣвомъ заднемъ квадратѣ таза. Опухоль, величиною въ кулакъ, была упура и представляла нѣчто отдѣльное отъ матки, хотя и переходила въ послѣднюю довольно широкою частью. На днѣ таза опухоль, по видимому, была неподвижна:

Два прокола, одинъ въ концѣ 1876 года, другой въ началѣ 1877 года, дали довольно значительныя количества водяночной жидкости, по истеченіи которой, можно было прощупать тазовую опухоль, направленную влѣво.

Діагнозъ колебался между карциномой и сосочковой кистой яичника.

При появившемся новомъ скопленіи жидкости, 10 недѣль послѣ перваго прокола, приступили къ пробному разрѣзу, не желая отказаться отъ единственной надежды на выздоровленіе. По истеченіи 18 кило свѣтложелтой, прозрачной, водяночной жидкости, можно было открыть опухоль, величиною, приблизительно, въ два кулака. Опухоль находилась на лѣвой сторонѣ; нижней половиной, всей или почти всей массой, помѣщалась между пластинками *lig. latum*; сзади она тѣсно срослась съ крестцовой костью; спереди и справа до того тѣсно срослась съ мочевымъ пузыремъ, что нельзя было отличить границъ обоихъ органовъ, и кромѣ того они неподвижно помѣщались на днѣ таза.

Синевато-бѣлая поверхность ея была гладка и только въ одномъ мѣстѣ куполообразно выдавалась главная киста. Послѣднюю вырѣзали, вытекла коллоидная, неокрашенная масса; внутренняя же поверхность ея оказалась усѣянной папилломами; справа точно также прощупывалась интралигаментарная опухоль, величиною въ малое яблоко и безъ ножекъ.

Вида это, отказались отъ эксципаціи: Однакожь, до полнаго закрытія раны живота, замятали часть салъника, скрученнаго на подобіе веревки, которая проходила вблизи разрѣза, и снизу прикрѣплялась къ лѣвой тазовой опухоли. Часть эта оказалась покрытою особымъ сосочковыми образованиями, почему ее, послѣ двойной перевязки, отчасти удалили.

Хирургическое вмѣшательство, произведенное по Листеру, и при карболовомъ опрыскиваніи, не вызвало ни мѣстной, ни общей реакціи. Больная замѣтно поправилась, такъ

что ей позволено было проводить время на чистомъ воздухѣ. Однако асцитъ возобновился, такъ что, спустя приблизительно 14 недѣль, понадобился новый проколъ, и снова вытекло слишкомъ 15 кил. жидкости.

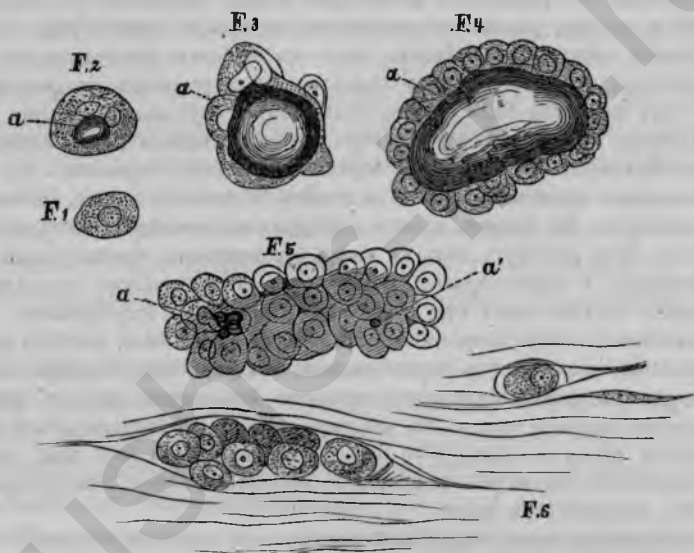
Изслѣдованіе вырѣзанной части салника, сдѣланное докторомъ Felix'омъ Marchand'омъ, показало слѣдующее:

Въ этой части салника видѣлись многочисленныя узелки или сосочки, величиною въ булавочную головку, и одинъ мягкій сѣровато-красный узелъ, величиною въ орѣхъ. Съ этой картины срисованы препараты. При расщепленіи его выпали многочисленные, блестящіе наросты, большею частію, шарообразной формы. Нѣкоторые изъ этихъ шаровъ слились между собою. Наросты эти помѣщались внутри клѣтчатыхъ массъ.

Вышеупомянутый узелъ, величиною въ орѣхъ, въ разрѣзахъ представлялъ мягкую соединительно-тканную строму и множество, по мѣстамъ, весьма тѣсно сличенныхъ, веретенообразныхъ и круглыхъ клѣтокъ, внутри которыхъ и помѣщались вышеозначенныя шаровидныя наросты.

Синевато-бѣлая поверхность опухоли была гладка и выпячивалась въ одномъ мѣстѣ вмѣстѣ

Рис. 33.



Составныя части псаммозной, сосочковой, мѣшчатой карциномы яичника.

съ главною кистою. Кромѣ того, въ ткани находились отдѣльныя, большія, кругловатыя, матово-блестящія клѣтки съ однимъ или нѣсколькими ядрами. Клѣтки эти находились какъ будто въ промежуткахъ ткани и рѣзко отличались отъ меньшихъ клѣтокъ основнаго вещества (рисунокъ 33, 1 и 6). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ находились скопленія изъ нѣсколькихъ такихъ клѣтокъ, наконецъ, находились еще нѣсколько большихъ клѣтчатыхъ желобковъ, или неправильно колбовидныхъ образований, по строенію, весьма схожихъ съ эпителиальными. Желобки и колбочки помѣщались довольно свободно въ промежуткахъ ткани, почему въ ихъ легко было получить въ свободномъ видѣ при расщепленіи.

Весьма легко было прослѣдить развитіе этихъ конкрементовъ. Въ нѣкоторыхъ кругловатыхъ клѣткахъ находилось по одному маленькому, блестящему тѣльцу (2 а.), относительно котораго можно было сомнѣваться, произошло ли оно самостоятельно изъ мелко-зернистой клѣточной протоплазмы, или же оно зависѣло отъ ядра. Рука объ руку съ разрастаніемъ конкрементовъ шло увеличеніе клѣтокъ, въ которыхъ, въ тоже время, размножались ядра. Наконецъ, находились еще большіе, продолговатые или шаровидные конкременты, окруженные какимъ-то клѣточнымъ покровомъ, на подобіе эпителиальнаго (4).

Конкременты, впрочемъ, были до того многочисленны и велики, что составляли значительную часть опухоли, которая въ этомъ отношеніи напоминала исаммому. Кроме того исходили еще большіе кліточные желоба, свободные отъ конкрементовъ, между тѣмъ какъ другіе были усыяны ими (5). Конкременты эти состоятъ изъ углекислой извести, съ органическою основою, которая послѣ обработки кислотами, представляетъ собою образованія, состоящія изъ концентрическихъ слоевъ съ ядромъ въ центрѣ. Неорганическое вещество растворяется въ уксусной кислотѣ медленно и безъ замѣтнаго отдѣленія газа, которое значительно увеличивается по прибавленіи концентрированной сѣрной кислоты. Въ тоже время образуются многочисленныя, кристаллическія иглы изъ гипсовыхъ кристалловъ, которые видѣлъ также и Бейгель и сравнилъ ихъ съ тирозиномъ.

Маленкіе узелки на сальникѣ представляютъ собою образованія, сидящія на тонкихъ ножкахъ, головки которыхъ состоятъ изъ множества древо-образно развѣтвленныхъ, къ концу закругляющихся, ворсинокъ. Эти послѣдніе покрыты короткимъ, однослойнымъ, цилиндрическимъ эпителиемъ; въ составъ ихъ входитъ тонкая оболочка съ ядрами, внутри которой, въ свою очередь, находятся кліточковыя образованія, которыя содержатся въ болѣе мелкихъ сосочкахъ точно также, какъ и вышеописанныя кругловатыя клітки, или какъ скопленія эпителиальныхъ клітокъ; въ болѣе крупныхъ, въ которыхъ находятся б. ч. широкіе, тонкостѣнные сосуды, они являются въ видѣ слабо-соединеннаго плоскаго эпителия, выполняющаго промежутокъ между сосочковой стѣнкой и сосудомъ.

Д-ръ Marchand прибавляетъ еще слѣдующее: «хотя эти образованія представляютъ нѣкоторыя особенности, говорящія больше въ пользу саркоматозной природы опухоли, тѣмъ не менѣе взглядъ Клебса на сосочковую карциному яичника, повидимому, слѣдуетъ признать болѣе справедливымъ на основаніи большаго сходства главнѣйшихъ составныхъ частей опухоли съ настоящимъ эпителиемъ. Въ такомъ случаѣ пришлось бы назвать опухоль довольно сложнымъ именемъ *carcinoma ovarii cysticum papillare psommosum*.

Кромѣ этого, нѣсколько выдающагося строенія вторичныхъ опухолей на брюшинѣ, случай этотъ представляетъ клинической интересъ, благодаря юншескому возрасту пациентки, развитію болѣзни при воспалительныхъ явленіяхъ, сравнительно удовлетворительному состоянію здоровья, не смотря на продолжительность болѣзни, причемъ послѣ каждаго прокола въ состояніи больной наблюдалось измѣненіе къ лучшему.

Остается еще, наконецъ, упомянуть объ одномъ наблюденіи Рокитанскаго, когда карцинома развилась изъ одного *corpus luteum*. Онъ описываетъ случай этотъ слѣдующимъ образомъ:

Опухоль одной 60 лѣтней женщины, величиною въ дѣтскую головку, была бугристая, представляла корковое вещество отъ 8 — 12 линій толщины, расположенное въ нѣсколько слоевъ, красновато-бѣлаго цвѣта, мясистой консистенціи. Внутри ея находилась бѣловатая соединительно-тканная масса, пропитанная клейкой сывороткой, отъ которой лучеобразно отходили переклады въ углубленіе коркового вещества. Снаружи все это новообразованіе облекалось бѣлымъ соединительно-тканнымъ слоемъ, содержащимъ въ себѣ многочисленныя, фолликулообразныя, большія и меньшія, кисты. Слой этотъ представлялъ раздвинутую, гипертрофированную строму яичника. Корковое вещество состояло изъ плотной, волокнистой стромы, промежутки которой выполнялись мозговой массой, состоявшей изъ круглыхъ, угловатыхъ, хвостатыхъ и изъ большихъ матерныхъ клітокъ.

§ 277. Переходя къ клиническому теченію карциномы яичника, прежде всего слѣдуетъ указать на тотъ важный фактъ, что появленіе карциномы

личнива наблюдается часто въ весьма ранніе, юношескіе и даже дѣтскіе годы. Фактъ этотъ, по моимъ собственнымъ наблюденіямъ и потому, что мнѣ извѣстно изъ другихъ источниковъ, вѣрнѣе еще въ большей степени, чѣмъ это видно изъ таблицы Леопольда. Я уже давно указывалъ на это обстоятельство, (Jharsbericht. v. Virchow und Hirsch за 1873. II. стр. 616. I). Кромѣ тотчасъ-приведеннаго случая, наблюдаемаго у 23 лѣтней женщины, исходъ котораго еще покуда неизвѣстенъ, я видѣлъ карциномы, большею частью, двухстороннія, притомъ мягкія, мозговидныя формы изъ нихъ, у пациентовъ 26, 21, 19 и 12 лѣтъ, и, наконецъ, въ одномъ случаѣ, подробности котораго мнѣ неизвѣстны, у 8 лѣтней дѣвочки.

Сюда же, конечно, могутъ быть отнесены еще 5 или 6 случаевъ у болѣе зрелыхъ женщинъ, которымъ было, большею частью, за 50 лѣтъ. Сопоставляя собственные случаи со взятыми изъ таблицы Леопольда и съ другими извѣстными изъ литературы, я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

До 20 лѣтняго возраста (8—19) приходится 4 больныхъ.

отъ 20—29	»	12	»
» 30—39	»	7	»
» 40—49	»	12	»
» 50 и выше	»	13	»

Изъ 20 лѣтнихъ больныхъ только немногимъ было болѣе 20 лѣтъ. Слѣдовательно, зрѣлый возрастъ и первое послѣ него время является предрасполагающимъ моментомъ, что представляетъ діагностическій интересъ. Поэтому, Вирховъ неправъ, желая придать діагностическое значеніе частому появленію саркомы въ юношескомъ возрастѣ, въ противоположность рѣдкому появленію карциномъ.

Другіе этиологическіе моменты до сихъ поръ еще не обнаружены. Количество предшествовавшихъ родовъ, повидимому, нисколько не содѣйствуетъ появленію карциномы матки, даже на 4 и 5 десяткѣ лѣтъ жизни. Одна больная, захворавшая на 21 году, сообщила мнѣ, что она предавалась большимъ половымъ излишествами. Впрочемъ, мнѣ ничего не извѣстно относительно появленія карциномы у публичныхъ женщинъ.

Теченіе болѣзни въ началѣ, такъ сказать, ползучее, хотя бывали случаи, гдѣ оно было довольно острое и сопровождалось воспалительными явленіями, какъ это бываетъ иногда и при пролиферирующихъ кистахъ (см. § 52). Бурное начало при карциномѣ, помимо выше приведеннаго случая, я видѣлъ еще и у другой женщины (см. Исторію болѣзни). Непоявленіе менструаціи рѣдко служитъ самымъ раннимъ симптомомъ раковой опухоли; въ позднѣйшемъ стадіѣ развитія кисты она превращается почти у всѣхъ женщинъ. При дальнѣйшемъ теченіи часто появляются боли, ощущаемыя въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится опухоль; въ большинствѣ же случаевъ значительныя боли отсутствуютъ весьма долго. Не рѣдко, напротивъ того, происходятъ перитоническія раздраженія, обусловливающія появленіе скоропреходящихъ или, болѣе или менѣе, продолжительныхъ болей.

Осложненіе водянкой дѣйствуетъ весьма критически на общее состояніе и усиливаетъ страданіе больной. Водянка появляется, когда опухоль еще мала, хотя бы она и развивалась въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и того болѣе. Водянка, большею частію, является осложненіемъ, притомъ же она подчасъ достигаетъ значительныхъ размѣровъ. Послѣ прокола, водяночная жидкость вскорѣ снова накапливается. Далеко рѣже, хотя также часто, въ ранній періодъ развитія карциномы наблюдаются отеки одного или обоихъ бедеръ. Отекъ этотъ, если онъ только не является въ позднѣйшіе стадіи развитія болѣзни, происходитъ, должно полагать, въ силу прижатія венъ опухолью, представляющей сросшенія, или инфильтрированными чресленными желѣзами. Раннее появленіе отека бедра имѣетъ, несомнѣнно, извѣстное діагностическое значеніе.

• Такъ какъ самочувствіе иныхъ больныхъ можетъ довольно долго быть удовлетворительнымъ и если къ тому же еще не появились ни боли, ни брюшная водянка, то у подобныхъ больныхъ, даже въ позднѣйшіе стадіи развитія болѣзни, нельзя судить объ интенсивности ея. Врачъ же, ни въ какомъ случаѣ, не долженъ слишкомъ полагаться на отсутствіе кахектическаго вида своихъ пациентокъ. Вообще съ наступленіемъ водянки, больныя, большею частію, быстро худѣютъ. По наружности онѣ кажутся какъ бы постарѣвшими на 10—15 лѣтъ. Поэтому, упадокъ силъ и истощеніе тоже имѣютъ положительное, діагностическое значеніе.

§ 278. Какъ начало болѣзни, такъ и теченіе и исходъ ея бывають весьма различны. Иногда отъ времени первыхъ признаковъ болѣзни и до смерти проходятъ всего нѣсколько мѣсяцевъ, иногда же годы. Въ первыхъ случаяхъ бурное теченіе болѣзни рано проявляется въ упадѣкъ силъ, быстромъ скопленіи водяночной жидкости и жестокихъ боляхъ; въ послѣднихъ же случаяхъ теченіе болѣзни медленное, состояніе больной сильно колеблется, такъ что, подчасъ, какъ окружающіе больную, такъ и врачи питають надежду на выздоровленіе.

Смерть наступаетъ, большею частію, отъ м а р а з м а; иногда же она наступаетъ вслѣдствіе эмболии легочной артеріи (см. ниже случай Г.), перитонита, либо вслѣдствіи прониженія въ полость живота распавшихся раковыхъ частичекъ, либо вслѣдствіе плеврита при вторичной карциномѣ легкихъ, или, наконецъ, осложненія со стороны кишечнаго канала.

Вторичная карцинома появляется чаще всего въ забрюшинныхъ лимфатическихъ желѣзахъ, а затѣмъ уже въ желудкѣ и въ кишкахъ.

Förster находилъ вторичные узелки въ печени и селезенкѣ; Rixby въ брюшинѣ и плеврѣ грудобрюшной преграды; Hempel находилъ въ брюшинѣ и тоже въ желудкѣ, причѣмъ въ послѣднемъ произошло прободеніе. Spigelberg видѣлъ вторичные узелки въ брюшной стѣнкѣ; Küster въ кожѣ пупка, въ брюшинѣ, въ маткѣ, въ поясничныхъ желѣзахъ и въ Sternum, я—въ легкомъ; Nohl въ грудныхъ желѣзахъ, тазовыхъ костяхъ и въ бедрѣ. Paget наблюдалъ твердую форму карциномы одновременно съ Scirrhus mammae или ventriculi.

Привожу вератцѣ еще нѣсколько, видѣнныхъ мною случаевъ:

Деятнадцатилѣтняя дѣвица Е. съ дѣтскимъ выраженіемъ лица, притомъ болѣз-

ненная и худосочная; на 15 году появились менструации, протекавшие правильно до начала апреля 1867 г., а затѣмъ до самой смерти (8. X. 1867) полная аменоррея. Эту больную я впервые увидѣлъ 1 августа; она тогда уже 14 дней лежала въ постели и жадовалась на постоянныя боли въ животѣ, который былъ растянутъ, какъ въ шестомъ мѣсяцѣ беременности. Черезъ вышій, тонкій брюшной покровъ можно было прощупать сильно бугристую, мѣстами упругую, вообще плотную опухоль. Она доходила до пупка и прилегала къ покровамъ живота. Отдѣльные бугры — всѣхъ ихъ было до 10 — достигали величины кулака и сильно выдавались. Опухоль пока была подвижна, бедра не отекали.

Спустя 5 недѣль, когда я снова увидѣлъ больную, опухоль уже замѣтно увеличилась, лихорадки не было. Опухоль мѣстами даетъ зыбленіе, мягка и напряжена. Вскорѣ присоединилась водянка и значительный экссудатъ въ правый плевритическій мѣшокъ. Смерть послѣдовала, приблизительно, черезъ шесть мѣсяцевъ послѣ появленія первыхъ симптомовъ болѣзни (аменоррея) и только черезъ три мѣсяца послѣ того, какъ она принуждена была оставить свою должность.

Вскрытіе обнаружило двухсторонній, значительный Hydrothorax, значительное количество водяночной жидкости съ небольшою примѣсью крови, въ каждомъ легкомъ по одному мягкому, величиною съ горошину, раковому узелку. Печень, селезенка и почка свободны отъ карциноматозныхъ узловъ; забрюшинныя желѣзы были мозговидно перерождены и достигали величины грецкого орѣха. Опухоль, величиною почти въ 1½ человѣческой головы, была срощена съ сальникомъ и съ двухъ сторонъ съ Peritoneum parietale брюшной стѣнки. Отсюда карцинома распространилась и по покровамъ живота. Наружная поверхность опухоли отчасти голубо-розоваго, отчасти же бѣловатаго цвѣта. Въ разрѣзѣ она представлялась мѣстами мозговидною, мѣстами сыровидною, мѣстами слизистою. На задней поверхности опухоли видѣлось нѣсколько размягченныхъ кистъ. Микроскопъ показалъ присутствіе богатаго клеточками рака. — Мои замѣтки не даютъ, къ сожалѣнію, никакого объясненія насчетъ состоянія другаго яичника.

Другой случай.

Худошавая, но здоровая на видѣ, 12 лѣтняя дѣвочка А., за послѣднія 4 недѣли стала замѣчать, что животъ у ней пухнетъ; затѣмъ онъ быстро увеличивался. На средней линіи его лежитъ опухоль, по виду похожая на беременную матку; она заходитъ за пупокъ, нижняя часть ея скрывалась въ маломъ тазу, плотна, либо сильно натянута, мало подвижна, безболѣзненна, усѣяна бугорками и неровностями; физическія отправления пациентки нормальны.

Вскорѣ однако и опухоль стала значительно увеличиваться, появились боли, альбуминурия, отекъ бедеръ и значительный упадокъ силъ. Четыре мѣсяца спустя послѣ описаннаго состоянія и пять мѣсяцевъ послѣ перваго появленія болѣзни, больная скончалась.

Врачъ, пользовавшій больную, сообщилъ мнѣ слѣдующія данныя вскрытія: по удаленіи грудобрюшной преграды, глазамъ представляется сальникъ, пронизанный крупными сосудами. По удаленіи его видна опухоль съ бугристою поверхностью, множество срощеній съ кишками. Умѣренный гнойный перитоническій экссудатъ. Нѣкоторыя части опухоли распались въ гной, другія въ ихоръ, въ видѣ расплывающихся массъ; въ разрѣзѣ; видъ мягкой карциномы. Опухоль совершенно, такъ сказать, поглотила матку и яичникъ. Влагилице, мочевой пузырь, прямая кишка, желудокъ и селезенка были здоровы, печень значительно увеличена и представляетъ нѣкоторое количество полусферическихъ, выступающихъ, раковыхъ узелковъ; лѣвая почка рѣзко водяночна, а мочеточникъ сдавленъ опухолью.

Въ клиническомъ отношеніи крайне интересенъ слѣдующій случай.

М. G. умершая 28 лѣтъ отъ роду, на 20 году впервые получила менструацію, которая затѣмъ была обыкновенно обильна, продолжавшаяся отъ 10—12 дней и сопряжена съ различнаго рода недугами; на 22 и 24 году она перенесла очень хорошо роды. Черезъ 3 года послѣ послѣднихъ родовъ, послѣдовало воспаленіе въ нижней части живота, продолжавшее больную 4 недѣли въ постели. Первое воспаленіе разрѣшилось, а затѣмъ послѣдовалъ

рецидивъ, такъ что болѣзнь продолжалась 9 недѣль. Послѣ выздоровленія животъ остался увеличеннымъ въ объемѣ, причѣмъ въ немъ стали появляться постоянныя боли, дозволявшія одна-кожъ больной заниматься своей работой. Въ ноябрѣ 1871 года, т. е. годъ спустя послѣ появленія вышеупомянутаго воспалительнаго состоянія живота, я впервые увидѣлъ эту больную. У ней уже цѣлый годъ продолжалась аменоррея. Большаго роста, но худая и блѣдная пациентка не лихорадила, животъ былъ значительно растянутъ, имѣлъ 100 цнт. въ окружности. Болѣзненности при надавливаніи не было; рѣзко выраженная водянка. Тромбы въ варикозныхъ венахъ праваго бедра. Отъ января до конца октября 1872 г. ей сдѣлали 9 проколовъ живота, причѣмъ каждый разъ истекало по 5—10 кило и болѣе водяночной жидкости то красноватаго, то темнокоричневаго цвѣта, въ которой находилось нѣкоторое количество кѣттокъ цилиндрическаго эпителія. Уже послѣ перваго прокола открыли опухоль, которая, какъ оказалось при прощупываніи черезъ влагалище, лежала позади матки и представлялась бугристою, плотною, болѣзненною массою, лежащею на средней линіи. Опухоль, повидимому, плотно срослась съ маткой и заднею стѣнкой таза; затѣмъ, при каждомъ проколѣ можно было ощущать двѣ бугристыя опухоли, каждая величиною въ дѣтскую голову, симметрично покрывавшія входъ въ полость таза.

Послѣ восьмага и послѣдняго прокола, оказалось, что лѣвая опухоль доходила почти до ложныхъ реберъ. Отекъ бедеръ существовалъ уже цѣлый мѣсяцъ. 7 Ноября, 12 дней послѣ послѣдняго прокола, послѣдовала смерть отъ эмболии легочной артеріи. Вскрытіе показало: значительное скопленіе кровянистой водяночной жидкости; *Peritoneum parietale* на всемъ своемъ протяженіи утолщено; въ немъ находилась опухоль, величиною въ гусиное яйцо, сѣровато-бѣлаго цвѣта въ разрѣзѣ и довольно плотная, кромѣ того, она была усѣяна множествомъ небольшихъ, величиною съ орѣшину, опухолей. Большой салыпкъ скомканъ въ какую то клубовидную массу. Въ правой полости плевры большое количество прозрачнаго трансудата; на *pneum pulmonalis* обильно разсѣяны милиарныя узелки плотной консистенціи и большаю частію, чисто сѣраго цвѣта. Правое легкое сдавлено и почти не проходимо. Полость лѣвой плевры свободна отъ вышота.

Въ обоихъ главныхъ стволахъ легочной артеріи свѣжій, чернѣй, кровяной сгустокъ, въ артеріальной вѣткѣ, идущей въ нижнюю лѣвую долю легкаго, острообрѣзанная, сѣрая эмболическая пробка, толщиною въ шпильку, длиною въ 1 цтм.; пробка эта была занесена сюда изъ лѣвой *vena iliaca com. minoris*, гдѣ былъ найденъ тромбъ, толщиною въ большой палецъ доходившій тупымъ краемъ до *vena cava*.

Серозная оболочка кишекъ и брыжейка покрыты обильною, сѣровато-твердою и красно-мягкою сыпью, а между ними узелъ, величиною въ гусиное яйцо.

Regio ileo-caecalis усѣяна громаднымъ количествомъ узелковъ.

Опухоль яичниковъ представляетъ собою бугристую массу, величиною слишкомъ въ двѣ челоуѣткія головы. Въ ней содержится множество кистъ, величиною отъ боба до гусиного яйца. Просвѣтъ ободочной кишки, отчасти покоящейся въ опухоляхъ, представляетъ извилины, благодаря полипообразно вдающимся опухольнымъ массамъ, на уровнѣ которыхъ замѣтна потеря вещества. На маткѣ, влотно втиснутой въ массу опухоли, не видно серознаго покрова; границы ея сглажены. Передняя и верхняя стѣнки превратились въ творожистую кашлицу и пропали безслѣдно. Онѣ пошли на образованіе опухоли, такъ что невозможно опредѣлить, какая часть принадлежитъ одному яичнику и какая другому.

Селезенка значительно увеличена, очень мягка; печень, почки и мочевоу пузырь здоровы.

Опухоль въ цѣломъ плотна, крайне непрозрачна, блѣдно-сѣраго цвѣта, мѣстами желтаго, мѣстами же совершенно размягчена. Кисты содержатъ свѣтложелтую жидкость съ содержащимися въ ней блестящими хлопьями.

Гистологическое изслѣдованіе показало, что опухоль состоитъ изъ плотной, соединительно-тканной, кольцеобразно расположенной стромы. Въ этихъ полостяхъ, подчасъ сообщающихся между собою и представляющихся круглыми въ поперечномъ разрѣзѣ, находятя клубочки не особенно высокаго цилиндрическаго эпителія, и въ центрѣ небольшая полость.

Главный интересъ приведеннаго случая состоитъ именно въ выдающихся симптомахъ и въ медленномъ теченіи при значительно уже развитомъ страданіи.

§ 279. Поставить діагноз оваріальной карциномы въ нѣкоторыхъ случаяхъ не трудно. Большая часть больныхъ слишкомъ поздно попадаетъ въ руки врача, когда опухоли уже принялы злокачественный характеръ, такъ что ихъ можно съ нѣкоторою вѣроятностью принять за карциномы. 20 лѣтній возрастъ, а также и старческій, способны, сами по себѣ, возбудить въ насъ подобное подозрѣніе. Раннее прекращеніе менструаціи, при незначительной еще опухоли, представляетъ важный признакъ. Брюшная водянка, при незначительной опухоли, также подозрительна; ранній отекъ бедеръ еще болѣе подозрителенъ. А затѣмъ главнѣйшими признаками являются бугристость, болшею частію, мало подвижныхъ опухолей, подчасъ очевидная двухсторонность и иногда болѣзненность ихъ. Если при этомъ матка неподвижна, или между rectum и vagina и въ области надъ сводомъ влагалища ощущается плотная инфильтрація, то діагнозъ еще болѣе вѣроятенъ. Прощупываніе бугристыхъ опухолей, лежащихъ въ полости живота, рядомъ съ яичниковою, устраняетъ, болшею частію, всякое сомнѣніе. Иногда указаніемъ могутъ служить еще распухшія желѣзы, хотя непосредственно зараженныя опухолью яичниковъ желѣзы можно непосредственно прощупать только развѣ rectum, и то введя половину руки или даже всю руку.

Чрезвычайно быстрое исхуданіе и худосочіе довершаютъ, наконецъ, картину заболѣванія.

Приведенный выше случай (§ 265) съ г-жею В. П. убѣдилъ меня въ возможности уклоненія въ противоположную сторону т. е. поставить прогнозъ болѣе неблагопріятный, чѣмъ слѣдуетъ. Значительная брюшная водянка у означенной больной—60 фунт.—при небольшой еще опухоли, заставила меня предположить присутствіе злокачественнаго новообразованія. Но такъ какъ ни упадка силъ, ни другихъ какихъ либо признаковъ, характеризующихъ такого рода опухоли, еще не было, то я предпринялъ лапаротомію, началъ съ пробнаго надрѣза, и нашелъ довольно плотную опухоль, которую и удалилъ безъ особеннаго труда. Опухоль оказалась виолнѣ доброкачественной, мелкокамерной кистой.

§ 280. Леченіе можетъ быть лишь палліативнос, такъ какъ изъ опыта извѣстно, что операціи при карциноматозныхъ опухоляхъ быстро оканчиваются смертью. T. H. Keith приводитъ въ своихъ таблицахъ до 200-го случая, 6 случаевъ экстирпаціи злокачественныхъ опухолей, изъ коихъ пять быстро окончились смертью, въ шестомъ же больная, хотя и оправилась отъ хирургическаго вмѣшательства, тѣмъ не менѣе черезъ 8 мѣсяцевъ скончалась отъ рака брюшины. Случай этотъ пока еще единственный. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, встрѣчающихся въ литературѣ, смерть была обыкновеннымъ исходомъ, черезъ 4—6 недѣль послѣ операціи, хотя бы даже больная и перенесла самое хирургическое вмѣшательство.

Не одна только экстирпація опухоли, но даже и пробный надрѣзъ почти неминуемо влечетъ за собою смерть, въ особенности, если развилась уже карцинома брюшины. Операціи у всѣхъ хирурговъ приводили къ одинаково печальнымъ результатамъ. •

Th. Keith сдѣлалъ при карциномѣ четыре неполныхъ операціи или пробныхъ надрѣза. Двѣ больныя скончались въ первые 48 часовъ, 3 черезъ 14 дней и 4 черезъ 6 недѣль. Keith сдѣлалъ 44 оваріотоміи и два пробныхъ надрѣза при карциномѣ. Въ обоихъ случаяхъ быстро послѣдовала смерть. Подобный же случай я рассказалъ вкратцѣ въ § 204. Здѣсь быстро послѣдовала смерть, хотя въ сущности хирургическое вмѣшательство ограничилось вынужденіемъ водяночной жидкости чрезъ сдѣланный надрѣзь брюшныхъ стѣнокъ. Дальнѣйшія изслѣдованія должны еще показать, на сколько пробный разрѣзъ становится менѣе опаснымъ при примѣненіи опрыскиванія и строгомъ соблюденіи антисептическихъ правилъ. Лучше всего, однакожь, въ случаяхъ, гдѣ предполагается раковая опухоль, тотчасъ же отказаться отъ всякой попытки на радикальное излеченіе. Случается, хотя гораздо рѣже, что обращаются къ врачу довольно рано, тѣмъ не менѣе рѣшеніе вопроса, слѣдуетъ ли въ такомъ случаѣ, приступивъ къ операціи и сдѣлавъ надрѣзь, продолжать операцію, или же ограничиться однимъ разрѣзомъ, — будетъ зависѣть отъ обстоятельствъ. Почти во всѣхъ случаяхъ, безъ исключенія, безусловно нѣтъ надежды на радикальное исцѣленіе.

Главнѣйшее палліативное средство представляетъ проколъ. Хотя его часто приходится повторять черезъ небольшіе промежутки, однакожь, онъ доставляетъ больнымъ значительное облегченіе и, возвративъ имъ сонъ и аппетитъ, можетъ еще продлить ихъ жизнь.

Бугорчатка яичника.

§ 281. Бугорчатка яичниковъ до сихъ поръ была находима только въ рѣдкихъ случаяхъ. По преимуществу извѣстна творожистая форма бугорчатки, въ видѣ отдѣльныхъ, довольно крупныхъ, размягченныхъ фокусовъ. Klebs упоминаетъ о 3—4, видѣнныхъ имъ случаяхъ. Большею частію случаи эти сочетались съ *regioophoritis adhesiva*. «Эта болѣзнь, въ противоположность бугорчаткѣ матки и яйцепроводовъ», говоритъ Klebs, «встрѣчается рѣдко, и, что весьма важно, никогда не сочетается съ туберкулезомъ яичника, почему ее и не должно считать причиной послѣдняго. Слѣдовательно, должно допустить, что заразительное вещество доставляется яичнику съ притекающею кровью. И въ самомъ дѣлѣ, развѣ можно допустить, чтобы микробная бугорчатка, поражающая всѣ органы, пощадилъ яичникъ, весьма богатый кровью.» О томъ, какъ часто встрѣчается бугорчатка, еще пока нельзя ничего сказать, такъ какъ бугорки эти не видны невооруженнымъ глазомъ.

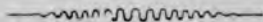
Сканцони нашель, впрочемъ, однажды множество сѣрыхъ и желтыхъ бугорковъ, величиною въ маковое зерно, уже размягчившихся.

Rokitansky упоминаетъ объ одномъ случаѣ, когда одновременно съ легочною и кишечною чахоткою, бугорчаткой брюшины и яйцепрода, лѣвый яичникъ былъ пронизанъ множествомъ творожистыхъ бугорковъ, причемъ периферическіе находились въ *albuginea*. Въ правомъ яичникѣ число ихъ было очень ограничено.

Вопреки воззрѣнію Klebs'a, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что одновременно съ бугорчаткой прочихъ половыхъ органовъ, нѣредко существовала также и бугорчатка яичниковъ. Хотя можно сомнѣваться въ истинности аналогичнаго случая, приводимаго Voyn и Dugès, но въ подлинности двухъ случаевъ Гуссерова нельзя сомнѣваться. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (наблюд. I) оба яичника, каждый величиною въ куриное яйцо, были пронизаны творожистыми узелками и творожисто распавшимися массами. Второй случай (наблюд. VI) отличался отъ перваго только тѣмъ, что яичники были величиною съ голубиное яйцо. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ мѣстомъ первичнаго заболѣванія была слизистая оболочка матки.

Sp. Wells описываетъ мѣшеччатую опухоль яичниковъ, которая, по изслѣдованію Фобса, была поражена бугорчаткой: на наружной поверхности отдѣльныхъ вѣтвей «подъ брюшнымъ покровомъ» находилось множество узелковъ, сросшихся съ тканями окружающими стѣнки вѣтвей. Узелки эти имѣли плотность хряща и были величиною съ перечное зерно. Периферія узелковъ была въ разрѣзѣ блестяща и полупрозрачна, центральная же часть непрозрачна и творожиста. Узелки были безсосудисты. Въ окружности ихъ находились ложныя перепонки, усѣянные грануляціями изъ просовидныхъ бугорковъ. Подобныя же грануляціи, достигавшія величины маковаго зерна, находились также и въ стѣнкахъ вѣтвей.

Сп. Уэллсъ даетъ здѣсь нѣсколько странное показаніе, а именно, что съ тѣхъ поръ онъ видѣлъ еще 8 примѣровъ бугорковаго перерожденія яичника.



ОБЩАЯ ЛИТЕРАТУРА.

(Въ нижепомѣщаемый списокъ вошла кромѣ, историческихъ и вообще важныхъ работъ, базуистика новѣйшаго времени) по преимуществу нѣмецкая

- de Graaf, R.: De mulierum organis generationi inservientibus. Leyden. 1672.
Bartholini, C.: De ovarii mulierum et generationis historia. Romae. 1677.
Schorkooff, Theod.: Diss. inaug. de hydropo ovarii, 1685.
Schlenker, E.: De singulari ovarii sinistri morbo, Dispp. medd. Halae. vol. IV стр. 439. 1722.
Schaffer: Historia hydropis saccati ovarii. Dispp. medd. Halae. vol. IV. стр. 229.
Willius, N.: Structura abdomin. tumoris stuped. Diss. inaug. Basil. 1731.
Peyer, Ulric: Ovarium hydropicum. Acta Helvet. phys. vol. IV Basil. 1751.
Fontanella, Julia: Analyse de quelques substances, contenues dans les ovaires, dans certains états morbides. Arch. gen. de méd. tome IV. стр. 257. 1752.
Ledran: Hydropisie enkystée attaquée par une opération. mém. de l'acad. de chir. Paris. tome II. стр. 440. 1753.
Hunter, W.: Medical observations and inquiries, vol. I. стр. 41. 1762.
Delaporte: Mém. de l'acad. de chirurgie. tome III. 1774.
Krüger: Pathologia ovariorum. Gotting. 1782.
Chambon: Mal. des femmes. Paris. 1798.
Rosenmüller: Quaedam de ovarii embryonum et foetuum humanorum. Leipzig 1802.
Escher-Samuel, Hartmann de: Considération med. chir. sur l'pydropisie enkystée des ovaires. Thèse. Motpellier. 1807.
Meckel, J. Fr.: Handbuch d. path. Anatomie. Leipzig.. 1812.
Brehm: Super morbos in ovarii obvios. Dis. Vratilav. 1820.
Bright: Clinical memoirs on abdominal tumour and intumescence (reprinted from the Guy's Hosp. rep. London 1860) 1824.
Lizars: Observations on the extraction of the diseased ovaries. Edinburgh. (нѣмец. перев. Weimar 1826) 1825.
Cruveilhier: Anatomie pathologique du corps humain. livr. XXV. Paris. 1828.
Müller, Joh.: Ueber die Wolff'schen Körper der Emdryonen, Meckel's Arch. 1829.
Müller, Joh.: Bildungsgeschichte der Genitalien, 1830.
Corbin: Gaz. méd. de Paris. tome I, 1830.
Seymour, Edw.: Illustrations of some of the principal diseases of the ovaria. London 1830.
Smith, N.: Memoirs. Baltimore. 1831.
Monro, A.: Four cases of tumefied ovarium. medical essays of Edinburgh. vol. VI. 1832.
Sabatier: Médecine opératoire. édition Dupuytren. 1832.
Quittenbaum, K. Fr.: Commentatio de ovarii hypertrophia et historia exstirp. ovarii hypertroph. Kostock. 1835.
Hevin: Recherches sur l'exstirpation des ovaires mém. de l'acad. de chir. tome III 1836.

- Jones, Wharton: On the first changes of the ova of the mammifera. London. philos. transact. cnp. 339. 1837.
- Valentin: Ueber die Entwickelung der Follikel in dem Eierstock der Säugethiere. Müller's Arch. f. Anat. p. 526. 1838.
- Barry: Researches in embryologie. Philos. transact. p. 301. 1838.
- Boinet. Hydropisie de l'ovaire. Gaz. méd. de Paris. cnp. 347. 1840.
- Bischoff, Th.: статья «Entwicklungsgeschichte» въ Wagner's Handwörterb. der Physiologie 1848.
- Tavignot; Mémoires sur l'hydropisie de l'ovaire. l'Expérience Nr. 160. 1840.
- Nérgier: Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires dans l'espèce humaine Paris. 1840.
- Hirtz: Sur les maladies de l'ovaire. Thèse. Strassbourg. 1841.
- Stilling, B.: Holesher's Hannov. Annalen. H. 3 u. 4. 1841.
- Velpeau: статья «Ovaire» въ dict. de méd. tome XXII. Paris. 1824
- Walne: Cases of dropsical ovaria, Lond. med. gaz. Dec, 1842.
- Ollenroth, J. C. Fr.: Die Heilbarkeit der Eierstockwassersucht. Monographie. Berlin. 1843.
- Churchill: Dubl. Journ. of med. Sc. Sept. 1843.
- Bird: Med. times and gaz. August. 1843
- Ritchie: Contributions to the physiology of the human ovary. Lond. med. gaz. XXXIII. 1844.
- Cazeaux: Des Kystes de l'ovaire. Thèse. Paris. 1844.
- Jeaffreson: On the pathology and treatment of ovarian disease. London. med. gaz. 1843.
- Chereau: Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Paris. 1844.
- Phillipps: Medico-chirurgical transact. June. 1844.
- Cormack: Lond. and Edinb. med; Journ, May. 1845.
- Lee, Robert: On ovarian and uterine diseases. London. 1846.
- Lee, Thomas Safford: Essay on tumors of the uterus. (Нѣмецкій переводъ) Berlin 1848) 1847.
- Bühning, Joh. Jul.: Die Heilung der Eierstocksgeschwülste Berlin. 1838.
- Virchow, R.: Das Eierstockscolloid. Verh. d. Ges. f. Gebh. in Berlin. III. cnp. 197. 1848.
- Crull, Er.: Collectaneen zur Therapie der Eierstockwassersucht. Rostock. Diss. 1848,
- Clay, Charles: Result of all the operations for the extirpation of diseased ovaria by the large incision. 1848.
- Kiwischv. Rotterau: Klinische Vorträge, Bd. II. 1849.
- Bryant, P: The Lancet. 1849.
- Maisonneuve: Des opérations applicables aux maladies des ovaires. Paris. Thèse 1849.
- Stilling, B: Jena'sche Annalen. I. 2. cnp. 129. 1849.
- Knorre: Deutsche Klinik. 1849.
- Brown, Isaac, Baker: Prov. med. und surh. Journ. Nr. 8—11. 150. The Lancet. Juni 1850.
- Lee, Robert: Analysis of 162 cases of ovariotomy which have occurred in great Britain. med. chir. transact. vol. 34 1850.
- Tilt: On uterine and ovarian Inflammation. London (Third edition 1862.) 1850.
- Quittenbaum, A. Fr: Ueber Eierstockskrankheiten. Rostock, 1850.
- Kiwisch: Verh. der phys.-med. Ges. zu Würzburg. I. cnp. 281. 1850.
- Lee, Robert: Diagnosis and treatment of ovarian disease. The Lancet. Dec. 1851
- Richard: Anatomie des trompes de l'utérus chez la femme. Paris. 1851.
- Tilt: On the rise, progress and various terminations of chronic ovarian tumours, Lond. med gaz. 1851,
- Busch: De hydrope ovarii. Berlin. Diss, 1851.
- Ulsamer: Ueber Ovariötomie. Würzburg. Diss. 1851.
- Wilson, J. Gr.: Prov. med. and surg. Journ. January. 1851.

- Mittheilungen aus Langenbeck's Klinik. Deutsche Klinik. 1851.
- Bird: Diagnosis and treatment of ovarian tumors. Lond. med. gaz. 1851 n 52
- Martin, Ed.: Die Eierstockswassersuchten, deren Erkenntniss und Heilung. Jena 1852.
- Michel: Etude sur le traitement. . . gaz. méd. de Strassb. 1852.
- Désormeaux: Thèse. Paris. 1853.
- Scanzoni: Exstirpation eines grossen Eierstockscolloids. Ero Beiträge z. Geburtsh. u. Gyn. I. crp. 196. 1853.
- Verenuil: Recueils sur les Kystes de l'organe de Wolff mém. de la soc. de chir. IV. crp. 58. 184. 5
- Brandford: Amer. Journ. sf. med. Sc. XXVII. 1854.
- Brown, J. Baker: On some diseases of women admitting surgical treatment. London (second edit. 1861). 1854.
- Greene, W.; Assoc. med. Journ. January 13. 1854.
- Busch: Chirurgische Beobachtungen. Berlin. 1854.
- Atlee, Wash. L.: Synopsis of 38 cases occuring in the practice of the author. Amer. J. of med. Sc. Adril. XXIX. 1855.
- Bernard, Cl.: de l'ovariotomie. Arch. gén. de méd. Oct. 1856.
- Steudel: Beschreibung einer Cystengeschwulst d. Eierstocks. Diss. Tübing. 1856.
- Virschow R.: Ueber chronische Affectionen des uterus und der Eierstöcke, Wien. med. Wochenschr. Nr. 12. crp. 180. 1856
- Fock: Die operative Behandlung der Ovarioencysten, Monatschr. f. Gebkde, VII. 1856.
- Schuh: Oesterr. Ztschr. f. pract. Heikde. II. 1. 1856.
- Humphrey: Report of some cases of operation. Cambridge, 1856.
- Duncan, M.: On the justifiability of ovariectomy. The Lancet, crp. 212, 311. 422. 1857.
- Simon, Gustav: Die Exstirpation der Milz am Menschen. Giessen, 1857.
- Simpson, Jmes Y.: Ovariectomy and ovarian tapping. The Lancet. I. crp. 285, 1857.
- Négrier: Recueil des faits pour servir à l'histoire des ovaies et des affections hystériques de la femme. Angers. 1858.
- Thompson: Med. times, March, 1858.
- Atlee, W. L.: Amer. Journ. of med. Sc. 1858.
- Simon, Gustav: 64 in Deutschland theils ausgeführte, theils versuchte Ovariectomien, Scanzoni's Beiträge III. crp. 99. 1858,
- Lee, T. Safford: The Lancet. I, crp. 142. 1859.
- Spiegelberg, Otto: Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Eierstockscysten. Monatschr. f. Gebkde. XIV. crp. 101. 1859.
- Parmentier: Mém. sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le traitement et le diagnostic de ces affectins. Gaz. méd. de Paris. Nr. 1—10. 1859.
- Kurrer: Ueber Eierstockscysten. Tübingen. Diss. 1859.
- Stilling: Jena'sche Annalen. 1859.
- Péan: ovariectomie et splénotomie. 2ème édit. Paris. 1858.
- Bauchet, L. J.: Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. mém. de l'acad. de méd p. 23. 1859.
- Wells, T. Spencer: Cases of ovariectomy. Lond. and Dublin quarterl. Journ. November 1859.
- Clay, John. Chapters on diseases of the ovaries translated from Kiwisch's clinical lectures with an appendix of the operations of ovariectomy. London 1860.
- v. Fraqué: Zusammenstellung von 26 meist in London ausgeführten Operationen zur Radikalheilung von Ovariengeschw. Scanzoni's Beiträge IV. 1860.
- Gross: North amer. med. chir. review. November. 1860.
- Farre, Arthur: Статья „Uterus“ в Cyclopaedia of anatom. and physiol. Vol. V. Suppl. 1860.
- Worms: Etude historique et critique de l'exstirpation des kystes de l'ovaire. Gazette hebdomadaire. Oct. 1860.

- Sipson, J. Y.: Clinical lectures on ovarian dropsy. med. times and gaz. March, Dec. (тоже въ clinical lectures on diseases of women, edited by Alex. Simpson, 1863. стр. 395). 1868.
- Simpson, J. Y.: Ovariectomy, a justifiable operation. med. times and ganz. 1860
- Doinet: Diagnostic différentiel des tumeurs du ventre et des kystes de l'ovaire. Gaz. hebdomad. 1860
- Clay, Charles: Lond. med. review. 1861.
- Boinet: Jodotherapie. 1862.
- Roberts, Lloyd: Dubl. quaterly Journ. 1862
- Tanner: The Lancet. 1868.
- Brown, Baker: Five cases of ovariotomy. Lond. obst. transact. III. стр. 352. 1862.
- Smith, Tyler: Ovariectomy, with cases and remarks on the different steps of the operation and the causes of its mortality. Lond. obst. transact. III. стр. 41. 1862. und; four additional cases of ovariotomy. ibid. стр. 215. 1862.
- Brown, Baker: On ovarian dropsy. 1862.
- Dufeillay, Pihan: Arch. gég. de méd. 1862.
- Gentilhomme: Essai sur l'ovariotomie. gaz. méd. de Paris. стр. 529. 1862.
- Ollier: De l'ovariotomie. Paris. 1856S
- Labalbarie: Des kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie. Paris. 1862.
- Hennig: въ Günther's Lehre von den blutigen Operationen. Leipzig und Heidelberg, u Menatsschr. f. Gebkde. XX. стр. 122. 1862,
- Gurlt: Ueber Ovariectomie. Monatsscr. f. Gebk. XX. стр. 81. 1862.
- Wells, Spencer: The history and progress of ovariotomy in great Britain. med. chir. transact. vol. 46. 1862.
- Brown, Baker: On ovariotomy, the mode of its performance and the results obtained at the London surgical home. Lond. obst. transact. vol. IV. стр. 59. 1863.
- Le Fort, Léon: Gazette hebdomad. 1863.
- Stilling, B.: Deutsche Klinik. Nr. 34 u. 36. 1863.
- Wells, Sp.. Series of fifty cases of ovariotomy; medico-chir. transact. vol. 48. стр. 213. 1863.
- Grohe, Virschow's Archiv f. path. Anat. Bd. 26. 1863.
- Page: Lectures on surgical pathology. 1863.
- Smith, Tyler: Four additional cases of ovariotomy. Lond. obst. transact. vol. IV стр. 181. 1863.
- Pflüger, E.: Die Eierstöcke des Säugethiere und des Menschen. Leipzig. 1863.
- Fox, Wilson: On the origin, structure and mode of development of the cystic tumors of the ovary. medico-chir. transact. vol. 47. 1864.
- Courty: Excursion chirurgicale en Angleterre. gaz. hebdom. стр. 522. 1864.
- Peaslee, E. R.: Ovarian tumors; treatment excepting ovariotomy. New-York. 1864.
- Еро-же Monograph on ovariotomy. 1864.
- Churchill: Diseases of women. 1864.
- Winckel, F.: Eine Ovariectomie. Rostock. Programm. 1864.
- Clay, Charles: Observations on ovariotomy, statistical and practical, also a case of successful removal of uterus and its appendages. Lond. obst. transact. vol. V. 1864.
- Fehr. Die Ovariectomie, geschichtlich und kritisch bearbeitet. Heidelberg. 1864.
- v. Dusch, Th: Zur Ovariectomie. Arch. d. Vereins f. wiss. Hlkde. Nr. 2. 1864,
- Vegas, Herrera: Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie. Thèse. Paris. 1864.
- Peaslee, E. R.: Statistics of 150 cases of ovariotomy. Amer. J. of med. Sc. January. 1865.
- Koerberlé: De l'ovariotomie. Paris. 1865.
- Еро-же: Opérations d'ovariotomie. Paris. 1865.
- Buys, Leopold: Traitement des kystes de l'ovaire par aspiration continue. Bruxelles. 1865.
- Wells, T. Sp.: Third and fourth series of fifty cases of ovariotomy. med.-chir. transact. vo 50. 1865,

- Bryant, T.: On some cases of ovariotomy. Lond. obst. transact. VI. crp. 35. 1865.
- Smith, Tyler: Eight additional cases of ovariotomy. Lond. obst. transact. VI. crp. 66. 1865.
- Ritchie, Chas.: Contributions to assist the study of ovarian physiology and pathology London. 1865.
- Stilling, B.: Die extraperitoneale Methode der Ovariectomie. Schuchardt's Hannov. Zeitschr. 1865.
- Negróni: Aperçu sur l'ovariectomie. Paris. Thèse. 1865.
- Caternault: Essai sur la gastronomie dans les cas des tumeurs fibreuses peritutéines. Thèse. Strassbourg. 1865.
- Perier: Anatomie et physiologie de l'ovaire. Paris. 1865.
- Wells, Sp.: Die Krankheiten der Ovarien, перев. Fr. Kuchenmeister, Leipzig. 1866.
- Koeberlé: gaz. des hôp. crp. 595. 1866.
- Avelidg: Lond. obst. transact. VII. crp. 229. 1866.
- Courty, A.: Traité pratique des mal. de l'utérus. Paris. 1866.
- Brown, Baker: On a new method securing the pedicle in ovariotomy. Lond. obst. transact. VII. crp. 28. 1866.
- Spielberg: Zwei erfolgreiche Ovariectomien. Monatsschr. f. Gebk. XXVII. crp. 368. 1866.
- Bryant: Clinical. surgery. 1867.
- Boinet: Traité pratique des mal. des ovaires. Par 1867
- Sappey: Anatomie descriptive. Paris. 1867.
- Wells, Sp.: Third series of 100 cases of ovariotomy. med.-chir. transact. vol. 25. crp. 178. 1867.
- Laskowski: Étude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgicale Paris. 1867.
- Byford: The practice of medicine and surgery applied to the diseases and accidents incident to women. Philadelphia. 1867.
- Wells, Sp.: Review of a years progress in ovariotomy. med. times and gaz. vol. I. 1867.
- Keith, Th.: Cases of ovariotomy. Edinb. med. J. Nov. Des. 1867.
- Spiegelberg: Zur casuistik der Eierstocksheschwülste und ihrer Complication mit dem Puerperium. Monatsschr. f. Gebk. XXX. crp. 380. 1767.
- Его-же Vier weitere Ovariectomien. ibidem crp. 431. 1867.
- Koeberlé: Gaz. des hôp. Nr. 3. 23. 32. 38. 48. 67. 110. 114. 117. 142. 1867.
- Dumreicher: Wien. med. Presse. Nr. 42. 1867.
- Brown, Baker: On the use of the actual cautery in ovariotomy; illustrated by eleven cases. Lond. obst. transact. 1867.
- Kimball: Observations in ovariotomy in Europe. Bost. med. and. surg. J. Dec. 1867.
- Koeberlé: Gaz. des. hop. Nr. 7. 12. 29. 33. 38. 47. 58. 1868.
- Neugebauer: Monatsschr. f. Gebk. XXXII. crp. 266. 1868.
- Wells, Sp.: Recent experience in ovariotomy, med. times and gaz. II. crp. 605. Nr. 28. 1868.
- Koeberlé: Résultats statistiques de l'ovariectomie. Paris. 1868.
- Krassovski: De l'ovariectomie. Fol. Atlas (съ франц. и русск. текстомъ) Petersburg. 1868.
- v. Nussbaum: 34 Ovariectomien. München. 1868.
- Gusserow: Zwei Ovariectomien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. 1868.
- Mayweg, Wilh.: Die Entwickelungsgeschichte der Cystengeschwülste der Eierstocks. Bonn Diss 1868.
- Spiegelberg und Waldeyer: Untersuchungen über das Verhalten der abgeschnürten Gewebspartien in der Bauchhöhle, sowie der in dieser zurückgelassenen Ligaturen und Brandschorfe. Virchow's Arch. Bd. 44. 1868.
- Ochsen: Beitrag zur Casuistik der Ovariectomien. Kiel. Diss. 1868.
- Péan: Bull. de l'acad. impér. de méd. No. 10. Mai 31. 1868.
- Scharlau: Monatsschr. f. Gebkde. XXXI. crp. 120. 1868.

- Hildebrandt: Mittheilungen aus der gyn. Klinik zu Königsberg. Monatsschr. f. Geburtskunde. XXXIII. p. 52. 1868.
- v. Scanzoni: Drei Ovariectomien. Ero Beiträge z. Gebh. u. Gyn. V. p. 145. 1869.
- Koeberlé: Gaz. des hôp. p. 262. 1869.
- Moodelly: Lond. obst. transact, X. p. 115. 1869.
- Greuser: Paul: Die Ovariectomie in Deutschland. Leipzig. 1870.
- Waldeyer, Wilh: Eierstock und Ei. Leipzig. 1870.
- Storer, Hor: Golden rules for the treatment of ovarian diseases. Boston. 1870.
- Germann: Arch. f. Gyn. I. 353. 1870.
- Spiegelberg: Ueber Perforation der Ovarialkystome in die Bauchhöhle. Arch. f. Gyn. I. p. 60. 1870.
- Peaslee, R.: Intraperitoneal injections after ovariectomy. Amer. J. of obstetrics. August. 1870.
- Koeberlé (et Taule): Manuel opératoire de l'ovariectomie, suivi d'observations encore inédites. 1870.
- Keith, Th.: Second series of fifty cases of ovariectomy, with an account of those cases in which no operation was performed. Lancet. August. 20. 1870.
- Spiegelberg: Acht neue Ovariectomien. Arch. f. Gyn. I. p. 68. 1870.
- Howitz: Hospital's Tidende. 18 Aargang. 1870.
- Waldeyer: Die epithelialen Eierstocksgeschwülste, insbesondere die Kystome. Arch. f. Gyn. I. p. 252. 1870.
- Wells, Sp.: Further hospital experience of ovariectomy. med. times and gaz. Sept. 3. 1870.
- Hoening: Mittheilungen aus der gynäkol. Klinik zu Bonn. Berl. klin. Wochenschrift. No. 4. 1870.
- Wells, Sp.: Fourth series of one hundred cases of ovariectomy. med. chir. transact. Bd. 54. 1871.
- Schultze, Bernh. Siehm.: Vier Ovariectomien. Arch. f. Gyn. II. p. 414. 1871.
- Hodder: Lond. obstetr. transact. XII. p. 308. 1871.
- Wells, Sp.: Diseases of the ovaries, their diagnosis und treatment. London. (Перевод. нѣмц. Greuser. 1874.) 1872.
- Peaslee, E. R.: Ovarian tumors, their pathology, diagnosis and treatment. New-York. 1872.
- Slavjansky: Die Entzündung der Eierstöcke. Arch. f. Gyn. III. p. 183. 1872.
- Bailly: Traitement des ovariectomisées; considérations physiologiques sur la castration de la femme. Paris. 1872.
- Keith, Th.: Third series of fifty cases of ovariectomy. The Lancet. Nov. 16. 1872.
- Hennig: Zwei Oophorectomien, ausgeführt in der chirurgischen Klinik zu Leipzig. Asch. f. Gyn. III. p. 287. 1872.
- Credé: Ein glücklicher Fall von Ovariectomie. Arch. f. Gyn. III. p. 315. 1872.
- Zweifel: Ueber Ovariectomie. Diss. Zürich. 1872.
- Martin, E.: Zwei Fälle von Ovariectomie mit glücklichem Ausgang. Beiträge der Berl. Ges. f. Gebh. u. Gyn. I. p. 37. 1872.
- Tait, Lawson: The pathology and treatment of diseases of the ovaries. London. 1873.
- Sims, Marion: Ueber Ovariectomie. по нѣмц. H. Beigel. Erlangen. 1873.
- Klebs, E.: Handbuch d. path. Anat. 4. Lieferung. Berlin. 1873.
- Tirifahy: Du traitement des kystes de l'ovaire. J. de méd. de Bruxelles. 1873.
- Meadows: Remarks on ovarian physiology and pathology. New-York. 1873.
- Péan et Urdy: Hystérotomie. Paris. 1873.
- Wells, Sp.: A fifth series of hundred cases, with remarks on five hundred cases of ovariectomy. med.-chir. transact. Bd. 56. 1873.
- Ruge, P.: Zwei Ovariectomien. Beiträge der Berl. Ges. f. Geburtsh. und. Gyn. II. p. 131. 1873.
- Atlee, W. L.: General and differential diagnosis of ovarian tumors. Philadelphia. 1872.

- Gallez, Louis: Histoire des kystes de l'ovaire. Bruxelles. 1873.
- Puech: Des ovaires, de leurs anomalies. Paris. 1873.
- Logan: Ovariectomy by enucleation: recovery. Amer. J. of med. Sc. Juli. p. 122. 1873.
- Burnham: Ovarian tumor removed by enucleation. Boston med. and surg. J. July 24. 1873.
- Hegar u. Kaltenbach: Die operative Gynäkologie. Erlangen. 1874.
- Urdu, Leop.: Examen . . . de quelques cas difficiles d'ovariectomie et d'hystérotomie. Paris. 1874.
- Leopold: Die soliden Eierstocksgeschwülste. Arch. f. Gyn. VI. p. 189. 1874.
- Richet: Comparaison entre l'hystérotomie et l'ovariectomie. Le Progrès. Jan. 10. 1874.
- Mursick: Ovarian tumor removed by enucleation. Amer. J. of med. Sc. January. p. 119. 1874.
- Duncan, M.: Cursory notes on ovarian pathology. Obst. J. of gr. Britain. III. p. 361. 1875.
- Keith, Th.: Fourth series of fifty cases of ovariectomy. Brit. med. J. June 26. 1875.
- Derselbe: On suppurating ovarian cysts. Edinb. med. J. Febr. 1875.
- Foullis: Contribution to the pathology of the ovary. Edinb. med. J. Sept. 1875.
- Westphalen: Beiträge zur Lehre von der Probenpunction. Arch. f. Gynäk. VIII. p. 72. 1875.
- Grenser: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Eierstocksgeschwülsten neben Fibroiden des Uterus. Arch. f. Gyn. VIII. crp. 344. 1875.
- Ero je: Zwei Ovariectomien nebst Bemerkungen zur Drainage der Bauchhöhle. Arch. f. Gyn. VIII. crp. 513. 1875.
- Spiegelberg: Ein Paar Ovariectomien mit versenkten Stiel und Drainage. Arch. f. Gyn. VIII. crp. 459. 1875.
- Routh: Four cases of ovariectomy. Obst. J. of gr. Brit. III. crp. 579. 1875.
- Böcker, A.: Zur Behandlung der Ovarialcysten und zur Technik der Ovariectomie. Ztschr. v. Martin u. Fasbender. I. crp. 353. 1876.
- Schulze, B. S.: Ueber Ovariectomie. Deutsche med. Wochenschr. 1876.
- Friendländer, E.: Beitrag zur Anatomie der Ovarien. Diss. Strasburg. 1876.
- Wegner: Chirurgische Bemerkungen über die peritonealhöhle. Langenbeck's Arch. f. Chir. XX. crp. 51. 1876.
- Thornton, Knowsley: Notes on the progress in the diagnosis and treatment of ovarian tumors. What remains still to be done? med. times and gaz. crp. 492. 1876.
- Olshausen, R.: Ueber Anwendung der Drainage durch die Bauchhöhle bei der Ovariectomie, nebst Bericht über 25 Operationen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10 u. 11. 1876.
- Hegar, A.: Die Exstirpation grosser Fibromyome des Uterus durch die Laparotomie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. 1876.
- Billroth, Th.: Zur Laparo-Hysterotomie. Wien. med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2. 1876.
- Heine: Erste erfolgreiche Ovariectomie in Prag. Prager med. Wochenschr. Nr. 1. 1876.
- Kohl: Zehn Fälle von Ovariectomie. Diss. Marburg. 1876.
- Hausmann: Ueber die Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts in den weibl. Genitalien. Zurich. Diss. 1876.
- Gusserow: Ueber Cysten des breiten Mutterbandes. Arch. f. Gyn. X. crp. 184. 1876.
- Schatz. Interessantere Fälle aus der gynäk. Klinik zu Rostock. Arch. f. Gyn. X. crp. 356. 1876.
- Winkler: Zwei Ovariectomien mit Versenkung des Stieles und Drainage. Arch. f. Gyn. X. crp. 370. 1876.
- Veit, J.: Ueber einige bemerkenswerthe Ovariectomien (Fälle von Schröder). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. 1876.
- Hildebrandt, H.: Drei Ovariectomien mit versenktem Stiel und Drainage. Arch. f. Gyn. IX. crp. 396. 1876.
- Stahl, Karl: Der anticipirte Klimax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. 1876.
- Thomas, G.: Double ovariectomy performed for the removal of solid ovarian tumors. Amer. J. of med. Sc. Jan. crp. 61. 1876.

- Bockinheimer: Kleiner Beitrag zur Ovariectomie. Frankf. a. M. 1876.
- Battey, R.: Exstirpation of the functionally active ovaries for the remedy of otherwise incurable diseases. Transact. amer. gyn. Soc. I. стр. 101. 1877.
- Bixby, G.: Cases of cystic tumors of the abdomen and pelvis. Transact gyn. amer. Soc. I. стр. 326. 1877.
- Peaslee: A case of solid uterus bipartitus: both ovaries removed for the relief of epileptic seizures ascribed to ovarian irritation. Amer. gyn. oob. transact. I. стр. 340. 1877.
- Kocher: Bericht über eine 3. Serie v. Ovariectomien. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 1. 1877.
- Hegar: A.: Zur Ovariectomie. Volkmann's klinische Vorträge. Nr. 109. 1877.
- Olshausen, R.: Ueber Ovariectomie. Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 111. 1877.
- Is, Sp.: Three hundred additional cases of ovariectomy. med. chir. transact. Febr. 27. 1877.
- Stilling, B.: Erster Fall von Ovariectomie in Einen Act nach meiner Methode. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. 1877.
- Rokitansky, Karl: Wien. med. Presse. Nr. 10. 1877.
- Dannien: Eine Ovariectomie bei Achsendrehung des Stiels. Rostock. Diss. 1877.
- Winkler: Dritte Ovariectomie mit Drainage und Stielversenkung. Arch f. Gyn. XI стр. 362. 1877.
- Werth. Doppelseitig hernia ovarialis inguinalis. Exstirpation der Eierstöcke. Arch. f. Gyn. XII. стр. 132. 1877.

О П Е Ч А Т К И.

Стр.	4	строка	14	сверху	испечтано	читай.
"	6	"	13	"	сторону	строму.
"	12	"	10	"	гематоидна	гематоидна.
"	19	"	14	"	гравовыхъ	Гравовыхъ.
"	21	"	20	"	sinistri	sinistri.
"	51	"	4	"	suppurativa	suppurativa.
"	98	"	7	снизу	анотомически	анатомически.
"	—	"	15	"	соѣдствѣ	соѣдствѣ.
"	99	"	8	сверху	абцесса	абцесса.
"	—	"	2	снизу	перенесли	перенесли.
"	100	"	19	сверху	Эмли	Эгли.
"	104	"	3	снизу	Hewlett	Hewitt.
"	120	"	24	"	Бристонъ	Бракстонъ.
"	170	"	14	сверху	Баувенъ	Буавенъ.
"	171	"	20	снизу	брюшной	брюшной.
"	174	"	7	сверху	возможною	возможно.
"	183	"	1	снизу	кожкахъ	ножкахъ.
"	184	"	9	"	азсказа	разсказа.
"	202	"	24	"	Kerth	Keith.
"	243	"	—	"	тостигъ	достигъ.
"	277	"	6	"	исревязать	перевязать.
"	325	"	9	сверху	леко	легко.
"	330	"	9	сверху	антисептического	асептического.
"	365	"	17	сверху	начная съ 8-ой строки снизу все примѣчаніе петитомъ слѣдуетъ отнести на стр. 331, на 17-ю строчку послѣ слова „надръзовъ“.	примѣчаніе петитомъ
"	367	"	9	снизу	безсомнѣнія	безъ сомнѣнія.
"	383	"	18	сверху	изъ	чрезъ.
					Цундратъ	Кундратъ.