

# ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

МАЙ—ЮНЬ 1891, №№ 5—6.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

## ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Л Е К Ц І И.

профессора К. Ф. Славянскаго.

Читанныя студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ ноябрѣ 1890 года.

(Окончаніе).

*Предсказаніе.* При ретенціонныхъ кистахъ фаллопиевыхъ трубъ нашъ прогнозъ долженъ быть, вообще, крайне сдержаннымъ; теченіе болѣзни длительно, самопроизвольныя излѣченія крайне рѣдки, и возможность различныхъ болѣе опасныхъ случайностей и осложненій представляется часто весьма вѣроятною. Относительно еще лучшее предсказаніе можетъ быть при hydrosalpinx'ѣ, втеченіе котораго нерѣдко наблюдается остановка процесса на извѣстномъ *statu quo*, не вызывающемъ никакихъ болѣе тяжелыхъ припадковъ, и возможность, какъ произвольнаго опорожненія черезъ матку, такъ и произвольнаго разрыва въ полость брюшины, который обыкновенно не угрожаетъ большою опасностью больнымъ. Напротивъ того, теченіе

болѣзни при *pyosalpinx*'ѣ идетъ обыкновенно, если можно такъ выразиться, отъ худшаго къ еще болѣе худшему; больныя мало-по-малу превращаются въ субъектовъ не способныхъ ни къ какой физической работѣ, обреченныхъ проводить всю свою жизнь прикованными къ постели или скитаться изъ одной больницы въ другую. Возможность еще болѣе опасныхъ осложнений для жизни при *pyosalpinx*'ѣ представляется относительно весьма легкой: образованіе обширныхъ абсцессовъ, перфорація въ полость брюшины наблюдается далеко не рѣдко. Исключеніемъ изъ этого общаго правила представляютъ иногда случаи *pyosalpinx*'а, развивающагося послѣ выкидыша или родовъ и имѣющаго обыкновенно острое теченіе: наблюдаемое нерѣдко опорожненіе его черезъ *orificium uterinum tubae* ведетъ иногда къ самопроизвольному излѣченію. Существуютъ несомнѣнно также случаи хроническаго *pyosalpinx*'а, дающіе иногда исходъ въ относительное выздоровленіе, но все-таки связанные съ большимъ рискомъ для жизни больныхъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ, какъ мнѣ пришлось наблюдать самому, произошло опорожненіе ретенціонной кисты *pyosalpinx*'а въ полость брюшины, путемъ разрыва ея стѣнки; развился острый *pelviperitonitis*, быстро инкапсулировавшійся. Больная втеченіе многихъ мѣсяцевъ должна была провести время въ кровати, причемъ воспалительная опухоль въ тазу мало-по-малу начала уменьшаться, и *pyosalpinx* болѣе не возобновился.

Присутствіе *haematosalpinx*'а также дѣлаетъ наше предсказаніе достаточно неблагоприятнымъ въ виду возможности его разрыва и связанныхъ съ нимъ опасныхъ послѣдовательныхъ явленій.

Болѣе лучшимъ можетъ считаться прогнозъ при существованіи болѣе или менѣе свободнаго оттока скопившейся жидкости черезъ маточное отверстіе трубы; такіе *hydro-* или *pyosalpinx profluens* даютъ еще возможность произвольнаго излѣченія; при полныхъ опорожненіяхъ ретенціонной кисты возможно иногда наступленіе *restitutionis ad integrum* или же ея облитераціи, смотря по характеру и интензивности процесса.

При современныхъ методахъ лѣченія, однако, предсказаніе

наше для всѣхъ видовъ ретенціонныхъ кистъ значительно улучшилось, и мы можемъ уже нерѣдко наблюдать полное выздоровленіе больныхъ, считавшихся совершенно неизлѣчимыми до введенія въ нашу терапію laparosalpingoectomiae.

Относительно возможности устраненія безплодія, всегда сопутствующаго заболѣванію трубъ, прогнозъ крайне неблагоприятенъ; какъ рѣдкія, но все-таки возможные исключенія, представляются случаи забеременѣванія послѣ удаленія односторонняго hydro-или pyosalpinx'a. (*Gusserow*, l. c., стр. 191).

*Личеніе.* Какъ мы уже видѣли, заболѣваніе фаллопиевыхъ трубъ обусловливается въ большинствѣ случаевъ той или другой инфекціей, и поэтому профилактика играетъ весьма важную роль при данномъ заболѣваніи. Возможно полное устраненіе инфекціонныхъ началъ при веденіи родовъ, выкидыша и послѣродоваго періода предотвратитъ развитіе уже многихъ случаевъ сальпингитовъ и ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ; то же слѣдуетъ сказать и о точной профилактикѣ зараженій гонорройнымъ ядомъ. Нельзя еще и въ настоящее время проходить молчаніемъ осторожности и тщательности въ выполненіи всѣхъ антисептическихъ мѣропріятій, долженствующихъ быть предпринимаемыми при каждой врачебной манипуляціи во внутреннихъ половыхъ органахъ; благодаря извѣстной легкости отношенія къ нимъ, встрѣчающейся все-таки не особенно рѣдко, не одна женщина получила обостреніе существовавшаго у нея эндометрита и распространеніе его на слизистую оболочку трубъ со всѣми его послѣдствіями. Не говоря уже о внутриматочныхъ манипуляціяхъ, я долженъ еще разъ упомянуть, что и каждая внутривлагалищная, даже введеніе зеркала для изслѣдованія должно сопровождаться примѣненіемъ возможно полной дезинфекціи, не только всего того, что приходитъ въ соприкосновеніе съ больной, но и самого влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. Соблюдая въ полной строгости только что сказанное, мы можемъ быть увѣрены до извѣстной степени, что изслѣдованіе наше не только не занесетъ новыхъ инфекціонныхъ началъ, но и не дастъ повода существующимъ уже въ половомъ каналѣ женщины

микроорганизмамъ начать развиваться съ большею энергіею и при болѣе благоприятныхъ условіяхъ.

Въ большинствѣ случаевъ обыкновенно больныя обращаются къ намъ въ періодъ обостренія периметритическихъ припадковъ, и мы должны, если не имѣется угрожающихъ жизни явленій, направить наше лѣченіе противъ острыхъ воспалительныхъ явленій. Съ теченіемъ времени, съ устраненіемъ этихъ послѣднихъ, контуры опухоли дѣлаются болѣе и болѣе ясными, и діагнозъ нашъ становится болѣе точнымъ.

Наблюдая болѣе продолжительное время больныхъ, обладающихъ ретенціонными кистами фаллопиевыхъ трубъ, вообще, мы, какъ объ этомъ уже изложено выше, весьма скоро убѣждаемся, что случаи такъ называемаго *hydrops tubae profluens sive apertus* представляются далеко не такъ рѣдкими, какъ бы это могло казаться при болѣе поверхностномъ отношеніи къ дѣлу. Мы можемъ наблюдать относительно весьма часто, что фаллопиева труба самопроизвольно, благодаря сокращенію своихъ богатыхъ мышцами стѣнокъ изливаетъ свое содержимое черезъ незаросшій *orificium uterinum tubae*, представляющійся только механически непроходимымъ, вслѣдствіе временной закупорки, или же потому, что труба до входа въ стѣнку матки была перегнута до уничтоженія просвѣта, вслѣдствіе какой либо тоже временной, устранимой причины. Кромѣ того, укажу еще разъ на то, что самопроизвольное опорожненіе ретенціонной кисты фаллопиевой трубы происходитъ иногда вполне, такъ что обусловливаемая ею опухоль исчезаетъ совершенно и не появляется вновь втеченіе весьма продолжительнаго времени, а иногда такимъ путемъ получается полное самопроизвольное излѣченіе. Руководствуясь только что сказаннымъ, мы при назначеніи того или другого лѣченія должны никогда не упускать изъ виду возможности искусственно помочь такому опорожненію; поэтому весьма важно въ каждомъ данномъ случаѣ насколько возможно точно установить, имѣемъ ли мы дѣло съ *hydrops tubae apertus* или *occlusus*, какъ называли эти состоянія авторы недавняго прошлаго (*Kiwisch*, *Virchow* и др.).

Къ сожалѣнію, однако, еще и до настоящаго времени мы не всегда въ каждомъ данномъ случаѣ можемъ съ точностью дифференцировать эти особенности и, благодаря большею частью недостаточному количеству времени наблюденія, не можемъ высказаться, имѣемъ-ли мы передъ собою только механически непроходимый *orificium uterinum tubae*, или же онъ измѣненъ уже анатомически и находится въ состояніи полной атрезіи. Принимая во вниманіе эту трудность и подчасъ невозможность въ распознаваніи, мы, по моему мнѣнію, въ каждомъ сомнительномъ случаѣ должны назначать лѣченіе, способствующее опорожненію содержимаго ретенціонной кисты въ полость матки и только уже послѣ полнаго убѣжденія въ его недѣйствительности переходить къ вопросу объ удаленіи другими путями заболѣвшей трубы. Не разъ уже, благодаря этому, мнѣ приходилось видѣть больныхъ выздоровѣвшими безъ того, чтобы онѣ были подвергнуты операціи удаленія заболѣвшихъ трубъ.

При неправильномъ положеніи матки и обычно связанномъ съ нимъ неправильномъ положеніи трубъ, могутъ получиться мѣстные перегибы послѣднихъ до уничтоженія просвѣта, что особенно легко происходитъ, какъ мы уже видѣли выше, при зародышевой или дѣтской формахъ фаллопиевой трубы. Въ случаяхъ зарощенія *orificii abdominalis tubae* при уже заболѣвшей трубѣ при этомъ легко начинаетъ скопляться продуктъ выдѣленія слизистой оболочки ея, и получается *hydrosalpinx*. Исправляя положеніе матки и именно наблюдаемую при этомъ чаще *retroflexio-versio* и удерживая ее въ относительно нормальномъ положеніи хорошо подобранныхъ внутривлагалищнымъ пессаріемъ, мы можемъ наблюдать, какъ въ подходящихъ случаяхъ опухоль трубы, уменьшаясь мало-по-малу; пропадаетъ совсѣмъ въ весьма короткое время. Въ подобныхъ случаяхъ, для усиленія и достиженія болѣе быстраго и полнаго опорожненія, равно какъ и вообще въ случаяхъ подозрѣваемаго *hydrops tubae apertus* весьма дѣйствительнымъ оказывается назначеніе внутрь препаратовъ спорыньи или *Hydrastis canadensis*. Сказанныя средства, возбуждая сокращеніе мышцъ, способствуютъ болѣе энергической работѣ

стѣнокъ фаллопiевой трубы и, слѣдовательно, выведенію ея со-держимаго наружу. Противупоказаніемъ къ назначенію этихъ средствъ, слѣдуетъ считать присутствіе болевыхъ ощущеній, сопровождающихъ сокращенія фаллопiевыхъ трубъ (*colica tubaria*), такъ какъ эти боли начинаютъ усиливаться и могутъ достигать весьма мучительныхъ степеней (см. стр. 15).

Съ цѣлю способствовать опорожненію растянутой трубы иногда съ большою пользою можетъ быть назначаемо массажъ, производимый наружно-внутренними приемами; очевидно, что примѣненіе его можетъ быть довѣряемо только опытной рукѣ гинеколога. Постепеннымъ, методическимъ примѣненіемъ массажа наружно-внутренними приемами достигается мало-по-малу большая подвижность ретенціонной кисты трубы, устраняются нѣкоторыя сращенія ея съ окружающими частями, равно какъ и зависѣвшія отъ нихъ неправильныя положенія, вызвавшія въ свою очередь мѣстныя перегибы трубы и давшія такимъ образомъ поводъ къ развитію скопленія ея содержимаго. Избѣгая всякаго насилія, только легкимъ сдавливаніемъ растянутой трубы между обѣими руками при наружно-внутреннемъ приемѣ гинекологическаго массажа удастся, съ устраненіемъ препятствія къ оттоку скопившейся жидкости, вызывать постепенное опорожненіе ея, обусловливаемое, какъ непосредственно механически—давленіемъ, такъ и динамически—возбужденіемъ сокращеній мышечныхъ стѣнокъ трубы.

Предполагая суженіе *orificiі uterini tubae*, происходящее или вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки, или закупорки его сгустившимся выдѣленіемъ ея, является потребность расширить это отверстіе искусственно. Проведеніе зонда черезъ это отверстіе—зондированіе трубъ, какъ мы уже говорили, до сихъ поръ должно считаться неосуществимымъ желаніемъ; поэтому волей неволей приходится пользоваться расширеніемъ его, появляющимся вмѣстѣ съ искусственнымъ расширеніемъ полости матки. Съ этою цѣлю *Doleris*'омъ (см. стр. 160) разработанъ и описанъ методъ, предложенный впервые *Walton*'омъ и *Gotschalk*'омъ, состоящій въ методическомъ

расширеніи разбухающими веществами полости матки. Примѣняя строгую дезинфекцію, какъ полового канала больной, такъ и всего того, что проходитъ съ нимъ въ соприкосновеніе, вводятся при помощи ложкообразныхъ зеркалъ въ полость матки разбухающія вещества—прессованныя губки, палочки ламинарии или *tupelo*, обработанныя въ эфирномъ растворѣ іодоформа или подвергшіяся стерилизаціи при извѣстной высотѣ температуры въ термостатѣ. Сначала вводятся палочки болѣе тонкія, и затѣмъ съ теченіемъ времени толщина ихъ увеличивается, пока наконецъ матка не будетъ растянута до весьма значительныхъ размѣровъ. Переменяя губки или палочки, нерѣдко приходится наблюдать истеченіе большого или меньшаго количества катарральной жидкости изъ ретенціонной кисты трубы; что эта жидкость имѣетъ источникомъ дѣйствительно скопленіе въ трубѣ, доказывается легко тѣмъ, что объемъ опухоли, образуемой растянутою трубою, мало-по-малу уменьшается. Мнѣ приходилось нерѣдко самому убѣждаться въ точности факта исчезанія ретенціонныхъ кистъ трубъ втеченіе и вслѣдъ за искусственнымъ методическимъ расширеніемъ полости матки, такъ какъ въ нашей клиникѣ, по моему предложенію, производится рядъ провѣрокъ метода *Doleris's* докторомъ *Заболотскимъ*, и больныя, пользовавшія имъ, время отъ времени спеціально демонстрировались мнѣ для констатированія тѣхъ или другихъ измѣненій, замѣчавшихся въ теченіи болѣзни. Несомнѣнно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ даннаго метода лѣченія получалось не только облегченіе состоянія больныхъ, но и полное излѣченіе.

Какъ примѣненіе гинекологическаго массажа, такъ и искусственнаго расширенія полости матки съ цѣлію излѣченія ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ возбуждаетъ обыкновенно опасеніе относительно возможности разрыва заросшаго или быть можетъ только склеившагося брюшиннаго отверстія растянутой трубы и изліянія скопившейся жидкости въ полость брюшины съ болѣе или менѣе серьезными послѣдствіями для здоровья и даже жизни больной. Приступая къ наблюденію и провѣркѣ

метода *Doleris* а въ нашей клиникѣ, мы были всегда въ полной готовности приступить тотчасъ же къ чревосѣченію, какъ только появятся какія-либо угрожающія явленія со стороны больной во время методическаго расширенія полости матки при ретенціонныхъ кистахъ фаллопиевыхъ трубъ. Во всѣхъ, въ настоящее время уже болѣе двадцати, случаяхъ, проведенныхъ докторомъ *Заболотскимъ*, намъ ни разу не пришлось прибѣгать къ болѣе героическимъ пособіямъ: лапаротомія ни разу не могла считаться показанной. Появляющіяся иногда болевья ощущенія большей интенсивности въ нижней части живота уступали скоро обычнымъ средствамъ и ни разу не пришлось видѣть болѣе угрожающихъ припадковъ. Изъ этого, какъ мнѣ кажется, явствуетъ, что высказываемыя опасенія не такъ страшны, какъ они кажутся на первый взглядъ при только теоретическомъ ихъ обсужденіи. Кроме того, случаи доктора *Заболотскаго* убѣждаютъ меня въ томъ, что непроходимое брюшное отверстіе трубъ разрывается не такъ легко, а если и происходитъ, быть можетъ, въ подходящихъ, исключительныхъ случаяхъ опорожненіе скопившейся жидкости въ трубѣ въ полость брюшины, то оно не такъ легко и часто вызываетъ воспалительныя явленія, обуславливающія грозныя припадки со стороны общаго состоянія больной. Что касается до примѣнимости и распространенія метода *Doleris*'а, то я думаю, что, благодаря своей довольно значительной сложности и утомительности, какъ для больной, такъ и для лѣчащаго врача, онъ едва ли когда будетъ принадлежать къ числу болѣе распространенныхъ и любимыхъ способовъ лѣченія, хотя польза его въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ уже сказано, несомнѣнна.

Совершенно иначе представляется намъ вопросъ о лѣченіи ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ, когда мы имѣемъ передъ собою полную органическую непроходимость *ostium uterini*, и *hydrops tubae* представляется кистовидною опухолью, не обладающей произвольными колебаніями своего объема—*hydrops tubae occlusus*. Въ подобныхъ случаяхъ уже никакъ нельзя рассчитывать на полное *restitutio ad integrum*, и съ анато-



мической точки зрѣнія ничто не препятствуетъ удаленію такимъ образомъ измѣненной трубы въ случаяхъ, когда припадки, вызываемые заболѣваніемъ, требуютъ нашей неотложной помощи. Для полученія полного излѣченія, кромѣ операціи удаленія заболѣвшей трубы путемъ чревосѣченія (laparosalpingoectomy), можетъ быть примѣняемо вскрытіе ретенціонной кисты путемъ разрѣза съ послѣдовательнымъ дренажемъ при помощи чревосѣченія (laparosalpingotomy), или же черезъ влагалище (colposalpingotomy); удаление жидкости помощью пункции троакаромъ давало также въ нѣкоторыхъ случаяхъ стойкое выздоровленіе.

Проколъ троакаромъ или аспираторомъ, производившійся для опорожненія и излѣченія ретенціонныхъ, кистъ долженъ считаться въ настоящее время почти совершенно оставленнымъ; въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ онъ можетъ быть еще допускаемъ съ діагностическою цѣлью въ формѣ пробаторной пункции. Подобно пункции другихъ кистъ брюшной полости, она только рѣдко излѣчиваетъ заболѣваніе; накопленіе жидкости наблюдается вновь, такъ что уже извѣстны случаи, въ которыхъ послѣ нѣсколькихъ проколовъ все-таки приходилось удалять всю опухоль; операція же удаленія всей опухоли послѣ предшествовавшихъ пункций представляется всегда болѣе затруднительною вслѣдствіе развивающихся стойкихъ сращеній на мѣстахъ проколовъ; кромѣ того сама манипуляція проведенія троакара, какъ производящаяся безъ строгаго контроля зрѣнія и осязанія, можетъ иногда осложняться уже совершенно не желательными пораненіями кишечныхъ петель или мочевого пузыря. Принимая во вниманіе только что сказанное, пункция, какъ методъ лѣченія, можетъ имѣть мѣсто только въ случаяхъ невозможности, по той или другой причинѣ, производства чревосѣченія, такъ какъ ею мы достигаемъ навѣрное извѣстнаго, хотя и временнаго облегченія припадковъ, и только въ рѣдкихъ подходящихъ случаяхъ (hydrosalpinx), быть можетъ, полного излѣченія.

Самымъ радикальнымъ и надежнымъ методомъ хирургиче-

скаго лѣченія ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ безспорно представляется удаленіе ихъ путемъ чревосѣченія (laparosalpingoectomy). Производство этой операціи было извѣстно уже давно, и, какъ указываютъ литературныя данныя, она была произведена въ первый разъ въ Сарептѣ—Астраханской губерніи въ 1784 году *К. А. Зейделемъ* («*Observatio et historia medica de tumore tubae Fallopianae dextrae feliciter percurato quam gratiosae facultatis medicae Vitebergensis examini pro summis in arte medica honoribus obtinendis ea, qua decet pietate et observatio subiecit Carolus Augustus Seydel Radebergensis misnicus apud Sareptae in regno astracano incolas medicinae practicus a Collegio medicorum Petropolitano examinatus approbatusque*». См. *О. А. Шлезингеръ*, «*Журн. акуш. и женск. бол.*», 1887, стр. 203); заслуга превращенія ея въ одну изъ повседневныхъ операцій принадлежитъ *Lawson Tait'у*, оперировавшему въ первый разъ въ 1872 году («*Centr. f. Gynäk.*», 1887, № 2, стр. 29), и *Hegar'у*, начавшему производить ее съ 1876 года (*Hegar* и *Kaltenbach*. Die Operative Gyn., 1886, стр. 416). Операціи удаленія опухолей фаллопиевыхъ трубъ, произведенныя *Storer'омъ* (1870) и *Reynolds'омъ* (1871) принадлежатъ къ операціямъ случайнымъ (*Шлезингеръ*, «*Леченіе болѣзней Фаллопиевыхъ трубъ чревосѣченіемъ*», Дисс. изъ нашей клиники, 1887).

Показанія къ производству laparosalpingoectomiae не могутъ еще въ настоящее время считаться вполне законченно-разработанными. На первомъ планѣ стоитъ тяжесть припадковъ, вызываемыхъ заболѣваніемъ, при чемъ они весьма часто обратно пропорціональны величинѣ опухоли. Сильныя боли, интенсивность периметритическихъ пораженій, длительное теченіе болѣзни и полная неспособность больныхъ производить какую-либо физическую работу, не смотря ни на какія примѣняемыя системы лѣченія, служатъ показаніемъ къ удаленію заболѣвшей трубы путемъ чревосѣченія. При существующемъ уже діагнозѣ хроническихъ гнойныхъ скопленій въ трубѣ (pyosalpinx chronica), операція должна считаться на-

стоятельно показанной, не смотря даже наизвѣстную опасность ея вслѣдствіе возможности поступления гноя въ брюшину sub operatione; чѣмъ раньше въ этихъ случаяхъ мы рѣшимся на laparosalingoectomiam, тѣмъ легче сама операція и тѣмъ лучше прогнозъ ея; ждать же проблематическаго выздоровленія путемъ сгущенія гноя и превращенія его въ творогообразную массу значитъ подвергать больныхъ риску возможнаго разрыва гнойнаго скопища и оставлять ихъ съ болѣзною, теченіе которой, какъ мы уже видѣли, идетъ почти безъ исключенія отъ худшаго къ еще болѣе худшему. Точно также діагнозъ первичнаго salpingitidis tuberculosae или pyosalpinx'a, развившагося на туберкулезной почвѣ, обусловливаютъ вполне опредѣленно показаніе къ операціи. Операція должна считаться неизбѣжно показанной въ случаяхъ внезапныхъ осложненій, грозящихъ жизни больной, при разрывахъ ретенціонныхъ кистъ, обусловливающихъ развитіе общаго перитонита или сильнаго внутренняго кровотеченія; явленія ущемленія, вызываемыя иногда опухолью, фиксированною въ полости малаго таза, относятся къ этой-же категоріи. Laparosalingoectomia при haematosalpinx'ѣ, сопровождающемъ нѣкоторые виды гинатризіи, какъ мы уже видѣли. (*Славянскій*. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, Т. I, стр. 13), представляется однимъ изъ самыхъ раціональныхъ методовъ лѣченія.

Въ предыдущей лекціи я уже указалъ на тѣ случаи воспаленія фаллопиевыхъ трубъ, при которыхъ чревосѣченіе, съ цѣлью удаленія заболѣвшаго органа, должно считаться показаннымъ (см. стр. 23).

Мы считаемъ операцію не показанной при полномъ отсутствіи симптомовъ при hydrosalpinx'ахъ, не представляющихъ постепеннаго увеличенія своего объема, а остающихся in statu quo, а равно при всякаго рода условіяхъ, противупоказующихъ вообще производство лапаротоміи.

При иногда существующихъ затрудненіяхъ въ діагнозѣ, а подчасъ и полной невозможности его, болѣзни трубъ чаще, чѣмъ заболѣванія другихъ органовъ, обусловливали до сихъ

поръ показанія къ производству пробнаго разрѣза (*Laparotomia explorativa*). Въ большей же части случаевъ послѣдній переходилъ въ полное удаленіе заболѣвшихъ органовъ или оканчивался проведеніемъ дренажа въ полость ретенціонной кисты трубы.

Обстановка операціи *laparosalpingoectomiae* и приготовленіе къ ней больной тѣ же, что и при всякомъ чревосѣченіи, вообще.

Производство *laparosalpingoectomiae* при ретенціонныхъ кистахъ трубы, представляющихся большей величины, въ общихъ чертахъ совершенно подобно производству овариотоміи, при опухоляхъ же незначительной величины—кастраціи. Главною задачею является, конечно, удаленіе всего заболѣваго—вся ретенціонная киста должна быть вырѣзана. Чаше, однако, чѣмъ при овариотоміи или кастраціи, приходится встрѣчаться, особенно при *pyosalpinx*'ахъ, съ обширными, иногда непреодолимыми сращеніями. Съ момента отдѣленія сращенія начинаются спеціальныя затрудненія, свойственныя производству *laparosalpingoectomiae*. Раздѣленіе сращеній производится по общимъ правиламъ, и иногда они настолько представляются плотными, что приходится ихъ перерѣзать ножницами, при чемъ, чтобы сдѣлать ихъ болѣе доступными, весьма цѣлесообразнымъ оказывается поручить приподымать опухоль изъ полости малаго таза ассистенту двумя пальцами со стороны полости влагалища или оперировать при поднятомъ тазѣ. Для выведенія опухоли изъ полости малаго таза весьма удобнымъ оказывается подведеніе всей кисты руки подъ нее; этимъ, а равно и устраненіемъ захватыванія ея для извлеченія щипцами, мы часто въ состояніи устранить столь нежелательный разрывъ ея *sub operatione* и выходеніе ея содержимаго въ полость брюшины. Не смотря, однако, на всѣ наши старанія и осторожность при отдѣленіи сращеній, разрывъ кисты трубы можетъ всетаки произойти и содержимое ея попадаетъ непосредственно въ брюшную полость. Опасность такого загрязненія брюшины далеко не столь велика, какъ это казалось прежде, появленіе септическихъ воспаленій принадлежитъ далеко не къ явленіямъ постояннымъ. Выхо-

жденіе въ брюшину значительнаго количества зловоннаго гноя уже много разъ убѣждало насъ, что рѣзкій вонючій запахъ его совершенно не пропорціоналенъ опасности развитія инфекціоннаго перитонита; нѣсколько болѣе тщательный туалетъ брюшины — и выздоровленіе идетъ гладко, безъ лихорадки; появленіе же лихорадки въ нѣкоторыхъ случаяхъ безъ воспалительныхъ явленій вполнѣ удовлетворительно можетъ быть объяснено поступленіемъ въ организмъ птомаиновъ изъ вонючаго застоявашагося гноя. Напротивъ того, случаи проникновенія въ полость брюшины болѣе свѣжаго гноя, не утратившаго еще своихъ специфическихъ септическихъ или гонорройныхъ свойствъ, иногда при имѣющихся еще на лицо извѣстныхъ формахъ микроорганизмовъ, представляющихся нерѣдко весьма опасными, интенсивность послѣдовательныхъ инфекціонныхъ воспаленій можетъ быть настолько значительна, что развивающійся *peritonitis universalis* убиваетъ больныхъ въ первые дни послѣ операціи. Существованіе подобныхъ случаевъ и возможность ихъ развитія заставляеть насъ, насколько возможно, избѣгать проникновенія гноя въ полость брюшины *sub operatione* и, буде таковое случится, предпринимать возможно болѣе тщательный туалетъ брюшины.

Существованіе болѣе стойкихъ и иногда сосудистыхъ сращеній заставляеть насъ также предпочитать производство операціи, не стѣсняясь величиною брюшнаго разрѣза. Разрѣзъ большей величины и, въ случаѣ необходимости, даже выведеніе кишечныхъ петель наружу со всѣми къ тому необходимыми предосторожностями не ухудшаетъ прогноза операціи, но за то дѣлаетъ болѣе доступными глазу сращенія, и мы не рискуемъ терять больную отъ послѣдовательнаго кровотеченія, какъ это случалось уже у операторовъ, принципиально производящихъ во всѣхъ случаяхъ маленькій, пропускающій только два пальца разрѣзъ брюшной стѣнки. Мы считаемъ производство маленькаго разрѣза вполнѣ умѣстнымъ въ случаяхъ болѣе легкихъ, безъ сращеній, или же, если таковыя и имѣются, но они рыхлы, удобообразываемы и некровоточивы.

По устраненіи всѣхъ сращеній, опухоль подведенною подъ нее рукою выводится черезъ брюшную рану уже относительно довольно легко. Ножка, представляющаяся состоящею изъ внутренняго конца трубы и широкой маточной связки, весьма удобно перевязывается шелковою лигатурою въ два пучка. Тупая аневризматическая игла, проведенная черезъ середину широкой маточной связки, служитъ хорошимъ проводникомъ для двойной лигатуры (іодоформированный шелкъ), наружная петля ея захватываетъ *lig infundibulo-pelvicum*, а внутренняя—*partem uterinam tubae*. Затѣмъ, отступя кверху на 1,0—2,0 см. отъ туго стянутыхъ лигатуръ, ножка перерѣзается, и ретенціонная киста трубы представляется совершенно цѣликомъ удаленною. Перерѣзку части ножки, заключающей въ себѣ трубу, слѣдуетъ производить болѣе осторожно, чтобы изъ получающагося отверстія не было истеченія гноя въ брюшину; это легко достигается двойною перевязкою ея и разрѣзомъ между обоими перевязанными мѣстами; для достиженія этой же цѣли весьма цѣлесообразно производить разрѣзъ раскаленнымъ ножомъ аппарата *Paquelin*'а; за отсутствіемъ же этого послѣдняго, при разрѣзѣ простымъ скальпелемъ, остающаяся часть слизистой оболочки канала трубы надъ лигатурою должна быть вырѣзана и остающаяся культя хорошо обеззаражена іодоформомъ.

Удаляя ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ или же трубы, пораженныя тою или другою формою сальпингита, является вопросъ, слѣдуетъ ли при этомъ удалять и яичники? При производствѣ *laparosalpingotomiae* только на одной сторонѣ, яичники, если они представляются не заболѣвшими, конечно должны быть оставлены *in situ*, такъ какъ при остающейся хотя и одной только фаллопиевой трубѣ забеременѣваніе возможно, и черезъ извѣстный промежутокъ времени послѣ операціи больныя, забеременѣвая, донашиваютъ и рожаютъ въ срокъ. Нѣсколько иначе представляется уже вопросъ при *laparosalpingoectomy duplex*, когда о забеременѣваніи не можетъ быть и рѣчи; и въ этомъ случаѣ, по нашему мнѣнію, здоровые яичники не

должны быть удаляемы. Въ настоящее время, когда увлеченіе кастраціею значительно уже улеглось, когда мы имѣемъ много случаевъ, указывающихъ, на сколько можетъ оказаться тяжелымъ для женщины наступленіе преждевременнаго климактерическаго состоянія, мы должны въ данномъ направленіи быть насколько возможно болѣе консервативными и при laparosalpingoectomy производить кастрацію—удаленіе обонхъ яичниковъ—только когда она строго показана присутствіемъ того или другаго заболѣванія самихъ яичниковъ. Исключеніемъ изъ этого правила представляются лишь тѣ случаи, въ которыхъ, благодаря стойкимъ сращеніемъ яичниковъ съ ретенціонными опухолями трубы, отдѣленіе ихъ будетъ крайне затруднительно или совершенно невозможно.

При совмѣстномъ удаленіи яичниковъ обыкновенно удается, при наложеніи лигатуръ на ножку, захватить въ нихъ также и lig. ovarii и hylus ovarii и такимъ образомъ заодно съ трубою удалить и яичникъ. Удаливъ все, что было въ данномъ случаѣ необходимо, и осмотрѣвъ еще разъ культю ножки, нѣтъ ли гдѣ кровотеченія, лигатуры обрѣзаются коротко, и ножка опускается свободно въ полость брюшины. Брюшная рана зашивается глубокими, захватывающими брюшину и поверхностными швами изъ іодоформированнаго шелку, и больная перевязывается, какъ послѣ чревосѣченія, вообще. Уходъ въ послѣоперационномъ теченіи также существенно не отличается ничѣмъ отъ такого-же послѣ каждой лапаротоміи.

Какъ мы уже сказали, при существованіи обширныхъ плотныхъ сращеній и при легкой разрываемости подчасъ очень тонкихъ стѣнокъ ретенціонной кисты, приходится, volens-nolens, производить удаленіе ея по частямъ, при чемъ нѣкоторые участки оторвавшихся стѣнокъ остаются приращенными: получается обширная клочковатая рана въ брюшнѣй полости малого таза, представляющая извѣстныя нежелательныя особенности въ своемъ дальнѣйшемъ теченіи и ухудшающая прогнозъ выздоровленія отъ операціи. Для болѣе успѣшнаго заживленія ея въ предупрежденіе застоя продуктовъ ея выдѣленія обыкно-

венно примѣняется дренажъ, выводимый или черезъ нижній уголъ брюшной раны, или черезъ влагалище, или, чтобы имѣть противоотверстіе, въ оба направленія сразу. Во избѣжаніе ухудшенія прогноза операціи, оказывающагося все-таки неблагоприятнымъ и при примѣненіи дренажа брюшной полости, мы предпочитаемъ въ случаяхъ невозможности полнаго вырѣзыванія опухоли не удалять ее по частямъ, а ограничиваться только опорожненіемъ ея и послѣдовательнымъ дренированіемъ ея полости.

Опорожненіе ретенціонной кисты фаллопиевой трубы съ послѣдовательнымъ запустѣніемъ ея производится лучше и успѣшнѣе всего также путемъ чревосѣченія (laparosalingotomia). По вскрытіи брюшной полости по обычнымъ правиламъ чревосѣченія, мы точно знакомимся съ положеніемъ опухоли, ея характеромъ и свойствомъ существующихъ сращеній. Если мы находимъ, что опухоль не можетъ быть вполне удалена по причинѣ ея плотныхъ сращеній съ петлями кишекъ, могущихъ быть при этомъ пораненными, или что сращенія въ глубинѣ таза такъ плотны что придется извлекать опухоль по частямъ, при чемъ непременно произойдетъ изліяніе ея содержимаго въ брюшину, то мы предпочитаемъ не форсировать дальше, а ограничиться только опорожненіемъ ея содержимаго. Для этого, приподнявъ на сколько возможно опухоль пальцами ассистента, введенными во влагалище, и обложивъ ее губками для воспрепятствованія проникновенія ея содержимаго въ брюшину, мы вскрываемъ её разрѣзомъ, или же помощью троакара выпускаемъ заключающуюся въ ней жидкость. Затѣмъ опухоль въ спавшемся состояніи уже легко захватывается тѣми или другими щипцами, разрѣзъ въ ней увеличивается, или даже, если окажется излишекъ ея стѣнокъ, то отрѣзается извѣстная часть ея и полученные такимъ образомъ края болѣе значительной величины отверстія пришиваются къ краямъ нижней части брюшной раны; въ оставшуюся полость ретенціонной кисты вводится черезъ это отверстіе значительныхъ размѣровъ дренажная трубка, а верхняя часть брюшной раны зашивается уже по общимъ правиламъ. Перевязка изъ іодоформированной



марли. Первые дни послѣ операціи выдѣленія изъ дренажной трубки болѣе значительны и затѣмъ мало-по-малу уменьшаются; приблизительно черезъ недѣлю трубка замѣняется болѣе тонкой и къ концу третьей недѣли можетъ быть совершенно удалена. Въ результатѣ получается полное запусѣніе существовавшей полости (см. случаи, описанные изъ нашей клиники *Н. Н. Феноменовымъ*, «Врачъ», 1885, № 49, *О. А. Шлезингеромъ*, I. с., и *Е. Е. Маковецкимъ*, I. с., Предложеніе, вышедшее изъ клиники *Hegar'a* (*Wiedow*, «*Centr. f. Gyn.*», 1885, стр. 147),—оперировать ретенціонныя кисты фаллопіевой трубы въ два раза (*a deux temps*)—не можетъ еще считаться имѣющимъ свои строгія показанія. Разрѣзъ брюшной стѣнки производится на 2 пальца выше и параллельно *lig. Poupartii* той стороны, на которой находится опухоль, вскрывается брюшина и, если опухоль не представляется сращенною съ нею, то рана тампонируется вплоть до опухоли кускомъ іодоформированной или сулемованной марли; затѣмъ черезъ нѣсколько дней, когда можно уже предположить существованіе склеекъ между брюшиною опухоли и *peritoneum parietale*, производится разрѣзъ стѣнки опухоли, и она опорожняется отъ своего содержимаго. Не смотря на повторное предложеніе этого способа изъ клиники *Kaltenbach'a* («*Verhandl. des II Congresses der deutsch. Ges. für Geb. u. Gyn. 1888. in Halle*»), какъ мы сказали, показанія къ нему и его выгоды остаются далеко не выясненными. Мы съ своей стороны не находили еще ни разу необходимости не производить операціи сразу, а дѣлить ее на два сеанса.

Вскрытіе и опорожненіе ретенціонныхъ кистъ трубы черезъ влагалище (*colposalpingotomia*), быть можетъ легче производится въ особыхъ, исключительныхъ случаяхъ, въ которыхъ ретенціонная киста фаллопіевой трубы, помѣщаясь въ дугласовомъ пространствѣ, особенно рѣзко выпячиваетъ задній сводъ въ полость влагалища. Операцію эту мы считаемъ также менѣе цѣлесообразною, чѣмъ производство *laparosalpingotomiae*, и вотъ почему: приступая къ операціи, мы имѣемъ всегда въ виду уда-

лить все заболѣвшее и, только встрѣчая извѣстныя и иногда непреодолимые препятствія, мы останавливаемся на опорожненіи содержимаго ретенціонной кисты и вызываемъ ея послѣдовательное запусѣніе, а такъ какъ только чревосѣченіе можетъ дать намъ въ этомъ направленіи положительный и ясный отвѣтъ, то, производя сразу colposalpingotomi'ю, мы предрѣшаемъ невозможность производства полного удаленія опухоли, не имѣя на это достаточно точныхъ данныхъ.

При существованіи серозныхъ скопленій въ фаллопиевой трубѣ (*hydrosalpinx* при *hydrops tubae apertus*) *Schroeder*'омъ была предложена и произведена (*Hofmeier*, «*Gynäk. Operationen*», 1888, стр. 269) резекція куска стѣнки трубы, при чемъ образовалось свободное отверстіе въ полость брюшины; по краямъ этого отверстія слизистая оболочка трубы была пришта къ брюшинѣ, покрывающей эту послѣднюю. Такое искусственное произведеніе новаго *ostium abdominale* при существующей проходимости маточнаго отверстія могло бы не только устранить явленія задержки жидкости въ трубѣ, но и восстановить ея нормальную проходимость и, слѣдовательно, дать возможность проникновенію яйца изъ яичника въ матку. Мнѣ самому приходилось уже нѣсколько разъ производить операцію по этому плану, но до сихъ поръ получались отрицательные результаты: вновь образованное отверстіе снова дѣлалось непроходимымъ вслѣдствіе развитія ложныхъ перепонокъ, и *hydrosalpinx* возвращался. Точно также и послѣ попытокъ *Martin*'а (*Ueber partielle Ovarien—und Tubenexstirpation. Volkmann's Samml. Klin. Vortrage*, 343) хорошихъ результатовъ, что касается до возможности забеременѣванія, также не наблюдалось.

Результаты лѣченія, получаемые путемъ примѣненія *laparosalpingoëctomiae*, можно уже въ настоящее время считать вполне удовлетворительными. *Шлезингеръ* (l. c.), собравшій всѣ извѣстные случаи въ литературѣ до 1887 года, выводитъ процентъ смертности послѣ операціи равнымъ 8,76%. *Hofmeier* (l. c.), ограничиваясь преимущественно нѣмецкими авторами, даетъ 13,7% смертности. Обѣ цифры представляются

гораздо большими тѣхъ, до которыхъ достигли въ настоящее время. Операція, приобретающая все болѣе и болѣе права гражданства, стала производиться чаще и въ болѣе ранніе періоды заболѣванія, когда опасность ея минимальна и почти всецѣло можетъ быть относима къ непредвидѣннымъ случайностямъ. То же мы должны сказать и о полномъ выздоровленіи, наступающемъ послѣ благополучно-перенесенной операціи. Въ преобладающемъ числѣ случаевъ оно бываетъ полное и при томъ наступающее непосредственно послѣ операціи, въ меньшинствѣ развиваются различнаго рода воспалительные процессы въ брюшинѣ малаго таза или околоматочной клѣтчатки, затягивающіе еще иногда надолго выздоровленіе больной. Эти послѣдніе случаи относятся обыкновенно къ операціямъ, предпринимаемымъ уже поздно, когда существуютъ обширныя плотныя сращения; бѣлая травма самой операціи и частые разрывы кисты *sub operatione* представляются уже настолько важными моментами, что разрушенія, производимыя ею, и извѣстная степень зараженія излившеюся жидкостью въ тазовой клѣтчаткѣ вызываютъ осложненія, иногда еще долго дающія себя чувствовать.

### VIII.

## О ПРОНИКАЮЩИХЪ РАЗРЫВАХЪ СВОДОВЪ ВЛАГАЛИЩА У РОЖЕНИЦЪ.

Д-ра Д. С. Щеткина (Рязань).

Полный отрывъ влагалища или одного изъ сводовъ его отъ матки съ выходомъ плоднаго яйца въ полость брюшины принадлежитъ къ числу рѣдкихъ осложненій родового акта; по крайней мѣрѣ, тѣ скудныя свѣдѣнія, которыя добыты мною изъ литературы, подтверждаютъ это, хотя, конечно, въ настоящее время съ точностью опредѣлить, насколько часто встрѣчается