ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ПЯТЫЙ.
ОКТЯБРЬ 1891, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XX.

УСПѢХИ ОПЕРАТИВНАГО ЛѢЧЕНІЯ МЕРЦАТЕЛЬНО-СОСОЧКОВЫХЪ КИСТОМЪ ЯИЧНИКА.

Приватъ-доцента Императорскаго Московскаго Университета.

А. Н. Соловьева.

(Читано въ годичномъ засѣданіи Московскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 25-го сентября 1891 г.).

Въ настоящемъ докладѣ я позволяю себѣ обратить вниманіе Общества на одинъ случай оперативнаго лѣченія сосочковой кистомы яичника, а затѣмъ, представивши литературныя данныя относительно этихъ опухолей, сдѣлать и нѣкоторые выводы изъ нихъ.

А. М. Б. 22 лѣтъ, жена причетника, поступила въ Павловскую больницу 8-го марта 1891 г. Прислана она была ко мнѣ докторомъ *А. Н. Халютинымъ*.

Первая менструація у больной появилась 15 лѣтъ; регулы установились сразу въ трехъ недѣльные промежутки и продолжались по 4 дня. Замужъ вышла 20 лѣтъ (1 г. 8 м. тому назадъ). Беременности не было.

Съ мая прошлаго года, т. е. десять мѣсяцевъ тому назадъ, г-жа Б. замѣтила впервые опухоль внизу живота, величиною въ кулакъ; съ тѣхъ поръ опухоль постепенно увеличивалась, а за послѣдній мѣсяцъ очень быстро. Рядомъ съ этимъ въ области опухоли появились боли, затрудняющія хожденіе.

По временамъ больная чувствуетъ тяжесть и боли подъ ложечкой. Моча идетъ свободно. Регулы правильны.

Больная исхудала, небольшаго роста; видимая слизистая оболочка, такъ же какъ и покровы тѣла блѣдны. Животъ значительно выдается впередъ; при постукиваніи въ нижней его половинѣ до пупка замѣчается притупленіе топа надъ опухолью, идущею изъ таза и лежащею по срединѣ; опухоль эта при ощупываніи занимаетъ большую часть вышеуказанной нижней половины живота. За исключеніемъ сказанной области постукиваніе остальной части послѣдняго даетъ при всѣхъ положеніяхъ тимпаническій тонъ. При ощупываніи верхняя граница опухоли лежитъ на три пальца выше пупка; консистенція опухоли неравномѣрно упругая, мѣстами почти плотная; поверхность гладкая; подвижность крайне ограничена. При давленіи на опухоль больная чувствуетъ боль. Мѣстами едва замѣтная флюктуація. Окружность живота въ наиболѣе выдающемся мѣстѣ (на 2 пальца ниже пупка) равняется 79 стм. Дно матки прощупать не удается.

При соединенномъ изслѣдованіи можно было констатировать слѣдующее: матка въ сильной ретропозиціи; нижній, гладкій отрѣзокъ опухоли опустился глубоко въ передній сводъ и соприкасается съ лоннымъ соединеніемъ; здѣсь опухоль совершенно неподвижна; и этимъ способомъ изслѣдованія не удалось найти дна и тѣла матки; шейка послѣдней какъ бы переходитъ въ самую опухоль. Влагалищная часть невелика; попытки къ изслѣдованію зондомъ были тщетны вслѣдствіе съуженія канала шейки.

При изслѣдованіи груди хриповъ нигдѣ не замѣчено, хотя сухой кашель безпокоитъ больную. Сердце нормально, пульсъ около 80-ти, слабаго наполненія. Температура нормальна; въ мочѣ ничего особеннаго не найдено.

Діагностицировавши *кистому яичника, прирощенную* къ тазовымъ стѣнкамъ и къ маткѣ, мы приступили къ лапаротоміи 13-го марта.

Послѣ разрѣза живота по linea alba и удлиненіи его во время операціи на три пальца выше и слѣва пупка, вытекло небольшое количество асцитической жидкости. Брюшина представлялась утолщенною и покрытою около опухоли сосочковыми разращеніями; тоже нужно сказать и о поверхности самой опухоли. При введеніи руки въ полость живота оказалось, что опухоль приросла къ брюшной стѣнкѣ и сращена съ свободнымъ краемъ сальника; въ это же время, т. е. при введеніи руки въ полость брюшины, вмѣстѣ съ водянистою жидкостью съ красноватымъ оттѣнкомъ, замѣчены были выходящіе розоваго цвѣта кусочки ткани, оказавшіеся отдѣлившимися сосочками, которыми усѣяна какъ верхняя, такъ и задняя поверхности опухоли.

Въ основаніи своемъ опухоль крѣпко срослась съ дномъ и тѣломъ матки и сидѣла на послѣдней въ видѣ гриба. Нижній отдѣлъ опухоли выдается впередъ на подобіе купола и лежитъ на лонномъ соединеніи.

Сращенія между опухолью и переднею брюшною стѣнкою разрушены, а сальникъ отдѣленъ послѣ предварительной перевязки перемычекъ между послѣднимъ и опухолью. Послѣ этого пришлось перевязать нѣсколько наиболѣе кровоточившихъ сосудовъ на внутренней поверхности передней брюшной стѣнки.

Когда кровотеченіе было такимъ образомъ остановлено, то верхній, главный мѣшокъ опухоли былъ проткнутъ концомъ скальпеля. Этимъ путемъ было опорожнено возможно большее количество и другихъ мѣшковъ, при чемъ изъ полостей вытекала довольно густая жидкость отъ свѣтлой до желтоватогноевидной; въ нѣкоторыхъ мѣшкахъ жидкость была съ коричневымъ оттѣнкомъ.

Такъ какъ при дальнѣйшемъ осмотрѣ оказалось, что полное удаленіе опухоли было невозможно, то я по возможности извлекъ кистому наружу, наложилъ на основаніе ея жгутъ и удалилъ ножемъ лежащую надъ нимъ часть опухоли, при чемъ оказалось, что передній сводъ расширенъ, пустой мочевой пузырь оттянутъ кверху и кзади, а вся задняя стѣнка лоннаго соединенія прощупывалась сверху до низу, нигдѣ неприкрытая стѣнкою пузыря.

При ощупываніи и осмотрѣ этой растянутой полости передней половины таза можно было констатировать, что передняя стѣнка опухоли, ниже жгута, покрыта папилярными разращеніями, которыя разсѣяны и по передней поверхности широкихъ связокъ; кромѣ того она была усѣяна просовидными узелками. Задняя поверхность остатка опухоли гладка и кожиста.

Вслѣдствіе паденія пульса у больной и блѣдности покрововъ, несмотря на небольшую потерю крови, мы торопились окончаніемъ операціи.

Имѣя въ виду вшить ножку опухоли въ нижній уголъ раны, мы не стали оставлять жгута и рѣшились подвести ниже его шелковыя лигатуры; съ этою цѣлью ножка раздѣлена на три пучка и кромѣ того перетянута еще одною круговою лигатурою en masse, послѣ чего жгутъ удаленъ. Полость живота обильно промыта нормальнымъ растворомъ поваренной соли.

Самое вшиваніе ножки мы произвели слѣдующимъ образомъ: прежде всего въ шовъ брюшной стѣнки захваченъ задній край стѣнки опухоли, который сшитъ съ брюшной стѣнкой безъ захватыванія кожи; точно также поступлено и съ боковыми краями. Выше ножки, брюшная рана соединена 4 металлическими глубокими и нѣсколькими поверхностными, промежуточными шелковыми швами.

Лишь только приступлено было къ туалету брюшныхъ покрововъ, какъ появилось обильное кровотеченіе между переднимъ краемъ опухоли и нижнимъ угломъ раны. Не теряя времени я расшилъ рану, снова наложилъ жгутъ и затампонировалъ передній дугласовъ промежутокъ іодоформенною марлею. Этимъ путемъ кровотеченіе остановлено и рана снова зашита, при чемъ жгутъ оставленъ на мѣстѣ. Убѣдившись, что кровотеченіе совершенно остановилось, мы наложили повязку, послѣ чего больная перенесена на постель.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ нужно отмѣтить, что больная лихорадила около 3 недѣль, при чемъ температура не переходила за 38,5. Повязка мѣнялась почти ежедневно вслѣдствія пропитыванія ея сначала кровянистою жидкостью, а затѣмъ сывороточно-гнойною. На 10 день швы, лежащіе выше ножки, удалены, при чемъ оказалось, что вся брюшная рана зажила per primam.

Что касается лѣченія ножки, то оно состояло въ ежедневномъ и постепенномъ удаленіи омертвѣвающихъ частей ткани опухоли и присыпаніи іодо-

формомъ съ тщательнымъ обкладываніемъ іодоформенной марлею мѣстъ соприкосновенія остатковъ опухоли съ здоровыми тканями для изоляціи ихъ другъ отъ друга. По мѣрѣ удаленія частицъ опухоли, брюшная рана все больше и больше съуживалась. 9-го апрѣля, т. е. на 28 день послѣ операціи отошелъ жгутъ, а 13-го апрѣля помощію пинцета удалены и послѣдніе остатки опухоли. Рана представлялась въ видѣ воронкообразнаго углубленія, дно которой повсюду покрыто живыми грануляціями. При соединенномъ изслѣдованіи, матка оказалась нормальною по величинѣ, подвижною; вокругъ нея никакихъ опухолей замѣчено не было.

15-го апрѣля больная встала съ постели, а 11-го мая выписана изъ больницы, значительно поправляется въ общемъ состояніи своего здоровья. Что касается до нижняго угла раны, то онъ превратился въ фистулезной ходъ, пропускавшій зондъ на 3 стм. въ глубину.

За послѣднія двѣ недѣли пребыванія въ больницѣ у больной замѣчено выхожденіе члениковъ солитера, который, при соотвѣтственномъ лѣченіи докторомъ *Н. А. Живописцевымъ,* наблюдавшимъ больную въ теченіе всего времени пребыванія ея въ больницѣ, былъ изгнанъ съ головкою.

Б. до сихъ поръ вполнѣ здорова и значительно пополнѣла; свищевой ходъ закрылся.

Если мы обратимся теперь къ литературѣ сосочковыхъ опухолей яичника, то увидимъ, что многіе вопросы относительно этихъ новообразованій представляются спорными. Это касается не только ихъ происхожденія, строенія и злокачественности, но и самой номенклатуры опухолей. Такъ, одни называютъ ихъ просто *эпителіальными*, другіе *цилиндро-эпителіальными* и наконецъ третьи просто *сосочковыми кистомами*. Что же касается происхожденія, то одни за исходную точку ихъ принимаютъ граафовы пузырьки, другіе — поверхностный эпителій яичниковъ, третьи — parovarium и наконецъ четвертые относятъ ихъ къ зародышевымъ остаткамъ.

Вообще стремленіе къ обособленію папиллярныхъ кистомъ въ особую группу начинается со времени появленія перваго изданія руководства *Olshausen*'а (Die Krankheiten d. Ovarien 1877). Вслѣдъ за нимъ всѣ писавшіе о кистовидныхъ образованіяхъ яичниковъ указываютъ на папиллярныя кистомы, какъ на отличныя отъ железистыхъ, во 1-хъ, по своему анатомическому строенію и, во 2-хъ, по клиническому теченію. Существуютъ указанія, что опухоли эти большею частью двусторонния и сидятъ обыкновенно внѣ полости брюшины и если не

вполнѣ, то большею своею частью между листками широкихъ связокъ. Опухоли эти вообще ростутъ медленно и поверхность ихъ отчасти или повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителіемъ. Что же касается клинической картины, то сосочковыя опухоли имѣютъ здѣсь громадное значеніе потому, что вслѣдствіе разращеній сосочковъ по брюшинѣ, у больныхъ появляется водянка. Изъ врачей, писавшихъ въ этомъ направленіи, можно указать на *Spiegelberg*'а, *Beigel*'я, *Hegar*'а [1]) и др.

Marchand [2]) выдѣляетъ папиллярныя кистомы въ особую группу, не стѣсняясь тѣмъ, покрыты онѣ мерцательнымъ эпителіемъ или нѣтъ. Кромѣ вышеуказанныхъ признаковъ онъ считаетъ для нихъ характернымъ полиморфизмъ эпителіальныхъ клѣтокъ и присутствіе роговидныхъ тѣлецъ. Мерцательно-эпителіальныя кистомы могутъ давать метастазы и подобно другимъ опухолямъ яичника переходить въ раковыя. Согласно съ *Spiegelberg*'омъ, *Marchand* описываетъ способъ образованія сосочковъ, по которому при поперечномъ дѣленіи клѣтокъ цилиндрическаго и мерцательнаго эпителія, мѣстами въ узелкахъ наступаетъ разростаніе соединительной ткани въ болѣе внутреннихъ и болѣе богатыхъ клѣтками слояхъ стѣнки кисты, послѣдствіемъ чего являются возвышенія; эти возвышенія при своемъ ростѣ по направленію къ поверхности служатъ исходною точкою къ образованію сосочковъ. Въ этихъ опухоляхъ *Marchand* не замѣтилъ характерныхъ для железистыхъ кистомъ явленій образованія кистъ въ ихъ стѣнкахъ.

Другіе авторы, какъ напримѣръ *Malassez* [3]) наблюдалъ метастазы мерцательнаго эпителія и указываетъ на то, что не всякая метастатическая эпителіальная опухоль должна быть принимаема за карциному. Затѣмъ *Malassez* и *Sinety* [4]) наблюдали неопредѣленные и случайные элементы, покрывающіе внутреннюю поверхность кисты, которымъ первый далъ назва-

---

[1]) Samml. Klin. Vort. 1877. № 109.

[2]) Beitrage z. Kenntn. der Ovarien-Tumoren. 1879.

[3]) Arch. de Tocol. 1879.

[4]) Sinety. Manuel pratique de gynek. 1879, стр. 395.

ніе *метатипическаго эпителія* и появленіе которыхъ *Coblenz* объясняетъ механическими условіями. *Flaischlen* [1]) однако наблюдалъ тѣ же клѣтки и говоритъ, что онѣ находятся преимущественно на болѣе молодыхъ сосочкахъ и притомъ въ періодѣ явленій самаго живого дѣленія. Такъ, онъ находилъ клѣтки съ ясно раздѣленными ядрами, между тѣмъ какъ на самомъ тѣлѣ клѣтки имъ не наблюдалось никакого дѣленія или же только намеки на него.

Помимо вышеуказанныхъ признаковъ *Coblenz* [2]) находитъ еще нѣкоторую особенность этихъ опухолей, состоящую въ томъ, что внутренняя поверхность большинства ихъ имѣетъ сходство съ темнокрасною слизистою оболочкою, а самые сосочки проростаютъ больше въ области hylus ovarii, т. е. въ частяхъ, лежащихъ ближе къ тазовому дну. Въ то же время какъ эпителіальныя клѣтки железистой кистомы производятъ коллоидное вещество,—однослойныя, преимущественно полиморфныя клѣтки сосочковыхъ опухолей, при вообще своей большей стойкости, скорѣе наклонны къ жировому перерожденію. Относительно увеличенія содержимаго кистъ большую роль играетъ серозная жидкость, просачивающаяся изъ сѣти широкихъ капилляровъ, заложенныхъ въ самыхъ сосочкахъ. Послѣдніе имѣютъ большую наклонность къ известковому перерожденію, что происходитъ отложеніемъ образованій, подобныхъ роговиднымъ образованіямъ; процессъ этотъ, однако, не имѣетъ благопріятнаго вліянія на задержаніе роста опухоли, потому что между объизвествленными сосочками всегда выростаютъ свѣжіе отпрыски изъ материнской почвы. Частота сосочковыхъ кистомъ относительно железистыхъ равняется 10—15%.

Что касается злокачественности папиллярныхъ кистомъ, то она состоитъ въ наклонности сосочковъ къ высыпанію, вслѣдствіе чего происходитъ генерализація per continuitatem и въ распространеніи per metastasim; въ послѣднемъ случаѣ переносъ

---

[1]) Zur Pathol. der Ovarien. Zeitsch. für Geb. u. Gyn. B. VII, стр. 410.
[2]) Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn. B. VII. 1882.

является въ формѣ мерцательно-эпителіальныхъ узловъ аденомы. Еще чаще эти опухоли переходятъ въ настоящій ракъ.

Большинство авторовъ признаетъ существованіе смѣшанныхъ формъ железистыхъ и сосочковыхъ кистомъ.

Flaischlen [1]) описываетъ въ своихъ работахъ нѣсколько, большею частью многокамерныхъ, мерцательно эпителіальныхъ кистомъ и высказывается въ томъ смыслѣ, что эти опухоли не всегда ростутъ между листками широкихъ связокъ и что онѣ не всегда развиваются внѣ брюшины; наконецъ онъ говоритъ, что при этомъ нельзя исключать явленій пролифераціи. *Flaischlen* сомнѣвается, чтобъ мерцательно-эпителіальныя клѣтки, какъ таковыя, размножались дѣленіемъ, и думаетъ, что онѣ происходятъ отъ лежащихъ около нихъ немерцательныхъ клѣтокъ. Въ одномъ случаѣ сосочки представляли начало раковаго перерожденія. По мнѣнію *Desiderius*'а *Velitz*'а [2]) и при послѣднихъ условіяхъ можно достичь полнаго исцѣленія, а такъ какъ онъ не въ состояніи поставить діагнозъ злокачественности (при наклонности къ раковому перерожденію) кистомы, то согласно съ *Flaischlen*'омъ предлагаетъ возможно раннее удаленіе опухоли. По статистикѣ *Flaischlen*'а на 69 железистыхъ кистомъ у *Schroeder*'а было 14 мерцательно-сосочковыхъ, а между послѣдними два раковоперерожденныхъ; изъ 14 мерцательно-сосочковыхъ только въ первыхъ былъ пораженъ одинъ яичникъ.

Наконецъ я позволю себѣ привести здѣсь еще работу *Desiderius*'а v. *Velitz*'а.

Во 1-хъ, начну съ того, что онъ предлагаетъ выдѣлить *мерцательно-сосочковую кистому* въ особую группу, при чемъ совершенно говоритъ, что это названіе содержитъ въ себѣ все, чтобъ отличить ихъ отъ другихъ опухолей: слово *кистома* даетъ представленіе о соединеніи нѣсколькихъ кистъ въ одну, т. е. представленіе многокамерности; прибавленіе мерцательный

---

[1]) l. c.

[2]) Zeitsch. f. Geb. u. Gynaek. B. XVII 2. 1889. Beiträge z. Hystologie u. Genese der Flimmerpapillarkystomen etc.

служитъ для отличія ихъ отъ обыкновенныхъ *коллоидныхъ* кистомъ; наконецъ слово *кистома* предохраняетъ отъ смѣшенія съ *пароваріальными кистами,* хотя покрытыми мерцательнымъ эпителіемъ, но съ простою гладкою поверхностью стѣнки.

Въ короткихъ словахъ, изслѣдованія *Desiderius*'а *v. Velitz*'а состоятъ въ слѣдующемъ:

Исходнымъ пунктомъ образованія сосочковъ въ мерцательно-сосочковыхъ кистомахъ служатъ тѣ сосудистые отпрыски, которые происходятъ изъ кровеносной и лимфатической сѣти капиллярныхъ сосудовъ, лежащихъ подъ эпителіальнымъ покровомъ; капиллярные сосуды, пробиваясь между эпителіальными клѣтками, возбуждаютъ послѣднія къ сильному размноженію. Это послѣднее происходитъ посредствомъ непрямаго или сложнаго дѣленія, при чемъ онъ указываетъ на весьма важный фактъ, что расщепленіе клѣтокъ идетъ параллельно съ продольной осью. Вслѣдствіе этого каждая цилиндрическая клѣтка тѣла распадается на двѣ цилиндрическихъ же, чѣмъ и объясняется, что клѣтки эти во время своего размноженія могутъ оставаться однослойными.

Вообще мерцательно-сосочковыя кистомы представляютъ совершенно самостоятельную группу между остальными кистовидными опухолями яичниковъ и, какъ таковыя, никогда не представляютъ смѣшанныхъ формъ съ обыкновенными железистыми кистомами. Смѣшанныя формы могутъ образоваться изъ послѣднихъ съ папиллярными кистомами, которыя отличаются отъ цилиндро-сосочковыхъ образованій. Это отличіе состоитъ въ томъ, что сосочковыя кистомы по своему строенію и свойствамъ представляются идентичными съ железистыми. Цилиндрическія клѣтки на ихъ внутренней поверхности не имѣютъ мерцательныхъ рѣсничекъ и часто содержатъ коллоидные шарики; точно также въ нихъ никогда не встрѣчаются роговидныя тѣльца. Такимъ образомъ эпителіальныя клѣтки железистыхъ и эпителіальныхъ кистомъ выдѣляютъ коллоидное вещество, вслѣдствіе чего и могутъ быть называемы коллоидными кистомами.

Что касается до происхожденія мерцательно-сосочковыхъ кистомъ, то какъ выше сказано въ этомъ отношеніи также не существуетъ единства взглядовъ. Такъ, по *Coblenz*'у, исходною точкою cystomat. para — et retrouterini служатъ эмбріональные остатки продолженія вольфовыхъ тѣлъ и гартнеровскихъ каналовъ. Изъ кистовиднаго перерожденія каналовъ, находящихся у бокового края матки, происходитъ собственно cystoma parauterinum; послѣдняя при своемъ дальнѣйшемъ развитіи и послѣ перегиба матки впередъ переходитъ въ cystoma retrouterinum. Кисты широкихъ связокъ, развивающіяся между маткой и parovarium происходятъ изъ остатковъ вольфовыхъ тѣлъ. Для развитія cystomat paravaginalis самымъ удобнымъ мѣстомъ служитъ верхняя треть влагалища, т. е. нижняя часть гартнеровскихъ каналовъ. Cystoma praevertebrale s. retroperitoneale находится въ области почекъ, вслѣдствіе чего источникомъ ихъ происхожденія можно принять зародышевые остатки отдѣлившихся самыхъ верхнихъ каналовъ железъ послѣ окончательнаго раздѣленія вольфовыхъ тѣлъ на мочевые и половые органы; эти верхніе железистые каналы, какъ извѣстно, не принимаютъ участія въ descensus ovariorum и остаются на своей первоначальной высотѣ.

Что касается *Flaischlen*'а [1]), то за исходную точку мерцательно-сосочковыхъ клѣтокъ онъ принимаетъ элементы яичника, но не parovarium'а; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ отвергаетъ участіе здѣсь граафовыхъ пузырьковъ и приписываетъ ихъ разращенію зародышеваго эпителія.

Наконецъ *v. Velitz* въ вышеуказанной работѣ источникомъ мерцательно-сосочковыхъ кистомъ считаетъ элементы граафова пузырька, а основаніемъ для образованія сосочковъ — тѣ отпрыски сосудовъ, которые отходятъ изъ кровеносной и лимфатической сѣти, лежащей подъ эпителіальнымъ покровомъ. Эти отпрыски, проникающіе между эпителіальными клѣтками, и возбуждаютъ ихъ къ сильному размноженію. Затѣмъ *v. Ve-*

---

[1]) l. c.

litz указываетъ, что мерцательно-сосочковыя кистомы, какъ таковыя, даютъ метастазы и появляются въ различныхъ органахъ въ видѣ цистоаденомъ. Раковоперерожденныя мерцательно-сосочковыя кистомы могутъ также давать метастазы цистоаденомъ, которыя однакожъ вскорѣ также подвергаются раковому перерожденію. При этомъ, конечно, нельзя отрицать возможности и того, что подобные метастазы отъ чистыхъ мерцательно-сосочковыхъ кистомъ и самыя материнскія опухоли могутъ подвергаться раковому перерожденію и независимо другъ отъ друга. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мерцательно-сосочковыя опухоли соединяются съ дермоидными.

Заканчивая этимъ литературныя данныя о происхожденіи и строеніи мерцательно-сосочковыхъ опухолей, мы видимъ, что въ этомъ отношеніи мнѣнія авторовъ далеко не согласны между собою. Съ клинической точки зрѣнія намъ важно только то, что эти опухоли составляютъ особую группу, при чемъ помимо особенностей клиническаго ихъ теченія, состоящаго въ раннемъ появленіи водянки, онѣ отличаются еще сильною наклонностью къ раковому перерожденію. Кромѣ того эти новообразованія нерѣдко даютъ метастазы. Все это, конечно, служитъ побудительнымъ мотивомъ къ болѣе раннему удаленію такихъ опухолей, при возможности своевременной ихъ діагностики.

Если мы обратимся теперь къ показаніямъ и противупоказаніямъ для удаленія подобныхъ опухолей оперативнымъ путемъ, то, на основаніи успѣховъ современной хирургической техники, должны будемъ признать, что противупоказанія къ такимъ операціямъ крайне ограничены. Такъ противупоказаніемъ къ удаленію кистомъ яичника можетъ служить только ихъ злокачественность съ распространеніемъ рака на другіе важные для жизни органы. *Olshausen*, напримѣръ, высказывается въ томъ смыслѣ, что если существуютъ многочисленные метастазы на брюшинѣ или сальникѣ, или же на кишкахъ, то, конечно, никто не явится защитникомъ экстирпаціи даже одного только яичника. Затѣмъ онъ уклонился бы также отъ операціи въ томъ случаѣ, если бы нашелъ хотя бы одинъ мета-

стазъ только на мочевомъ пузырѣ или прямой кишкѣ, т. е. при такихъ условіяхъ, когда пришлось бы произвести резекцію обоихъ органовъ.

Описывая одинъ случай операціи *Sp. Wells*'а, произведенной имъ въ 1875 г., *Olshausen* говоритъ, что послѣ вскрытія брюшины вытекла тягучая, коллоидная, коричневая жидкость. Затѣмъ брюшина оказалась во многихъ мѣстахъ покрытою сосочками, а наружная поверхность большой опухоли—многочисленными разращеніями на подобіе цвѣтной капусты. *Sp. Wells* вошелъ всею рукою въ полость живота и нашелъ, что ножка опухоли отсутствуетъ и послѣдняя сидитъ на широкомъ основаніи. Не вполнѣ опредѣленно *Sp. Wells* предположилъ заболѣваніе обоихъ яичниковъ. Отъ экстирпаціи онъ воздержался. Брюшная рана была закрыта до нижняго угла, въ который была введена стеклянная трубка; черезъ эту послѣднюю посредствомъ шприца было вытянуто имъ много кровянистой жидкости. Спустя три недѣли больная была еще жива и состояніе ея было не особенно плохо.

Точно также поступилъ и *Olshausen* въ одномъ изъ своихъ случаевъ: при лапаротоміи, послѣ истеченія въ обильномъ количествѣ коллоидной жидкости оба яичника. величиною больше кулака взрослаго человѣка, оказались обильно покрытыми красноватыми ворсинками. Такъ какъ при изслѣдованіи ножка отсутствовала, то экстирпація не сдѣлана. Полость живота дренирована и когда спустя нѣсколько дней дренажъ былъ извлеченъ, то на его мѣстѣ оставалась фистула. Больная умерла отъ истощенія черезъ 14 мѣсяцевъ послѣ операціи.

Извѣстно, что *Cohn*, основываясь на обширномъ матеріалѣ берлинской клиники, пришелъ къ заключенію, что изъ 600 опухолей яичника 100 принадлежатъ къ злокачественнымъ; другими словами: на каждыя 6 опухолей 1 изъ нихъ злокачественная. Къ этимъ послѣднимъ съ клинической точки зрѣнія онъ причисляетъ всѣ сосочковыя опухоли даже въ томъ случаѣ, если гистологически еще нельзя опредѣлить ихъ злокачественнаго характера. Проводя параллель между сосочковыми и

раковыми опухолями, *Cohn* говоритъ, что въ обоихъ случаяхъ наблюдаются метастазы, гидропсіи, кахексія, которые ведутъ къ смерти больныхъ.

Schroeder высказывается относительно оперативнаго вмѣшательства при подобныхъ условіяхъ въ томъ смыслѣ, что если прощупываются узлы въ Дугласовомъ промежуткѣ или же инфильтрованное основаніе опухоли проникаетъ въ соединительную ткань, то операція уже не принесетъ пользы и попытки къ радикальному лѣченію только ускорятъ неизбѣжный конецъ.

Дѣйствительно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются вторичныя злокачественныя опухоли важныхъ для жизни органовъ, тамъ операція едва ли принесетъ пользу, если дѣло идетъ о полномъ излѣченіи.

Говоря же въ частности о сосочковыхъ опухоляхъ яичника и притомъ только съ клинической точки зрѣнія, едва ли можно согласиться съ высказанными *Olshausen*'омъ и *Schroeder*'омъ взглядами на оперативное вмѣшательство.

Мы здѣсь можемъ указать на данныя *H. W. Freund*'а [1]), который на основаніи собраннаго имъ матеріала приходитъ къ заключенію о двоякомъ распространеніи злокачественныхъ новообразованій.

Такъ обыкновенные метастазы въ органахъ и тканяхъ брюшины, главнымъ образомъ въ кишкахъ, печени, peritoneum parietale, сальникѣ и т. д. происходятъ или регіонарнымъ, областнымъ распространеніемъ первичной опухоли на сосѣднія ткани, или же переносомъ при посредствѣ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Существованіе и дальнѣйшее развитіе такой вторичной опухоли обезпечивается окружающею ее богатою сѣтью сосудовъ съ значительной инфильтраціей мелкихъ клѣтокъ; такимъ образомъ пораженная область размягчена и сочна, т. е. представляетъ крайне благопріятныя условія для дальнѣйшаго распространенія рака. Въ доказательство можно привести,

---

[1]) Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. B. XVII. H. 1. 1889.

напримѣръ, то, что эти метастазы принимаютъ иногда такіе размѣры, что является сомнѣніе относительно ихъ первичнаго или вторичнаго появленія. Само собою разумѣется, что при этомъ не только быстрый ростъ опухоли, но и извѣстный ихъ быстрый распадъ, особенно при пораженіи важныхъ для жизни органовъ суть моменты, которые быстро прекращаютъ жизнь.

Рядомъ съ этимъ способомъ распространенія рака *Freund* приводитъ еще другой, который называетъ *имплантаціей*. Эти опухоли происходятъ посредствомъ отпаденія ихъ частицъ и приростанія къ тѣмъ или другимъ мѣстамъ и чаще всего къ поверхности передняго и задняго дугласова промежутковъ. Конечно всякій занимающійся лапаротоміями не будетъ отрицать факта, что застарѣлыя карциномы, саркомы и сосочки могутъ отрываться большими или меньшими кусками при движеніяхъ тѣла, кишечнаго канала, при изслѣдованіи и т. д., а также во время операцій при легкихъ прикосновеніяхъ ваты, губокъ и т. д. Такое образованіе опухолей по *Freund*'у нужно принять потому, что онѣ анатомически значительно отличаются отъ вышеописанныхъ, происходящихъ вслѣдствіе обыкновеннаго метастаза. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ онъ наблюдалъ, что эти узелки, никогда недостигающіе большихъ размѣровъ, крѣпко соединяются съ брюшиною посредствомъ фиброзной клѣтки соединительной ткани, при чемъ удалить можно было только верхнюю ломкую ихъ часть, но никогда самое основаніе; при оперативномъ удаленіи никогда не появлялось даже капельки крови и не было найдено ни одного заслуживающаго вниманія сосуда. Если при этомъ вспомнить, какое сильное кровотеченіе можно получить при удаленіи жировыхъ метастазовъ, то разница будетъ громадна. Опухоли, получающіяся посредствомъ имплантаціи вообще отличаются отъ метастатическихъ тѣмъ, что онѣ сморщиваются и не даютъ отъ себя опухолей послѣ удаленія первичнаго новообразованія.

Изъ этого слѣдуетъ, что такія вторичныя опухоли въ переднемъ и заднемъ дугласовыхъ промежуткахъ не служатъ противупоказаніемъ къ радикальной операціи.

Теперь возникаетъ вопросъ: во всѣхъ ли случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ пораженіе яичника злокачественнымъ новообразованіемъ съ метастазами въ другихъ органахъ, должно воздерживаться отъ операцій? Вопросъ крайне трудный для рѣшенія съ принципіальной точки зрѣнія. Во всякомъ случаѣ, если страданіе больной настолько сильно, что нѣтъ другого способа избавить ее отъ нихъ, а между тѣмъ есть надежда на то, что больная можетъ оправиться отъ операціи, то понятно, что врачъ нетолько можетъ, но и долженъ рѣшиться прибѣгнуть къ этой помощи. Извѣстно, что при водянкѣ живота, зависящей отъ злокачественныхъ или мерцательно-сосочковыхъ опухолей яичника, въ концѣ концовъ нерѣдко являются экссудаты въ плеврѣ. Такимъ образомъ первичная опухоль яичника въ началѣ своего развитія можетъ существовать годами, не вызывая опасности для жизни больной и только послѣ появленія водянки живота, плевры, одышки, альбуминаріи и разстройства питанія начинаются тяжкія страданія организма.

Опытъ учитъ, что удаленіе основной опухоли даже при почти безнадежномъ состояніи временно устраняетъ какъ страданіе больной, зависящее отъ самой опухоли, такъ и побочныя явленія, какъ напр. водянку живота и плевры.

Главною заботою врача послѣ удаленія опухоли должно быть тщательное очищеніе и осушеніе брюшины и удаленіе спаекъ кишекъ при ихъ непроходимости. Больныя послѣ такихъ операцій остаются иногда долгое время свободными отъ отековъ, водянки и hydrothorax. Изъ этого можно вывести заключеніе, что для облегченія тяжкихъ симптомовъ, вызываемыхъ сейчасъ указанными явленіями, лучше приступать къ лапаротоміи, чѣмъ проколу. При этомъ интересенъ фактъ, что послѣ удаленія жидкости изъ полости брюшины, hydrothorax исчезаетъ безъ прямаго вмѣшательства.

Возвращаясь теперь къ нашему случаю, мы должны сказать, что, рѣшаясь представить его вниманію общества, мы руководствовались, во 1-хъ, тѣмъ, что сосочковыя кистомы встрѣчаются сравнительно рѣдко, хотя точной статистики мы еще не

имѣемъ; во 2-хъ и главнымъ образомъ потому, что еще и до сихъ поръ многіе хирурги, встрѣтивши сосочковыя разращенія на опухоли и окружающихъ частяхъ, воздерживаются отъ операціи и зашиваютъ брюшную рану въ томъ случаѣ, если кистома сидитъ на широкомъ основаніи, т. е. не имѣетъ ножки.

Въ послѣдніе годы, какъ видно уже изъ представленнаго нами очерка, происходитъ поворотъ во взглядахъ и кромѣ указанныхъ нами авторовъ многіе, какъ напримѣръ *Lomer*, *Сутугинъ,* дѣлаются сторонниками радикальной операціи

Случай *В. В. Сутугина* [1]) имѣетъ нѣкоторое сходство съ нашимъ по примѣненнымъ оперативнымъ пріемамъ. Помимо кисты лѣваго яичника въ его случаѣ были найдены сосочковыя разращенія въ правой сторонѣ таза. Самая опухоль не могла быть удалена вслѣдствіе того, что она сидѣла на неподатливой и значительно уплотненной лѣвой широкой связкѣ. Небольшая часть опухоли была срѣзана, а остальная вшита въ края раны въ двухъ нижнихъ третяхъ. Въ правую половину таза вложенъ тампонъ изъ іодоформной марли. Больная вообще потеряла много крови изъ сосочковыхъ разращеній. Къ концу пятой недѣли мѣшокъ постепенно очистился отъ омертвѣвшихъ тканей и покрылся свѣжими грануляціями. При внутреннемъ изслѣдованіи матка найдена въ anteflexio и сращенною верхнею своею частью съ рубцомъ живота. Къ концу 13-й недѣли матка всетаки найдена соединенною съ рубцомъ брюшной раны, но боковые своды, бывшіе на 40-й день только болѣе мягкими и подвижными, на 13-й недѣлѣ достигли почти нормальной плотности.

Изъ всего вышеизложеннаго мы должны придти къ *практическому выводу,* что мерцательно-сосочковыя опухоли яичниковъ въ случаѣ невозможности ихъ полнаго удаленія должны быть вшиваемы въ брюшную рану послѣ предварительнаго отдѣленія выведенной наружу части кистомы. Опухоль должна быть выведена настолько, чтобъ не производить

[1]) Больничная газета 1891 г.

слишкомъ сильнаго растяженія остающихся стѣнокъ опухоли. Для остановки кровотеченія изъ сосочковыхъ разращеній должно прибѣгать къ тампонаціи марлею.

Само собою разумѣется, что это правило можетъ встрѣчать и исключенія, хотя сомнѣваемся, чтобы показанія были многочисленны.

На основаніи литературныхъ данныхъ можно еще прибавить, что въ случаяхъ водянки живота, причиною которыхъ служатъ опухоли брюшной полости, проколы слѣдуетъ предпочитать лапаротоміи съ послѣдующимъ тщательнымъ осушеніемъ брюшины.

Заканчивая настоящій докладъ, я позволю себѣ высказать надежду, что можетъ быть недалеко то время, когда мы будемъ въ состояніи своевременно діагностицировать присутствіе мерцательно сосочковыхъ кистомъ яичника и, приступая къ возможно раннему удаленію опухоли, предупреждать погибель больныхъ отъ злокачественныхъ новообразованій, перерождаться въ которыя имѣютъ такую сильную наклонность сказанныя кистомы.

XXI.

Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. Славянскаго.

КЪ БАКТЕРІОЛОГІИ ПОЛОСТИ ТѢЛА МАТКИ ПРИ ЭНДОМЕТРИТАХЪ.

А. Ф. Брандтъ.

Въ виду важности вопроса о микроорганизмахъ половаго канала женщины и недостаточности бактеріологическихъ изслѣдованій нѣкоторыхъ отдѣловъ этого канала, особенно верхнихъ, мною было предпринято, по предложенію профессора *К. Ф. Славянскаго,* бактеріологическое изслѣдованіе полости тѣла матки женщинъ, болѣющихъ различными формами эндометрита.