

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

Ф. Кюнъ.

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

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

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

Въ послѣднѣе время *Bland-Sutton* нашелъ въ слизистой оболочкѣ трубъ железы, но приводимыя имъ и другими изслѣдователями соотвѣтствующія микроскопическія картины легко объясняются косыми и поперечными разрѣзами черезъ слизистую оболочку трубъ, образующую необыкновенно многочисленныя складки и ворсинки, многократно между собою спаянныя. Но, не содержа железу, труба, какъ и всякій органъ выстланный слизистой оболочкой, продуцируетъ извѣстное количество жидкости, такъ что при закрытіи маточнаго и брюшнаго отверстій трубы могутъ образоваться кисты ея безъ одновременнаго увеличенія количества жидкости, отдѣляемой фолликулами яичника. Послѣднее доказано экспериментальнымъ путемъ *Kehrer*'омъ, а также авторомъ, который съ этой цѣлью дѣлалъ перевязки трубъ у кроликовъ; существуютъ наблюденія въ этомъ направленіи и у человѣка, гдѣ оба конца трубы были закрыты опухолями или вслѣдствіе какихъ-нибудь другихъ причинъ сдѣлались непроходимыми; эпителий слизистой оболочки трубъ въ этихъ случаяхъ представлялся уплощеннымъ, набухшимъ, слизисто-перерожденнымъ, но всѣ эти измѣненія могли быть явленіемъ вторичнымъ подѣ влияніемъ давленія застоявшейся жидкости и вопросъ о томъ, могла-ли одна секретія нормальной трубы дать все количество жидкости, остается подѣ сомнѣніемъ, такъ какъ существовавшія при этомъ опухоли яичниковъ и матки могли обусловить венозный застой и дать толчокъ къ транссудаціи и такимъ образомъ способствовать накопленію жидкости. Гораздо доказательнѣе въ пользу самостоятельной секретіи слизистой оболочки трубъ наблюденіе автора, что при трубной беремености въ другой нормальной трубѣ происходитъ накопленіе жидкости, источникъ которой можетъ быть только сама слизистая оболочка. Какъ велико количество отдѣляемаго при нормальныхъ условіяхъ, не поддается нашему опредѣленію.

Объ отношеніи слизистой оболочки трубы къ менструаціи наши свѣдѣнія такъ же неопредѣленны, какъ и объ секретіи ея; теоретически слизистая оболочка трубы во время менструаціи отдѣляетъ большее или меньшее количество слизи и крови, микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ во время менструаціи трубъ не дало ничего опредѣленнаго въ этомъ отношеніи, клиническія наблюденія говорятъ какъ за, такъ и противъ участія слизистой оболочки трубы въ менструальномъ кровотеченіи; случай *haematometra* и *haematosalpinx*, наблюдавшійся авторомъ, гдѣ, при двойной маткѣ и полномъ отсутствіи каго бы то ни было сообщенія между трубой и полостью матки, труба была переполнена кровью, говоритъ, повидимому, за участіе слизистой оболочки трубы въ менструальномъ кровотеченіи. Въ виду такой неопредѣленности данныхъ можно только съ извѣстной степенью вѣроятности предположить, что и менструальныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ трубъ играютъ нѣкоторую роль при образованіи кистъ ихъ.

Особенно важнымъ этиологическимъ моментомъ въ образованіи кистъ трубъ является трубная беременность; всевозможные исходы этой сравнительно частой аномалии изучены хорошо, за исключеніемъ одного — измѣненной беременной веразорвававшейся трубы въ случаяхъ очень ранней смерти яйца.

Послѣдній исходъ очень частый, но большею частью просматривается, такъ какъ за исключеніемъ небольшого перерыва въ менструаціи не даетъ почти никакихъ клиническихъ данныхъ: всѣ составныя части яйца могутъ вполне всосаться и не оставить никакихъ объективныхъ признаковъ. Если всасываніе замедляется, то вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки трубы (образованіе отпадающей оболочки) легко можетъ произойти механическая закупорка обоихъ отверстій трубы и вслѣдствіе возвращенія менструаціи, отдѣленія отпадающей оболочки, кровотечения—увеличеніе содержимаго трубы и такимъ образомъ ретенціонная киста готова; содержимое ея можетъ остаться кровянистымъ или перейти въ нагноеніе.

Далѣе, различные виды воспаленія самой ткани трубы даютъ толчокъ къ скопленію жидкости въ трубѣ; бактериологически доказано, что возбудителями воспаленія въ этихъ случаяхъ являются стрепто-, стафило- и гонококки, туберкулезныя бациллы и actinomyces, чаще же всего смѣшанная инфекция. Путь проникновенія этихъ возбудителей воспаленія двоякій: извнѣ чрезъ половой трактъ и чрезъ кишки (слѣпую, толстую, прямую); послѣдній путь доказанъ случаями воспаленія трубъ у дѣвственницъ послѣ тифа, дизентеріи, перитифлита, а также можетъ быть принятъ по аналогіи со случаями гнилостнаго распада эхинококковыхъ мѣшковъ или плодныхъ мѣшковъ при вѣматочной беременности, гдѣ другой путь проникновенія микроорганизмовъ исключенъ. Съ полового тракта возбудители воспаленія могутъ опять проникнуть въ трубу двумя путями: послѣ различныхъ оперативныхъ приемовъ на шейкѣ или слизистой оболочкѣ матки микроорганизмы прямо *per continuitatem* проникаютъ дальше въ трубу (отчасти этому способствуютъ присасывательныя, перистальтическія движенія трубы, вслѣдствіе сокращенія ея продольной мускулатуры); при этомъ вовсе не требуется занять этихъ возбудителей воспаленія именно во время нашихъ манипуляцій, они могутъ существовать уже раньше въ трубѣ въ латентномъ состояніи и только вызванная нашими манипуляціями гиперемія слизистой оболочки, затрудненный оттокъ ея отдѣляемаго (послѣ прижиганій слизистой оболочки матки, выскабливаній) дадутъ толчокъ къ дальнѣйшей ихъ дѣятельности. Другой путь—это клѣтчатка и тазовая брюшина при инфекціонныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Смотря какимъ путемъ идетъ инфекция, поражается раньше слизистая оболочка трубы, затѣмъ постепенно мышечная и брюшинный покровъ ея или-же наоборотъ; случаевъ изолированнаго пораженія мышечнаго слоя автору не приходилось наблюдать (подъ микроскопомъ). Въ зависимости оттого, какой изъ слоевъ трубы и какой формой поражается, различаютъ:

- 1) Endosalpingitis catarrhalis acuta et chronica,
 - » purulenta » » »
 - » hyperplastica (vegetans),
 - » diphtherica.
- 2) Salpingitis acuta et chronica,
 - » abscedens s. dissecans.
- 3) Perisalpingitis acuta et chronica.

Послѣдствіемъ *endosalpingitidis necroticae s. diphthericae, salpingitidis abscedentis s. dissecantis* и *perisalpingitidis* бываетъ часто суженіе или атрезія трубы.

Все вышеизложенное выясняетъ только причины увеличенія количества жидкости въ трубѣ, но этого еще не достаточно для образованія кистъ, для послѣдняго требуется еще закрытіе одного или обоихъ отверстій трубы. Закрытіе просвѣта трубы можетъ быть или чисто механическое, или анатомическое, стойкое. Маточное отверстіе трубы закрывается иногда отслоившимся эпителиемъ, гнойными тѣльцами, фибриномъ; увеличивающееся содержимое трубы давитъ на ея мускулатуру, вызываетъ ея парезъ, сокращенія трубы уже не въ состояніи вытолкнуть содержимое ея чрезъ брюшинное отверстіе и такимъ образомъ получается киста трубы безъ всякаго анатомическаго закрытія просвѣта ея; часто этому способствуетъ еще то, что густой гной закрываетъ просвѣтъ трубы и вблизи брюшиннаго отверстія ея. Еще чаще закрывается просвѣтъ трубы вслѣдствіе измѣненія ея положенія и формы; измѣненія положенія матки, опухоли ея и яичниковъ вызываютъ перегибы, перекручиванія трубы; измѣненія формы и положенія трубы часто находятся въ зависимости отъ сращеній, оставшихся послѣ воспаленій тазовой брюшины, и наконецъ, они бываютъ врожденными. Вслѣдствіе образованія этихъ перегибовъ, при перекручиваніи трубы оттокъ ея содержимаго затрудняется и образуются скопленія жидкости въ ней; по временамъ содержимое ея въ этихъ случаяхъ можетъ всасываться или выбрасываться активной сократительной дѣятельностью трубы чрезъ то или другое изъ ея отверстій,—получается то, что давно уже извѣстно подъ именемъ *hydrops tubarum profluens* или *интермиттирующей hydrosalpinx*, названіе, предлагаемое авторомъ; вслѣдствіе періодическаго наполненія и опорожненія трубы и все увеличивающагося давленія ея содержимаго эластичность и сократительность ея стѣнокъ падаетъ, мускулатура атрофируется, парализуется, цилиндрической эпителий уплощается и такой интермиттирующей *hydrosalpinx* при одномъ механическомъ закрытіи просвѣта трубы переходитъ въ концѣ концовъ въ стойкій.

Анатомическое, стойкое закрытіе просвѣта трубы рѣдко бываетъ врожденнымъ, большею частью оно является послѣдствіемъ заболѣванія тазовой брюшины и клѣтчатки или самыхъ стѣнокъ трубы; ложныя перепонки или параметрическіе рубцы могутъ совершенно закрыть просвѣтъ трубы въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ (*pyosalpinx saccata s. multilocularis*). Какія изъ заболѣваній стѣнокъ трубы вызываютъ ея суженія или атрезію, указано выше; потеря ткани въ этихъ случаяхъ возмѣщается не регенераціей эпителия, а образованіемъ грануляцій, которыя даютъ затѣмъ или рубецъ и суженіе просвѣта или, если грануляціи находятся на противоположныхъ стѣнкахъ трубы, полную атрезію.

Содержимое кистъ трубы рѣдко остается безъ измѣненія въ качественномъ и количественномъ отношеніи; въ видѣ исключенія находятъ воздухъ въ этихъ кистахъ; такъ автору пришлось наблюдать случай *пнеумо-*

ruosalpinx, гдѣ онъ самъ при пробной пункціи вогналъ воздухъ въ трубу.

Что касается симптомовъ и теченія различныхъ формъ этихъ кистъ, то создать для каждой изъ нихъ спеціальную картину болѣзни невозможно: одна и та-же форма даетъ различныя картины болѣзни, и одна и та-же картина болѣзни можетъ обуславливаться всевозможными формами; есть больныя, у которыхъ данное заболѣваніе не вызываетъ никакихъ субъективныхъ явленій. При *hydrosalpinx* хъ всѣ жалобы обуславливаются давлениемъ кисты на окружающіе органы: матку, пузырь, гестумъ и нервные узлы; является частый позывъ на мочу, запоры, боли въ крестцѣ и копчикѣ, въ бедрахъ (часто на противоположной сторонѣ), усиленные регулы или кровотечения, иногда коликообразныя боли вслѣдствіе сокращенія трубы; общее состояніе больныхъ страдаетъ рѣдко; иногда являются рефлекторныя страданія отдаленныхъ органовъ: желудка, головы.

Острый *ruosalpinx* развивается при умѣренно повышенной температурѣ—до 38,5—39,0°—и сильныхъ боляхъ; боли эти имѣютъ схваткообразный характеръ и отличаются отъ родовыхъ тѣмъ, что они являются не періодически, но продолжаютъ иногда часами; зависятъ они отъ сокращенія мускулатуры трубы и этимъ объясняется, отчего они бывають сильнѣе всего вначалѣ заболѣванія, съ дальнѣйшимъ же теченіемъ все ослабѣвають: вслѣдствіе давления увеличивающагося содержимаго трубы мускулатура парализуется, сокращенія трубы прекращаются и болѣзненность уменьшается; отчасти боли эти зависятъ и отъ воспаленія брюшиннаго покрова трубы. У 4 изъ своихъ больныхъ авторъ наблюдалъ сильнѣйшія коликообразныя боли въ подреберья, объяснить происхожденіе которыхъ онъ отказывается. Часто острый *ruosalpinx* переходитъ въ хроническій; нарисовать одну какуюнибудь общую картину для этого заболѣванія невозможно, авторъ приводитъ нѣкоторые типы теченія этого заболѣванія: 1) Кромѣ умѣренныхъ коликообразныхъ болей и зеленоватаго выдѣленія изъ матки нѣтъ другихъ субъективныхъ признаковъ; объективно находятъ измѣненныя трубы. 2) Часто только одинъ симптомъ рѣзко выступаетъ надъ другими: однѣ жалуются на сильнѣйшую боль при соитіи хъ, другія на кровотечения, третьи на боль въ какомъ-нибудь одномъ, опредѣленномъ пунктѣ—бедрахъ, крестцѣ, копчикѣ. 3) Иногда на первый планъ выступаютъ по временамъ явленія воспаленія брюшиннаго покрова трубъ и въ ихъ окрестности: при повышенной температурѣ являются вдругъ боли внизу живота, метеоризмъ, тошнота, рвота; при соответствующемъ лѣченіи всѣ эти явленія скоро проходятъ до слѣдующаго новаго приступа. 4) У нѣкоторыхъ свободныхъ отъ разстройствъ промежутковъ совершенно нѣтъ: постоянныя коликообразныя боли, чувство давления на сосѣдніе органы, бессонница, потеря аппетита, общее истощеніе. 5) У другихъ, хотя и не бываетъ совершенно свободныхъ промежутковъ, но по временамъ особенно сильно выступаютъ явленія со стороны какого-нибудь отдѣльнаго органа, чаще всего кишечника: потеря аппетита, тошнота, рвота, поносы, запоры, метеоризмъ, явленія хроническаго *ileus'a*; какъ автору при-

шлось убѣдиться при чревосѣченіяхъ и вскрытіяхъ такихъ больныхъ, все это зависитъ отъ сращеній кишекъ между собою и съ трубами. 6) Иногда гнойныя скопленія вскрываются въ какой-нибудь изъ сращенныхъ съ ними сосѣднихъ органовъ или, наконецъ, 7) прямо въ брюшную полость, вызывая смертельный перитонитъ.

Распознаваніе заболѣваній трубъ сдѣлало въ послѣднее время громадныя успѣхи благодаря многочисленнымъ чревосѣченіямъ, давшимъ возможность болѣе подробно изучить ихъ. Еще *Kivisch* указалъ на одинъ важный по его мнѣнію признакъ заболѣваній трубы, именно, что они встрѣчаются всегда съ обѣихъ сторонъ одновременно, но теперь мы знаемъ, что это бываетъ далеко не всегда. Большинство авторовъ находятъ данныя для распознаванія въ величинѣ, формѣ, подвижности и мѣстоположеніи опухоли, но всего этого еще не достаточно. Характерно для всѣхъ кистъ трубъ ихъ мѣстоположеніе: если нѣтъ сращеній между маткою и крестцомъ, трубами и опухолями яичниковъ и матки или трубами и передней стѣнкой таза и брюшными покровами, то кисты эти помѣщаются всегда позади матки и при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ отодвигаютъ послѣднюю всегда вверхъ, при чемъ сами никогда не распространяются въ большой тазъ въ противоположность кистамъ яичника. Если мы стараемся находящуюся въ антефлексіи матку отодвинуть къзади, то получаемъ ощущение, какъ будто она лежитъ на подушкѣ, наполненной водой или воздухомъ, или, вѣрнѣе говоря, будто она прижата къ симфизу эластической подстилкой; если вдругъ отпустить руку, прижимающую матку къзади, то она въ высшей степени своеобразно отскакиваетъ на прежнее мѣсто—это, по мнѣнію автора, патогномоническій признакъ кистъ трубы съ жидкимъ содержимымъ. Существуетъ-ли одна или двѣ кисты, большею частью трудно рѣшить. Только при маленькихъ кистахъ имѣетъ діагностическое значеніе существованіе щели между расширенной трубой и маткой; флюктуація опухоли говоритъ скорѣе противъ кисты трубы (кромѣ *hydrosalpinx'a*); поверхность этихъ кистъ большею частью незначительная. Второй патогномоническій признакъ кистъ трубы, это возможность иногда выдавить содержимое ихъ въ матку и прямо опредѣлить характеръ его; часто, вѣроятно, при этомъ содержимое трубы изливается въ брюшную полость. Распознаваніе *ruosalpingitidis saccatae* ставится на основаніи характерной формы его.

Для дифференціального діагноза очень важно изслѣдованіе двумя пальцами со стороны прямой кишки, при которомъ значительно лучше опредѣляется форма опухоли; предложеннаго *Nöggerath*'омъ изслѣдованія со стороны мочевого пузыря авторъ не производитъ. Отличить кисту трубы отъ міомы или кисты яичника (особенно маленькихъ дермоидныхъ кистъ) иногда почти невозможно; легче отличить кисту трубы отъ трубной беременности; въ послѣднемъ случаѣ опухоль имѣетъ консистенцію не напряженной кисты, подъ вліяніемъ изслѣдованія консистенція ея мѣняется, такъ какъ благодаря гипертрофіи мускулатуры мѣшокъ трубной беременности легко сокращается; благодаря этому же измѣненію консистенціи подъ вліяніемъ изслѣдованія, удастся отличить кисту трубы отъ беременности въ зачаточномъ рогѣ двой-

ной матки, при чемъ тутъ мы имѣемъ еще другой признакъ—низкое отхожденіе рудиментарнаго рога отъ нормально-развитой шейки. Отхожденіе отпадающей оболочки изъ незначительно увеличенной матки, набуханіе грудныхъ железъ и отдѣленіе изъ нихъ молока служить для отличія кистъ трубъ отъ эктопическаго аборта, особенно трубнаго аборта. Для отличія кисты трубы отъ haematometra въ зачаточномъ рогѣ или въ одномъ рогѣ двойной матки служатъ не появляющіяся въ послѣднемъ случаѣ періодически одновременно кровотеченія и сильныя molimina menstrualia, чего при кистахъ трубъ не бываетъ. Для отличія отъ hamatocele, нагноеній, тазовыхъ абсцессовъ, экссудатовъ служитъ анамнезъ, лихорадка, признаки внутренняго кровотеченія и данныя ощупыванія; отличить однимъ ощупываніемъ міому на ножкѣ или кисту яичника не всегда возможно. Вообще ощупываніе, самый важный методъ изслѣдованія при данныхъ заболѣваніяхъ, не всегда ведетъ къ цѣли, поэтому авторъ примѣняетъ въ широкихъ размѣрахъ пробный проколъ, отъ котораго онъ ни разу не видалъ вреда, а между тѣмъ микроскопическое, химическое и бактериологическое изслѣдованіе добытой такимъ образомъ жидкости даетъ важныя данныя для діагноза, а иногда выясняетъ и этиологію этого заболѣванія; проколъ производится чаще всего чрезъ влагалище, рѣже чрезъ брюшныя стѣнки.

Прогнозъ даннаго заболѣванія находится въ зависимости отъ формы его; при вскрытіи ruosalpinx'a въ брюшную полость смерть можетъ наступить отъ перитонита, при вскрытіи въ одинъ изъ сосѣднихъ органовъ или наружу—отъ истощенія и амилоиднаго перерожденія внутреннихъ органовъ, при разрывѣ haematosalpinx'a—отъ внутренняго кровотеченія. Въ другихъ случаяхъ жизнь больной не находится въ опасности, но вслѣдствіе даннаго заболѣванія она становится неспособной къ труду; иногда же больныя не чувствуютъ никакихъ разстройствъ. Бесплодіе бываетъ частымъ послѣдствіемъ этого заболѣванія.

Увлеченіе оперативнымъ лѣченіемъ зашло такъ далеко, что авторъ считаетъ не лишнимъ напомнить, что одно присутствіе кисты трубы еще не должно служить показаніемъ къ радикальной операціи и что мы имѣемъ дѣло не только съ одними кистами трубъ, но съ больными людьми. Хотя исходъ радикальной операціи quo ad vitam больной у автора получился хорошій (изъ 52 онъ потерялъ только одну больную), но два обстоятельства заставляютъ его теперь осмотрительнѣе приступать къ операціи: нервныя разстройства, наблюдавшіяся имъ часто послѣ salpingoektomiae (собственно salpingo-oophorektomiae, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходится удалять вмѣстѣ и яичникъ), и многочисленные случаи излѣченія безъ радикальной операціи. Landau на основаніи многолѣтняго опыта требуетъ слѣдующихъ условій для радикальной операціи:

1) Предъ операціей долженъ быть поставленъ діагнозъ и относительно качества содержимаго трубы:

2) должно быть точно опредѣлено, имѣютъ ли больныя какія нибудь разстройства и какія именно;

3) зависятъ ли эти разстройства отъ кистъ трубъ или другихъ причинъ (истеріи и т. д.);

4) въ первомъ случаѣ должно быть испытано всякое консервативное лѣченіе, и только въ случаѣ безуспѣшности или невозможности примѣненія его

5) должно приступить къ удаленію трубы; въ случаѣ заболѣванія яичника или техническихъ затрудненій удаляютъ вмѣстѣ и яичникъ.

При hydrosalpinx'ѣ прибѣгать къ хирургической помощи приходится рѣдко, часто одно ортопедическое лѣченіе уже ведетъ къ цѣли. При существованіи перегиба или перекручиванія трубы однимъ исправленіемъ положенія матки удается часто устранить hydrosalpinx, поэтому такое исправленіе положенія матки должно въ такихъ случаяхъ предшествовать всякому другому лѣченію. Если это не помогаетъ, можно приступить къ систематическому массажу по *Thure Brandt'у*, что въ широкихъ размѣрахъ примѣнялось въ клиникѣ автора безъ всякаго вреда для больныхъ; къ массажу хорошо присоединить теплыя влагалитичныя инъекціи (не горячія!), Приснитцевскія обертыванія, сидячія или полныя ванны. Уже въ 1840 году *Tylor Smith*, а затѣмъ *Frankenhäuser* (послѣдній послѣ предварительнаго расширенія матки) старались зондомъ возстановить проходимость трубы; манипуляція эта, производимая въ потемкахъ, по мнѣнію *L.*, не ведетъ къ цѣли и опасна: случайно можно попасть въ трубу, но опасность проложить новый путь не мала. Въ послѣднее время предложено опорожнять трубу посредствомъ расширенія полости матки; *Doleris'омъ* и *Gottschalk'омъ* сообщено нѣсколько благопріятныхъ наблюденій въ этомъ направленіи ¹⁾ при hydro-и pyosalpinx'ѣ; *Landau* говоритъ, что даже при hydrosalpinx'ѣ онъ съ большимъ раздумьемъ приступилъ бы къ манипуляціямъ, необходимымъ для расширенія матки, такъ какъ, съ одной стороны, труба можетъ при этомъ легко разорваться, а быть вполне увѣреннымъ, что въ данномъ случаѣ нѣтъ pyosalpinx'а, трудно; съ другой стороны, hydrosalpinx, благодаря этимъ манипуляціямъ, легко можетъ перейти въ pyosalpinx; даже безъ непосредственнаго поврежденія трубы могутъ появиться при этомъ нежелательныя сокращенія ея, которыя приведутъ къ излітію ея содержимаго въ полость брюшины; всякій, говоритъ авторъ, кому приходилось при кистахъ трубъ по какому нибудь другому поводу расширять матку, знаетъ, насколько это болѣзненно и затруднительно, а по временамъ и опасно, такъ что существованіе кисты трубы скорѣе противопоказуетъ расширеніе матки ²⁾.

¹⁾ Первая попытка съ благопріятнымъ исходомъ принадлежать *Walton'у*.

²⁾ Въ № 6 Жур. Ак. и Жен. Бол. за 1890 годъ д-ръ *А. Заболотскій* сообщаетъ изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго* о 4 случаяхъ излѣченія водянки фаллопиевыхъ трубъ расширеніемъ полости матки; въ настоящее время д-ромъ *Заболотскимъ* собрано изъ той же клиники значительно большее число случаевъ, изъ которыхъ видно, что данный методъ почти всегда ведетъ къ цѣли и что опасности, приводимыя *Landau*, далеко не такъ велики. Мы, въ противоположность *Landau*, можемъ только присоединиться къ пожеланію д-ра *Заболотскаго*, чтобъ въ „подобныхъ случаяхъ пробовали этотъ способъ раньше, чѣмъ приступить къ операціи“ (*Ref.*).

Если эти способы лѣченія не ведутъ къ цѣли, можно приступить въ проколу кисты троакаромъ со стороны влагалища или, если опухоль лежитъ ближе къ передней брюшной стѣнкѣ, чрезъ брюшные покровы, хотя въ послѣднихъ случаяхъ авторъ предпочитаетъ шиванія кисты съ брюшными стѣнками и разрѣзъ ея. Послѣ тщательной дезинфекціи авторъ особымъ троакаромъ въ 18 см. длины, введеннымъ по пальцу, прокалываетъ чрезъ задній сводъ опухоль, при чемъ помощникъ снаружи сильно надавливаетъ руками на нее; помощникъ не долженъ снимать рукъ, пока вытекаетъ еще жидкость, иначе воздухъ можетъ попасть въ опухоль; зеркало авторъ примѣняетъ только для болѣе тщательной дезинфекціи, самую же операцию ведетъ безъ него и ни разу не видалъ отъ этого дурныхъ послѣдствій; нѣсколько разъ случилось при пункціи задѣвать кончикомъ троакара яичникъ, получалась небольшая hæmatoma, которая скоро сама собой исчезала; *L.* производилъ пункціи даже у амбулаторныхъ больныхъ. Сейчасъ послѣ прокола больныя чувствуютъ значительное облегченіе; автору приходилось наблюдать не только излѣченіе отъ страданій, но дѣйствительное полное исчезаніе опухоли и даже наступленіе беременности; наступало ли во всѣхъ наблюдавшихся имъ случаяхъ излѣченіе въ анатомическомъ смыслѣ, авторъ не беретъ утверждать. Рѣже при однополостномъ, чѣмъ при многополостномъ *hydrosalpinx*'ѣ, наступаетъ возвратъ, но не сейчасъ, а спустя 3—6 мѣсяцевъ; иногда излѣченіе наступаетъ только послѣ повторной пункціи; если послѣ двукратной пункціи однополостной кисты она снова наполняется жидкостью, то въ полость ея вспрыскиваютъ 3-хъ-процентной карболовой кислоты, чтобъ вызвать сращеніе мѣшка. Въ случаѣ ошибочнаго прокола вмѣсто кистъ трубъ другихъ опухолей или беременныхъ трубъ дурныхъ послѣдствій не приходилось наблюдать, въ послѣднихъ случаяхъ можетъ даже наступить излѣченіе этого довольно опаснаго патологическаго состоянія, хотя при распознанной трубной беременности лучше производить экстирпацію.

Если всѣ эти способы лѣченія остаются безуспѣшными, то приходится прибѣгнуть къ оперативнымъ приемамъ, примѣняемымъ при *ruosalpinx*'ѣ. Ортопедическое и механическое лѣченіе при *ruosalpinx*'ѣ не только безуспѣшно, но прямо опасно; пункція тоже является недостаточной, гораздо лучше широкий разрѣзъ со стороны влагалища или брюшныхъ покрововъ. Разрѣзъ со стороны влагалища, какъ и пункція, производится при содѣйствіи снаружи помощника, безъ зеркалъ и безъ низведенія матки; ножъ вводится подъ руководствомъ указательнаго и средняго пальцевъ и разрѣзъ производится такой ширины, чтобъ въ него могъ свободно проникнуть указательный палецъ, которымъ прежде всего стараются убѣдиться, приращена ли опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ или нѣтъ; въ послѣднемъ случаѣ, чтобъ жидкость не попала въ брюшную полость, придавливаютъ пальцемъ края разрѣза къ стѣнкамъ влагалища и длинными *Pean*'ами соединяютъ стѣнки кисты съ краями разрѣза влагалища; чрезъ 24—28 часовъ снимаютъ пинцеты, и это временное соединеніе краевъ уже перешло въ стойкое. Послѣ наложенія *Pean*'овъ пальцемъ удаляютъ содержимое кисты, полость ея промываютъ

раствором поваренной соли или марганцово-кислого кали и дренируют Т-образным дренажем или йодоформенной марлей; дренаж удаляют чрезъ 8—14 дней, полость постепенно облитерируется и вмѣсто нея получается соединительный тяжъ. Въ одномъ только случаѣ получилося раненіе прямой кишки.

При вскрытіи кисты со стороны брюшныхъ стѣнокъ наружный разрѣзъ проводится или по бѣлой линіи или параллельно Пупартовой связкѣ, стѣнки кисты пришиваются къ брюшнымъ стѣнкамъ, чтобъ избѣжать излитія содержимаго кисты въ брюшную полость, киста вскрывается и дренируется. Если по вскрытіи брюшной полости оказываются спереди обширныя сращенія съ кишками, то можно, введя руку въ брюшную полость и отдавивши опухоль сильно книзу, вскрыть ее со стороны влагалища.

Технику экстирпации кистъ трубъ мы излагать не будемъ, такъ какъ она находится въ зависимости отъ характера каждаго отдѣльнаго случая.

Лѣченіе hæmatosalpinx'a ничѣмъ существенно не отличается отъ леченія другихъ кистъ трубъ.

И. Воффъ.

111. P. Zweifel. Ueber Salpingo-Oophorektomie. (Archiv f. Gyn. B. XXXIX, N. 3). Объ изсѣченіи Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ.

При операциіи этой имѣется главнымъ образомъ въ виду удаленіе большой Фаллопиевой трубы; яичникъ удаляютъ при этомъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ тоже боленъ или когда его невозможно отдѣлить отъ трубы вслѣдствіе сращеній. Операциія эта отличается отъ простой овариотоміи тѣмъ, что при ней находятъ всегда очень обильныя сращенія, различной плотности и дающія при ихъ отдѣленіи иногда громадное кровотеченіе; свѣжія сращенія легко отдѣляются, даютъ большое кровотеченіе, которое само собой скоро прекращается вслѣдствіе спаденія сосудовъ; старыя же сращенія иногда отдѣляются только съ громаднымъ трудомъ, даютъ небольшое кровотеченіе, но которое самостоятельно не останавливается, такъ какъ сосуды въ толстыхъ рубцовыхъ тяжахъ не спадаются, и потому авторъ совѣтуетъ самымъ тщательнымъ образомъ обкалывать и перевязывать ихъ. Послѣ вскрытія брюшной полости авторъ извлекаетъ оттуда кишки, покрываетъ ихъ платками съ теплымъ растворомъ тимола и затѣмъ уже тупымъ путемъ отдѣляетъ всѣ сращенія трубы и яичника; при гнойномъ сальпингитѣ всего 2 раза автору не удалось отдѣлить всѣхъ сращеній и пришлось ограничиться вскрытіемъ гнойника и дренажемъ во влагалище. Отдѣливши всѣ сращенія, перевязываютъ частичными лигатурами ножку опухоли и удаляютъ ее плоскимъ наконечникомъ термокаутера и тогда только переходятъ къ остановкѣ кровотеченія въ глубинѣ таза, что обыкновенно вполне удается; одинъ разъ только автору пришлось вставить дренажную трубку изъ Дугласа во влагалище и то чрезъ нѣсколько часовъ она была удалена, такъ какъ кровотеченіе остановилось; иногда приходилось прибѣгать къ *Paquelin*'овскому аппарату для остановки кровотеченія. Послѣоперационное теченіе самое благопріятное: температура повышалась выше 38° всего 7 разъ, при остромъ гнойномъ сальпингитѣ одинъ—два дня