

второмъ же введеніи ложечка попала случайно въ правый беременный рогъ и вызвала кровотеченіе. Плодное яйцо было удалено корнцангомъ. Шестъ мѣсяцевъ спустя больная вновь забеременела, причеиъ къ лѣвому беременному рогу прилегала правый мало увеличенный рогъ.

Инструктивность этого случая заключается въ указаніи того, на что можно натолкнуться при выскабливаніи матки съ цѣлью распознаванія виѣматочной беременности. Этотъ способъ, предложенный *Wyder*омъ, повидимому, сопряженъ съ большою опасностью и рискомъ для больной и потому мало пригоденъ и неудобопримѣнимъ въ частной практикѣ. Не попади случайно тупая ложечка въ беременный рогъ, діагнозъ виѣматочной беременности былъ бы, пожалуй, подтвержденъ изслѣдованіемъ подъ микроскопомъ кусочковъ слизистой оболочки, удаленныхъ изъ небеременнаго рога; при лапаротоміи выяснилось, бы конечно, эта въ практическомъ отношеніи очень и очень не маловажная, для жизни больной далеко не безопасная, ошибка.

XIII.

ДВѢНАДЦАТЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.

И. Т Ы Ш К О,

Ординатора Смоленской Губернской Земской больницы.

I.

Акулина О., крестьянка Смоленской губерніи, Бѣльскаго уѣзда, 54 лѣтъ, явилась ко мнѣ амбулаторно въ половинѣ апрѣля 1889 года, жалуясь на быстрое увеличеніе живота и сильную одышку. Осмотрѣвши ее и предполагая кистому яичника, я направилъ ее въ свою палату Смоленской больницы, гдѣ занимался тогда еще въ качествѣ экстерна ¹⁾.

20 апрѣля больная приѣхала въ больницу. При разспросѣ

¹⁾ Женскимъ отдѣленіемъ означенной больницы завѣдую съ іюля 1890 г.

оказалось слѣдующее. Съ годъ тому назадъ больная замѣтила въ правой половинѣ нижней части живота опухоль, безболѣзненную, довольно подвижную, неясно прощупывавшуюся. Въ то время опухоль доходила уже почти до пупка и медленно росла, не причиняя больной особыхъ неудобствъ. Въ октябрѣ 1888 г. больная упала съ высоты нѣсколькихъ аршинъ, послѣ чего поднялись сильныя боли во всемъ животѣ и уже весь животъ сталъ быстро увеличиваться. Въ ноябрѣ, по мѣрѣ увеличенія живота, стали отекать нижнія конечности, появились упорные запоры, чувство напирания въ рукавѣ и промежности и вскорѣ сталъ выпадать рукавѣ.

Регулы начались на 17-мъ году, установились сразу, по 4 дня, ежемѣсячно, не обильно; этотъ типъ регулъ сохранился до *climax*is'a, наступившаго на 46-мъ году. Замужъ вышла на 20-мъ году, родила разъ, 30 лѣтъ тому назадъ. Роды и послѣродовой періодъ были правильны. Кормила сама. Прежде всегда отличалась хорошимъ здоровьемъ. Нѣсколько лѣтъ уже страдаетъ сердцебиеніемъ и умѣренною одышкою, которая все усиливается по мѣрѣ увеличенія живота и въ настоящее время достигла крайней степени. За послѣдній годъ больная очень ослабѣла и замѣтно похудѣла. Спиртными напитками не злоупотребляла.

St. pr. Ростъ средній, тѣлосложеніе умѣренное, подкожножирный слой развитъ плохо, грудныя железы атрофированы; т° конечностей понижена. Отекъ нижнихъ конечностей, наружныхъ половыхъ органовъ, покрововъ живота и отчасти верхнихъ конечностей. Замѣтная синюха губъ и вообще лица, а также ногтей. Сильная одышка: больная сравнительно сносно себя чувствуетъ только въ сидячемъ положеніи, свѣсивши ноги и опершись обѣими руками въ кровать. Животъ чрезвычайно увеличенъ, почти такъ же равномерно, какъ при асцитѣ; только правая половина его (при лежачемъ положеніи на спинѣ) выдается немного больше, чѣмъ лѣвая. Окружность живота (при стояніи больной) на уровнѣ пупка 139 сант. От меча до пупка 40 с., отъ пупка до лобка 21 с., отъ *sp. anter. sup. dext.* до пупка 37 с., отъ *sp. anter. sup. sin.* до пупка 32 сант. Подкожныя вены развиты не особенно сильно. Животъ очень напряженъ, такъ что прощупать ничего нельзя. Флюктуація очень ясная, особенно въ верхней части живота. Діафрагма стоитъ высоко. При постукиваніи почти по всему животу абсолютно тупой звукъ. Только въ подложечной, правой (меньше) и лѣвой (больше)

поясничныхъ областяхъ есть тимпаническій отгѣнокъ. При положеніи больной на лѣвомъ боку, перкусіонный звукъ въ правой поясничной области выясняется замѣтно меньше, чѣмъ въ лѣвой поясничной, при лежаніи на правомъ боку. Въ нижележащей поясничной области, при боковомъ положеніи, звукъ абсолютно тупой. Половая щель зияетъ. Выпаденіе влагалища. Cystocele, rectocele. Матка неувеличена, смѣщена вправо. Своды, особенно лѣвый, выполнены эластическою, гладкою опухолью, болѣе напряженною и нѣсколько иначе флюктуирующею, чѣмъ животъ. Болѣе обстоятельное изслѣдованіе половой сферы невозможно. Мочиспусканіе болѣзненное и затруднительное. Моча насыщенная, мутноватая; содержитъ немного бѣлка; найдено нѣсколько гіалиновыхъ цилиндровъ и немного гюидныхъ шариковъ. Пульсъ 80—90 въ минуту, хорошаго наполненія, съ перебоями (черезъ 10—15 ударовъ). Тоны чисты; второй тонъ аорты акцентуированъ. Лѣвый желудочекъ увеличенъ. Рѣзкій атероматозъ доступныхъ изслѣдованію артеріальныхъ стволовъ. Дыханіе учащенное, поверхностное. Небольшой сухой кашель. Въ обоихъ легкихъ разбѣянные немногочисленные сухіе и влажные хрипы. Нижнія границы легкихъ выше, чѣмъ слѣдуетъ. Аппетитъ плохой. Языкъ обложенъ. Изжоги, тошноты нѣтъ. Запоры.

Въ виду серьезности положенія больной немедленно назначено: *tinct. valer. aether.* по 20 кап. 3—4 раза въ день, *infus. fol. digitalis e grX—5ij* по столовой ложкѣ чрезъ 2 часа и глицериновые клистиры ежедневно утромъ.

Черезъ три дня замѣтно было нѣкоторое субъективное улучшение и рѣшено сдѣлать пробный проколъ живота толстымъ троакаромъ (6 mm. въ діаметрѣ). По обеззараживаніи поля дѣйствія сдѣлана пункція на срединѣ линіи, соединяющей *sp. anter. sup. dextr* и пупокъ. Чрезъ канюлю троакара съ трудомъ вышло около двухъ чайныхъ ложекъ жидкой, прозрачной, студенистой массы, въ которой были взвѣшены тоже студенистые, прозрачные, но болѣе компактные, разной величины комочки.

На основаніи вышеизложеннаго поставленъ слѣдующій вѣроятный діагнозъ: *cystoma ovarii dextri colloides, cystoma ligamenti lati sinistri; arteriosclerosis universalis* (какъ послѣдствія его—огромный асцитъ и другія отечныя явленія).

Такъ какъ состояніе больной продолжало ухудшаться, то ей было предложено, какъ *ultimum remedium*, чревосѣченіе, на которое она согласилась и къ которому я приступилъ 28 ап-

рѣля при любезномъ участіи П. П. Энгельгардта, П. А. Строгонова, Краснобаева, Почтарева и Устромскаго.

Наканунѣ операциі сбриты волосы на лобѣ, дано слабительное и сдѣлана тепловатая ванна; въ день операциі, утромъ, поставленъ клистирь. Большая, свѣтлая операционная комната ¹⁾ наканунѣ была энергично провѣтриваема при помощи большой форточки и горящаго камнина. Операционный столъ, матрасъ и клеенка къ нему, столъ для инструментовъ и прочая мебель (вся выкрашенная маслянною бѣлою краскою), а также полъ, вымыты растворомъ сулемы (1:1000). Въ день операциі ^{t°} въ комнатѣ доведена до 18° R., каминъ же топился и во время операциі. Передъ операцией воздухъ комнаты въ теченіе часа насыщался распыленнымъ при помощи пароваго пульверизатора 10% карболовымъ растворомъ. Руки участвовавшихъ тщательно вымывались до локтей водою съ мыломъ при помощи щетки, а затѣмъ 5% карболовымъ растворомъ. Всѣ присутствовавшіе снимали свое верхнее платье въ сосѣдней комнатѣ и, войдя въ операционную, надѣвали длинный чисто вымытый халатъ. Инструменты, вычищенные наканунѣ мѣломъ, за часъ до операциі были погружены въ 5% карболовый растворъ, а затѣмъ переложены въ 2¹/₂% растворъ. Губки, совершенно новыя и хорошо выколоченныя, наканунѣ прокипачены въ 5% карболовомъ растворѣ, сохранялись въ томъ же растворѣ, а передъ операцией переложены въ 2¹/₂% растворъ; двѣ изъ нихъ, самыя большія, предназначались исключительно для туалета брюшины и во время операциі лежали въ 1% тепломъ растворѣ ас. carbolicі. Въ томъ же растворѣ (1%) лежали и компрессы изъ гигроскопической марли для удерживанія кишекъ при выпаденіи ихъ. Для вытиранія крови употреблялись ватные, завернутые въ марлю, шарики, пропитанные 2¹/₂% растворомъ ас. carb. и затѣмъ отжатые. Шелкъ, наканунѣ прокипаченный въ 5% растворѣ ас. carbolicі, сохранялся въ томъ же растворѣ, а во время операциі перекладывался въ 2¹/₂% растворъ. Кэтгутъ не употреблялся.

Передъ хлороформированіемъ больной вприснуто подъ кожу ¹/₅ грм. солянокислаго морфія и выпущена катетеромъ моча. При полномъ наркозѣ кожные покровы живота тщательно обмыты водою съ карболовымъ мыломъ при помощи щетки, затѣмъ 5%

¹⁾ Въ ней оперируются всѣ больные, кромѣ гангренозныхъ, заразныхъ и съ обширными нагноеніями.

растворомъ ас. carb. и, наконецъ, эфиромъ. Разрѣзь начать на 2 сант. ниже пупка и оконченъ на 3 сант. выше лобка. Послойными сѣченіями, казалось, мы прошли уже брюшину, послѣ чего въ просвѣтъ раны выпятилась бѣлесоватая толстостѣнная огромная опухоль, принятая нами за кисту, сросшуюся на всемъ протяженіи раны съ переднею брюшною стѣнкою. Чтобы найти поверхность кисты, не сращенную съ брюшною стѣнкою, разрѣзь продолженъ вверхъ, на 4 сант. выше пупка (обойдя его слѣва), но картина получилась та же. Въ надеждѣ, что эти сплошныя сращенія не очень обширны (въ стороны), рѣшено разрушать ихъ рукою, ножемъ, ножницами, накладывая, гдѣ нужно, лигатуры. Послѣ получасовой кропотливой работы случилось слѣдующее: при отдѣленіи одной, болѣе крѣпкой перемычки разорвалась эта quasi-стѣнка кисты и чрезъ образовавшееся отверстіе хлынуло огромное количество студенистой жидкости, однородной съ тою, кака я получена при пробномъ проколѣ, причемъ въ ней попадались и болѣе крупныя компактыя комки. Жидкости вылилось около двухъ ведеръ и появленіе ея еще больше доказывало намъ, что мы все время дѣйствовали правильно. Но вотъ въ образовавшемся отверстіи показались петли тонкихъ кишекъ, измѣненныхъ почти до неузнаваемости. Стало быть то, что мы приняты за стѣнку кисты, была очень утолщенная и измѣненная брюшина, а вся хлынувшая студенистая масса, помѣщалась свободно въ брюшной полости. Убѣдившись въ этомъ, я разрѣзалъ эту утолщенную брюшину во всю длину раны и приступилъ къ осмотру брюшной полости. Нижняя половина брюшной полости, начиная приблизительно отъ пупка, оказалась выполненною огромною опухолью, имѣющею видъ колоссальной виноградной грозди, подвижною, выходящею изъ правой половины таза, начинающеюся отъ правой широкой связки, которая образуетъ ножку опухоли, довольно короткую, толщиною около трехъ пальцевъ. Ножку я раздѣлилъ толстою шелковою лигатурою пополамъ, перевязалъ, перерѣзалъ и культю опустилъ въ брюшную полость. Матка оказалась смѣщенною вправо кистю, величиною съ головку доношеннаго ребенка, помѣщающеюся въ лѣвой широкой связкѣ и почти выполняющею малый тазъ и отчасти лѣвую подвздошную впадину. Въ виду ухудшенія пульса и безъ того уже плохого {прогноза 'quoad vitam, нечего было и думать о вылуценіи этой кисты, а рѣшено опорожнить ее, оттянуть вверхъ и, образовавши, такимъ образомъ, ножку, перевязать ее. Былъ вколотъ толстый троакаръ, но чрезъ ка-

нюлю его ничего не вышло, почему киста вскрыта ножомъ; содержимое ея оказалось бѣловатою студенистою массою, настолько густою, что она могла быть удалена только обѣими руками и вынута вся цѣликомъ. Образованная искусственно ножка кисты раздѣлена шелковою лигатурою пополамъ, перевязана, отрѣзана и опущена въ брюшную полость. Брыжжейка тонкихъ кишекъ и серозный покровъ ихъ представляютъ матовую розовую поверхность, покрытую мелкими ворсинчатыми разраженіями, дающими ощущеніе бархата и не много кровоточащими при дотрогиваніи къ нимъ. Петли тонкихъ кишекъ не склеены между собою. Серозная оболочка печени, желудка, селезенки и сальникъ, насколько удалось убѣдиться при бѣгломъ осмотрѣ, не измѣнены. Брюшина толстыхъ кишекъ, брыжжейки flexurae sigmoideae, отчасти малаго таза и брыжжейки тонкихъ кишекъ, затѣмъ брюшина задней стѣнки брюшной полости и отчасти боковыхъ— все покрыто довольно равномернымъ и толстымъ слоемъ плотной студенистой желтоватой прозрачной массы, не отдѣляющейся пальцемъ, такъ что слѣпая, восходящая и нисходящая ободочная кишка представляются какъ бы замуравленными въ эту массу. Кромѣ того, брюшина малаго таза и отчасти обѣихъ подвздошныхъ ямъ, особенно правой, усѣяна многочисленными легко отдѣляющимися разной величины (отъ лѣснаго орѣха до голубинаго яйца) узлами съ совершенно гладкою поверхностью и съ желтоватымъ густымъ студенистымъ прозрачнымъ содержимымъ. Эти узлы въполнѣ сходны съ тѣми, изъ которыхъ состоитъ удаленная гроздовидная опухоль. Удаливши по возможности все, что можно было отдѣлить и удалить изъ брюшной полости и произведя возможный туалетъ брюшины, я приступилъ къ закрытію полости живота. Въ нижній уголъ раны вставленъ толстый дренажъ. Часть измѣненной и отдѣленной брюшины отрѣзана ножницами, затѣмъ наложенъ узловый шовъ на брюшину и такой же на рану брюшныхъ покрововъ. Зашитая рана обильно посыпана іодоформомъ, затѣмъ положена въ нѣсколько разъ сложенная 30% іодоформенная марля, не толстая ватная подушка, восчанка, и, наконецъ, животъ туго забинтованъ широкимъ фланелевымъ бинтомъ. Больная перенесена въ чистую согрѣтую постель. Въ виду слабости пульса вприснуто подъ кожу два шприца эфира и назначено вино по столовой ложкѣ черезъ два часа.

Вечеромъ въ день операціи, t° 37,4°; пульсъ 110. Сильныя боли въ животѣ. Назначено: пузырь со льдомъ на животъ. Tinct. opii simpl. по 5 кан. чрезъ два часа.

29 апрѣля. Утромъ t° 37,6, п. 100. В. t° 37,8, п. 100. Состояніе то же.

30 апрѣля. Утромъ t° 38, п. 110. В. t° 38,3, п. 112. Смѣнена повязка. Небольшое вздутіе живота. Боли сильнѣе. Немного прослабило. Tinct. opii и холодъ продолжаются.

1 мая. У. t° 37,7 п. 112. В. t° 37,9, п. 118. Общее состояніе хуже. Вздутіе живота увеличивается. Боли очень сильныя. Была нѣсколько разъ рвота. Небольшая желтуха. Опій, ледъ по прежнему. На ночь подъ кожу $\frac{1}{2}$ гр. солянокислаго морфія. Глотать кусочки льда.

2 мая. У. t° 37,1, п. 120. В. t° 36,8, п. 120. Рѣзкое ухудшеніе. Большая осунулась. Рвота, вздутіе живота и боли усиливаются. Лѣченіе то же. Шприць эфира подъ кожу, каждые 3 ч.

3 мая. У. t° 36,5, п. 120. В. t° 36,3, п. 120—130, нитевидный. Сознаніе затемнѣно. Ухудшеніе всѣхъ явленій. Tinct. moschi orientalis по 15 кап. черезъ часъ. Въ 11 час. вечера—летальный исходъ.

Вскрытіе не было допущено родственниками.

Удаленная опухоль, исходившая, повидимому, изъ праваго lymphника, представляла массу, величиною больше головы взрослога человѣка и почти вся состояла изъ многочисленныхъ, разной величины (отъ лѣснаго орѣха до голубинаго яйца) кистъ, сросшихся въ одно цѣлое довольно крѣпко, такъ что при разединеніи ихъ стѣнки большею частію разрывались. Содержимое этихъ кистъ представляло совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, причемъ консистенція ея и степень наполненія кистъ неодинаковы: чѣмъ ближе къ ножкѣ опухоли, тѣмъ гуще содержимое кистъ и онѣ болѣе напряжены, и наоборотъ. Стѣнки кистъ вообще мало сосудисты, прозрачны, тонки такъ, что только послѣ разрыва нѣкоторыхъ кистъ и истеченія содержимаго можно убѣдиться, что послѣднее было заключено въ крайне тонкую оболочку. Стѣнки ближайшихъ къ ножкѣ опухоли кистъ менѣе прозрачны, толще, съ ясно видимыми кровеносными сосудами, исходящими изъ ножки. Однако не вся опухоль состояла изъ кистъ, болѣе или менѣе тѣсно соединенныхъ между собою: небольшая часть ея, у самаго основанія, величиною почти съ куриное яйцо, представлялась плотною, бугристою.

При микроскопическомъ, весьма, впрочемъ, неполномъ, изслѣдованіи найдено слѣдующее. Содержимое кистъ представляетъ собою однородную прозрачную жидкость, въ которой взвѣшенъ зернистый распадъ и попадаютъ кое-гдѣ крупныя круглыя

клетки съ неясно видимымъ ядромъ и крупно-зернистымъ содержимымъ. На срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ нижней, болѣе плотной части опухоли, оказывается, что она состоитъ изъ разной величины полостей, заложенныхъ въ соединительно-тканной малоядерной стромѣ и выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ болѣе крупныхъ полостяхъ дѣлается низкимъ, кубовиднымъ, очень зернистымъ.

Итакъ, въ этомъ случаѣ мы встрѣтили своеобразное новообразование праваго ячника, метастазы его на сосѣдней брюшинѣ, своеобразное пораженіе послѣдней и кистому лѣвой широкой связки.

Приводимый случай новообразованія праваго ячника представляетъ, повидимому, одну довольно рѣдко встрѣчаемую форму железистой кистомы, такъ называемую гроздовидную кистому, описанную лишь недавно.

Olshausen ¹⁾ на 300 оваріотомій, видѣлъ лишь два случая гроздовидной кистомы. Дѣло шло объ опухоли, состоявшей изъ многочисленныхъ разной величины тонкостѣнныхъ пузырей съ прозрачнымъ желтоватымъ содержимымъ. Въ общемъ новообразование имѣло видъ большой виноградной грозди или увеличеннаго пузырьнаго заноса. *Olshausen* думаетъ, что эти опухоли развиваются изъ ячника и видѣлъ злокачественный рецидивъ во второмъ своемъ случаѣ. Начинаящееся раковое перерожденіе констатировано, впрочемъ, уже во время операциі.

Одинъ подобный случай приводитъ *Ziegler* ²⁾. Ему былъ присланъ изъ Тюбингенской гинекологической клиники *v. Säxinger'a* одинъ экземпляръ такой кистомы. Въ этомъ случаѣ были метастазы по всей брюшной полости. *Ziegler* не согласенъ съ *Olshausen'омъ* относительно ячниковаго происхожденія этихъ кистъ и отказывается дать какое либо другое опредѣленное объясненіе.

Cohn ³⁾ и *Baumgarten* ⁴⁾ описали по одному случаю. У *Cohn'a* опухоль была величиною въ два кулака и не имѣла злокачественнаго характера.

Hofmeier ⁵⁾ видѣлъ четыре такихъ случая, изъ которыхъ два

1) Centr. f. Gynäk. 1884. № 42—43. Медиц. Об. 1885, № 115, стр. 243.

2) Рук. Общей и частной Патол. Анатоміи, 1886, стр. 1156.

3) Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. XII. H. 1. *Winkel.* Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1890, p. 633.

4) Virchow's Arch. Bd. 97. 1884. P. 1. Цитир. по *Schroeder'y.*

5) Grundriss der Gynäcologischen Operationen, 1888, p. 276.

оперировать и приводить въ своемъ руководствѣ *Schroeder* ¹⁾ (въ одномъ получился злокачественный рецидивъ), а два—оный самъ. Во второмъ случаѣ *Hofmeister*'а было начинающееся кистозное перерожденіе и другого яичника, причемъ микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразование не имѣло злокачественнаго характера, какъ это казалось во время операціи.

Fritsch ²⁾ наблюдалъ нѣсколько подобныхъ случаевъ и, вслѣдствіе постепенно возвращавшагося асцита и небольшого размѣра кистъ, причисляетъ ихъ къ карциноматознымъ папилломамъ.

Winkel ³⁾ три раза видѣлъ гроздовидную кистому. Первый случай встрѣтился ему еще въ 1865 году. Во второмъ случаѣ, кромѣ небольшихъ кистовидныхъ опухолей обоихъ яичниковъ, была первичная интерстиціальная саркома тѣла матки съ многочисленными метастазами во внутреннихъ органахъ. Третье его наблюденіе касается больной, умершей въ его клиникѣ въ 1885 году отъ распространеннаго рака половой сферы.

Осенью прошлаго года я вскрывала больную 51 года, умершую отъ истощенія. Въ теченіе трехъ послѣднихъ лѣтъ ея жизни ей была сдѣлана 46 разъ пункція живота троакаромъ вслѣдствіе огромнаго скопленія жидкости въ брюшной полости. Пункція дѣлалась чрезъ каждыя 3—5 недѣль, причемъ выпускалось всякій разъ 2—2½ пуда прозрачной, желтоватой, богатой бѣлкомъ, сиропообразной жидкости, становившейся все гуще и гуще и при послѣднихъ пункціяхъ имѣвшей видъ студени. По опорожненіи брюшной полости въ ней можно было прощупать двѣ опухоли: одна, съ человѣческую голову, бугристая, довольно плотная, помѣщалась надъ пупкомъ и легко смѣщалась вверхъ, въ правое подреберье; другая, немного меньше, тоже бугристая, подвижная и плотная, прощупывалась ниже пупка, надъ входомъ въ тазъ, и повидимому не находилась въ тѣсной связи съ половой сферой (было выпаденіе влагалища и опущеніе матки). Прижизненный діагнозъ былъ: циррозъ печени (верхняя опухоль) и хроническое, быть можетъ, злокачественное перерожденіе брюшины. Нижняя опухоль принята за спавшійся въ одно цѣлое кишечникъ. При вскрытіи оказалось слѣдующее. Въ брюшной полости около пуда жидкой студенистой массы, въ которой попадаются бѣловатые фибриновые хлопья. Паріетальная брюшина, осо-

¹⁾ Рук. къ болѣзн. женск. полов. орган. 1890, стр. 455.

²⁾ Женскія болѣзни. 1889, стр. 390.

³⁾ Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1890, p. 634.

бенно въ нижней половинѣ брюшной полости, очень утолщена, (3—6 мм.) плотна, покрыта повсюду слоемъ бѣловатой вязкой густой студени, которую можно было лишь съ трудомъ отдѣлить пальцемъ. Верхняя опухоль оказалась тонкими кишками и салпикомъ, спаянными въ одинъ клубокъ такъ крѣпко, что разъединить ихъ, безъ нарушенія цѣлости кишекъ, не было никакой возможности. Печень и селезенка на своихъ мѣстахъ, уменьшены. Нижняя опухоль исходила изъ правой широкой связки и имѣла ножку длиною около 10 сант., толщиною съ палець ¹⁾). Серозный покровъ матки, пузыря и широкихъ связокъ былъ очень измѣненъ, такъ что съ трудомъ удалось отпрепаровать правую и лѣвую трубу и лѣвый яичникъ, которые оказались неизмѣненными, но совершенно замуравленными толстыми перитонеальными перепонками и слоемъ плотной студени. Правый яичникъ не найденъ, такъ что новообразованіе, выходящее изъ тазовой полости, повидимому, развилось изъ него. Оно состояло изъ двухъ частей, совершенно отдѣльных, но прикрѣпившихся къ одной и той же ножкѣ, очень близко одна отъ другой. Одна часть, меньшая, съ кулакъ взрослога, вся состоитъ изъ кистъ, величиною отъ горошины до голубиного яйца. Большая часть кистъ сидитъ на отдѣльныхъ ножкахъ. Чѣмъ меньше кисты, тѣмъ прозрачнѣе и тоньше ихъ стѣнки. Содержимое кистъ—желтоватая прозрачная жидкость, серознаго характера. Другая часть опухоли, величиною въ два кулака, слегка бугриста, равномерно плотна и на разрѣзѣ представляется состоящею изъ многочисленныхъ разной величины гнѣздъ, наполненныхъ желтовато студенистою вязкою массою (коллоидная многокамерная железистая кистома).

На основаніи только что изложеннаго видно, что и здѣсь мы имѣли дѣло съ т. наз. гроздовидною кистомою, осложненною такимъ же перерожденіемъ брюшины, какое мы видѣли въ первомъ нашемъ случаѣ, но не давшю еще метастазовъ на брюшину.

Въ чемъ состоитъ описываемое измѣненіе брюшины, кака я этиологія и прогнозъ его, какъ часто оно встрѣчается? Постараюсь отвѣтить на это на основаніи имѣющагося у меня литературнаго матеріала.

¹⁾ Вдоль всей ножки шла правая труба, такъ что *fimbria* находились у основанія опухоли.

Gruveilhier ¹⁾ и *Ziegler* ²⁾ видятъ здѣсь одну изъ разновидностей рака (коллоидный, миксоматозный родъ), допуская при этомъ, что это—какая-то особая форма рака мѣстнаго, безъ наклонности къ распространенію и къ общей генерализаціи, съ крайне медленнымъ теченіемъ, такъ сказать, доброкачественная форма.

Péan ³⁾ одинъ изъ первыхъ обратилъ вниманіе на связь, существующую между овариальными кистами и этимъ поражениемъ брюшины и далъ послѣднему названіе «maladie gélatinage du péritoine», не выяснивши сущности процесса.

Beinlich ⁴⁾ и *Mennig* ⁵⁾ считаютъ встрѣчающіяся въ брюшной полости студенистыя массы продуктомъ заболѣванія брюшины, вызваннаго зараженіемъ содержимымъ особой группы овариальныхъ опухолей, т. н. «миксомъ яичника».

Werth ⁶⁾ назвалъ это заболѣваніе «pseudomyxoma peritonei». Въ своемъ случаѣ онъ нашель, что брюшина и ея эндотелій подъ приставшими студенистыми массами остались нетронутыми и что отъ поверхности брюшины отходили соединительнотканные отростки и новообразованные сосуды, которые по всѣмъ направленіямъ проникали въ приставшія массы. Поэтому *Werth* полагаетъ, что это измѣненіе брюшины есть хроническое воспаленіе ея, реакція ея на раздраженіе коллоидными массами, попавшими въ брюшную полость послѣ разрыва овариальной кисты. Перензлѣдованіе препаратовъ *Mennig*'а еще больше убѣдило его въ этомъ.

Swiecicki ⁷⁾ описалъ случай, гдѣ діагносцирована была киста яичника и при чревосѣченіи оказалось, что брюшная полость наполнена коллоиднымъ веществомъ и туалетъ брюшной полости невозможенъ вслѣдствіе плотнаго прикрѣпленія этого вещества къ гиперемированной и покрытой экхимозами брюшинѣ; это же вещество наполняло кисту, стѣнка которой имѣла разрывъ, была очень хрупка, такъ что рвалась при выведеніи опу-

¹⁾ Медиц. Обозр., 1886 г., № 24, стр. 1060.

²⁾ Рук. Общ. и Част. патол. анат., 1886 г., стр. 1158.

³⁾ Diagn. et trait. des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. Цитир. по Феноменову, см. ниже.

⁴⁾ Zur kasuistie der Ovarialtumoren. Charité-Annalen. 1874. Bd. I. Тоже.

⁵⁾ Ueber myxomatöse Entartung des Bauchfell bei multiloc. Kystom des Ovarium. 1880. Тоже.

⁶⁾ Archiv f. Gynäk. Bd. XXIV. Hft. 1. Медиц. Обозр. 1885. № 15, стр. 245.

⁷⁾ Central. f. Gynäk. 1885. № 44. Медиц. Об. 1886. № 16, стр. 332.

холи наружу. Разрывъ кисты произошел незадолго до операциі и послѣ него все время были сильныя боли. Больная выздоровѣла.

Korn ¹⁾ въ клиникѣ *Leopold'a* видѣлъ больную, у которой въ 1880 году была сдѣлана лѣвосторонняя овариотомія и которая въ 1885 году явилась опять съ огромнымъ животомъ. При изслѣдованіи была предположена однополостная киста праваго яичника. При операциі найдено много коллоидныхъ массъ въ брюшной полости и разрывъ кисты на задней стѣнкѣ. Киста не могла быть удалена цѣликомъ, но резецирована и культя вшита въ нижній уголъ раны. Больная выздоровѣла. Микроскопическое изслѣдованіе брюшины показало только воспаленіе ея и отсутствіе миксоматознаго перерожденія.

Schlegtehdall описалъ два случая зараженія брюшины коллоидными массами, кончившіеся летально. Первый случай ²⁾ ему встрѣтился въ 1885 году, второй ³⁾—въ 1886 г. Оба случая эти интересны еще и въ томъ отношеніи, что во время операциі и особенно при аутопсіи въ брюшной полости найдено, кромѣ студенистыхъ массъ, множество метастазовъ овариальной кистомы въ видѣ мелкихъ кистъ (величиною отъ просянаго зерна до лѣснаго орѣха), попадавшихся на висцеральной и паріетальной брюшинѣ. Первый случай такихъ метастазовъ описать еще *Baumgarten* ⁴⁾; извѣстны также случаи *Rungc* ⁵⁾, *Olshassen'a* ⁶⁾, *Poggi* ⁷⁾, *Kolaczek'a* ⁸⁾ изъ клиники *Martin'a*, *Fränkel'a* ⁹⁾ изъ клиники *Billroth'a*; сюда же надо отнести и нашъ первый случай.

Netsel ¹⁰⁾ приводитъ 7 своихъ и 13 чужихъ случаевъ т. наз.

¹⁾ Centralblatt f. Gynäkol. 1885. № 52. Медц. Обзор. 1886 г. № 16, стр. 333.

²⁾ Centr. f. Gynäk. 1885. № 38. Мед. Об. 1886 г. № 16, стр. 325.

³⁾ Berlin. klin. Wochenschrift, № 2—3. Медицина въ 1886 г. (Годичникъ Спримона), стр. 322.

⁴⁾ *F. Winckel*. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, pp. 890 и 651. Virchows Archiv. Bd. 97, p. 1.

⁵⁾ *F. Winckel*, l. c.

⁶⁾ l. c., p. 650—651 и Медц. Обзор. 1886. № 16, стр. 325 и 326.

⁷⁾ Traité de Gynécologie, 1890, p. 730.

⁸⁾ Ibidem, p. 731.

⁹⁾ Ibidem, p. 731.

¹⁰⁾ Centr. f. Gynäkol. 1883, № 6. 1884, № 6. 1886, № 35. Медц. Обзор., 1886 г., № 16, стр. 1061—1069.

pseudomuxoma peritonei и говорить, что эта болѣзнь встрѣчается вообще рѣдко, обыкновенно въ возрастѣ за 40 лѣтъ и протекаетъ клинически, какъ и простая киста яичника, только животъ увеличивается быстрѣе. На основаніи своихъ микроскопическихъ изслѣдованій и теоретическихъ соображеній онъ утверждаетъ, что причиною и исходною точкою накапливающихся при этомъ въ брюшной полости миксоматозныхъ продуктовъ есть особое заболѣваніе яичниковъ—«*muxoma ovarii*», тѣмъ болѣе, что въ большинствѣ его случаевъ разрыва опухолей не было. Изъ 7 его больныхъ выздоровѣло 6.

Donat ¹⁾ видѣлъ въ клиникѣ *Sänger*'а слѣдующій случай. При оваріотоміи послѣ разрыва кисты яичника брюшная полость оказалась наполненною студенистою массою, покрывавшею всѣ брюшные органы; паріетальная брюшина представлялась въ видѣ бѣловатой мутной гіалиновой оболочки, а въ студенистой массѣ замѣчались кое-гдѣ темнокрасные экхимозы и нѣжныя развѣтвленія сосудовъ. Послѣ удаленія кисты и студенистыхъ массъ полость брюшины промыта смѣсью растворовъ поваренной соли и салициловаго натра и больная выздоровѣла. Въ своихъ воззрѣніяхъ на этотъ болѣзненный процессъ *Donat* сходится съ *Werth*'омъ, видитъ здѣсь хроническое воспаленіе брюшины, вызываемое раздраженіемъ излившейся изъ разорванной кисты коллоидной массы и предлагаетъ назвать эту форму перитонита «*Fremdkörper-Peritonitis*».

Terillon ²⁾ сообщилъ о больной, у которой во время оваріотоміи въ брюшную полость попало коллоидное содержимое кисты. Черезъ два мѣсяца больная явилась опять съ большимъ животомъ. При вторичномъ чревосѣченіи брюшная полость оказалась наполненною коллоидными массами и 6 мѣсяцевъ спустя больная умерла отъ истощенія.

Гиммельфарбъ ³⁾ при вскрытіи больной, умершей въ Одесской больницѣ безъ операціи, нашель слѣдующее: полость живота сильно растянута студенистыми массами, которыя мѣстами плотно склеены съ подлежащею брюшиною; многокамерная киста праваго яичника, наполненная тѣмъ же студенистымъ содержимымъ и имѣющая на верхнезадней стѣнкѣ своей разрывъ

¹⁾ Archiv f. Gynäkol. Bd. 26. Hft. 3, p. 478. Медицина въ 1886 г. (Годичникъ Спримона), стр. 331.

²⁾ Archiv de tocologie. 1886. № 1. Годичникъ Спримона, 1886, стр. 331.

³⁾ Медицинское Обозрѣніе, 1886 г., № 24, стр. 1060—1070.

длинною около 8 сант. На основаніи тщательнаго изслѣдованія своего случая онъ утверждаетъ, что описываемое измѣненіе брюшины есть хроническое воспаленіе ея, вызванное присутствіемъ коллоидныхъ массъ, отъ которыхъ она стремится избавиться путемъ организациі ихъ и относить это заболѣваніе къ общей группѣ «разлитаго неинфекціоннаго перитонита», на который обратилъ вниманіе *Schroeder* 1).

Феноменовъ 2) въ теченіе 2-хъ лѣтъ встрѣтилъ 4 случая *Pseudomuxoma peritonei*, не считаетъ, поэтому, это заболѣваніе особенною рѣдкостью и относительно сущности его присоединяется къ мнѣнію *Werth'a*. Два изъ этихъ четырехъ случаевъ описаны *Магницкимъ* 3), который, изслѣдуя подъ микроскопомъ кусочки измѣненной брюшины, вырѣзанной у живой во время операциі, нашелъ картину хроническаго воспаленія. При этомъ *Феноменовъ* указываетъ, что иногда во время операциі очень трудно отличить патологически измѣненную брюшину отъ стѣнки кисты и поэтому легко впасть въ ошибку и, вмѣсто отдѣленія опухоли отъ брюшины, отслонить эту послѣднюю отъ подбрюшной клетчатки. Такая ошибка тѣмъ болѣе при *Pseudomuxoma peritonei* возможна, что при разрѣзѣ вытекаетъ студенистое вещество и кажется, что разрѣзъ проникъ въ полость кисты, между тѣмъ какъ, на самомъ дѣлѣ, вскрыта только брюшная полость (какъ это и было въ нашемъ случаѣ). Въ такихъ случаяхъ *Феноменовъ*, не стѣсняясь, изсѣкалъ значительные участки брюшины и дурныхъ послѣдствій отъ этого не видѣлъ.

Оттз 4) оперировалъ больную, 57 лѣтъ, съ огромнымъ (107 стн.) животомъ, столь напряженнымъ, что заранѣе нельзя было поставить опредѣленной діагностики. При чревосѣченіи брюшная полость оказалась наполненною студенистою массою, напоминавшею яблочный кисель; вся брюшина была покрыта плотнымъ приставшимъ слоемъ той же массы. Найдена также многополостная, наполненная тою же массою, большая киста праваго яичника, съ лопнувшею большею полостью. *Оттз* считаетъ встрѣченное имъ заболѣваніе брюшины, подобно *Werth'у*, не за мик-

1) Zeitschrif. Geburtsh. und Gyn. Bd. XII. Hft. 2. 1886. Central. f. Gynäk. 1886, № 24. Годичникъ Спримона. 1886, стр. 331.

2) Врачъ. 1888. № 3, стр. 49.

3) Дневникъ Общества врачей при Казанскомъ университетѣ, 1887 г., №№ 10—11.

4) Врачъ, 1888, стр. 287.

сому брюшины, но за т. наз. реактивный перитонитъ. Его большая выздоровѣла.

Аналогичный случай приводитъ *Березницкій* ¹⁾: больная, 45 лѣтъ, окружность живота 124 сант., при проколѣ троакаромъ получено лишь немного студенистой массы. Брюшная полость оказалась при операціи наполненною громаднымъ количествомъ желтой студени, приставшей мѣстами къ поверхности кишекъ и другихъ внутренностей. Брюшина утолщена, шероховата, съ трудомъ очищается отъ приставшихъ массъ. Многокамерная тонкостѣнная киста леваго яичника съ розорвавшимся большимъ мѣшкомъ. Содержимое кисты—та же студенистая масса. Больная умерла, на 12-й день послѣ операціи.

Hofmeier ²⁾ считаетъ эту студень остаткомъ попавшаго въ брюшную полость студенистаго содержимаго лопнувшихъ овариальныхъ кистомъ, не всосавшагося, но вступившаго въ тѣсную органическую связь съ брюшиною. Изліяніе содержимаго кистомъ въ брюшную полость обыкновенно не сопровождается, по наблюденію *Hofmeier*'а, никакими явленіями; иногда же при этомъ бываетъ очень бурная картина: высокая температура, явленія коллапса и остраго перитонита; такихъ случаевъ онъ видѣлъ нѣсколько.

Такого же мнѣнія о сущности *Pseudomyxoma peritonei* и *Schroeder* ³⁾. Онъ дѣлаетъ весьма неблагоприятное предсказаніе при этомъ заболѣваніи и говоритъ, что излившаяся изъ кисты студень, производя раздраженіе паріетальнаго и висцеральнаго листковъ брюшины и получая питательныя вещества отъ брюшины чрезъ вросшія въ нее (студень) вновь образующіеся кровеносныя сосуды, можетъ разрости до чрезвычайныхъ размѣровъ. Такимъ злокачественнымъ характеромъ отличается лишь плотное студневидное содержимое кисты, которое, не всасываясь, долго лежитъ въ брюшной полости; въ остальныхъ случаяхъ жидкость, изливающаяся изъ кисты, всасывается брюшиною.

Possi ⁴⁾ объясняетъ это заболѣваніе брюшины результатомъ зараженія ея студенистымъ содержимымъ яичниковыхъ кистомъ и различаетъ: 1) зараженіе, происходящее во время овариотоміи

¹⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, 1888, стр. 663.

²⁾ Grundriss der Gynäkologischen Operationen, 1888, p. 278.

³⁾ Рук. къ бол. женск. полов. органовъ, 1890, стр. 456—457.

⁴⁾ Traité de Gynécologie clinique et opératoire, 1890, p. 729—732.

и 2) зараженіе самостоятельное, безъ нашего оперативнаго вмѣшательства; въ послѣднемъ случаѣ онъ допускаетъ произвольный разрывъ кистомъ.

Въ обоихъ нашихъ случаяхъ не замѣчены разрывы кистъ, по они, конечно, могли происходить вслѣдствіе крайней тонкости стѣнокъ кистъ, тѣмъ болѣе, что въ первомъ случаѣ была травма (паденіе съ высоты), послѣ которой именно и начался быстрый ростъ живота.

Изъ всего вышесказаннаго о *Pseudomyxoma peritonei* видно, что позднѣйшіе авторы, въ объясненіи сущности заболѣванія, раздѣлились на два лагеря. Меньшинство видятъ здѣсь «слизистое перерожденіе» брюшины, какъ послѣдствіе «мухома ovarii». Большинство же, отрицая совсѣмъ существованіе миксомы яичника (напр. *Ackermann*¹⁾), признаютъ тутъ особую форму реактивнаго разлитаго хроническаго перитонита, а причиною его считаютъ попадающее въ брюшную полость (при операціи или при произвольномъ разрывѣ) густое содержимое овариальныхъ кистомъ. Что касается прогноза и частоты болѣзни, то изъ свѣдѣнаго явствуется, что она часто ведетъ къ летальному исходу и встрѣчается довольно рѣдко.

II.

Анна Г., 34 лѣтъ, витебская мѣщанка, поступила въ больницу 2 декабря 1890 года, жалуясь на сильныя боли внизу живота, въ пахахъ, въ крестцѣ, на обильныя менструаціи и на опухоль въ брюшной полости.

Вышла замужъ на 17-мъ году. Черезъ два года первые роды доношеннымъ не живымъ ребенкомъ. Еще черезъ два года благополучные срочные роды; ребенокъ живъ и теперь. Затѣмъ было два мертворожденія подрядъ, оба на 7-мъ мѣсяцѣ беременности; послѣдній разъ около 7 лѣтъ тому назадъ. Регулы всегда были обильны, особенно послѣ послѣдней беременности, и сопровождались сильными болями внизу живота и въ пахахъ. Лѣтъ пять тому назадъ было почти непрерывное маточное кровотеченіе, продолжавшееся около 10 мѣсяцевъ. Послѣ этого регулы стали ходить съ неправильными промежутками, и только въ этомъ году сдѣлались болѣе правильными по времени появленія, но, по преж-

¹⁾ *Olshausen*. Die Krankheiten der Ovarien. 2 Aufl., 1886, p. 128.

нему, обильны и сопровождаются сильными болями внизу живота, въ нахахъ и въ крестцѣ. Вскорѣ послѣ послѣдней беременности большая замѣтила въ животѣ опухоль величиною съ кулакъ, очень подвижную, довольно твердую, мало болѣзненную, медленно растущую.

St.pr. Больная роста средняго, тѣлосложенія и питанія хорошаго, немного малокровна. При изслѣдованіи живота, въ лѣвой подвздошной впадинѣ прощупывается опухоль, величиною съ дѣтскую головку, круглая, эластичная, мало болѣзненная, легко подвижная. Она легко можетъ быть приподнята до и даже выше пупка, труднѣе смѣщается въ правую половину брюшной полости и свободно опускается въ малый тазъ. Флюктуация опухоли неясна. Матка въ нормальномъ положеніи, увеличена, плотна и болѣзненна. Прощупать ясно яичники не удается вслѣдствіе значительнаго ожирѣнія брюшныхъ покрововъ; область ихъ болѣзненна, и повидимому они увеличены. Изслѣдованіе другихъ органовъ дало отрицательные результаты.

На основаніи вышензложеннаго поставленъ діагнозъ: киста лѣваго яичника, хроническій метритъ и оофоритъ (?).

5-го декабря чревосѣченіе ¹⁾. Приготовленіе больной, операціонной комнаты и антисептика въ общемъ тѣ же, какъ и при первомъ чревосѣченіи. Впрочемъ, карболовые растворы употреблялись меньше. Такъ, руки участвующихъ обмывались растворомъ сулемы (1:1000); шелкъ киятился въ теченіе часа въ растворѣ сулемы (1:1000) и сохранялся въ немъ же. Кэтгутъ вымывался водой съ мыломъ, растворомъ сулемы (1:1000), наматывался на катушки, выдерживался три дня въ безводномъ алкогольѣ, затѣмъ въ чистомъ *ol. juniperi e ligno* и сохранялся въ смѣси *ol. juniperi* съ 1% спиртнымъ растворомъ сулемы (1:3). Губки изгнаны, а вмѣсто нихъ имѣлись въ запасѣ разной величины компрессы изъ гигроскопической марли, сохранявшіеся въ 5% карболовомъ растворѣ и во время операціи перекладывавшіеся въ теплый растворъ сулемы (1:3000). Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ начать на 2 пальцаниже пупка. По вскрытіи брюшной полости, оказалось, что мы имѣемъ дѣло съ кистой, выходящею изъ лѣвой широкой связки. Лѣвая фаллопиева труба утолщена, вытянута и лежитъ на опухоли. Оба яичника свободны, увеличены (правый съ куриное яйцо, лѣвый поменьше) и цѣликомъ кистозно перерождены. Лѣ-

¹⁾ Ассистировали: П. П. Энгельгардтъ, Н. С. Грѣховъ, Д. В. Станиславскій, В. П. Манихинъ и А. Д. Бирштейнъ.

выйй яичникъ не имѣеть никакой тѣсной связи съ кистой. Въ виду перерожденія яичниковъ, рѣшено ихъ удалить. Для этого лѣвая широкая связка раздѣлена на три пучка шелковыми лигатурами, перевязана и затѣмъ перерѣзана; лѣвый яичникъ и труба удалены вмѣстѣ съ опухолью; культя опущена въ брюшную полость. Такимъ образомъ удалены, послѣ предварительнаго наложенія лигатуры, и правый яичникъ. Сращеній съ сосѣдними органами не было, но на кистѣ и яичникахъ были нѣжныя перепонки. Брюшная рана зашита трехъэтажнымъ швомъ: скорняжный катгуттовый на брюшину, узловый шелковый на апоневрозы и мышцы и такой же на кожныя покровы. Иодоформенная повязка. Операция продолжалась часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ довольно хорошо. Въ первыя сутки была рвота раза 3—4. Назначено: ледъ. *tinct opii simpl.* по 5 кап. и суппозиторій съ *gr 1/3 extr opii aqusi* утромъ и вечеромъ. На второй день утромъ—сильныя боли въ животѣ. Инъекція морфія *gr. 1/6* и ледъ на животъ, послѣ чего боли прекратились и больше не появлялись. На 4-ый день повязка немного сбилась, почему и смѣнена: швы держатся прекрасно, немного сукровичнаго отдѣляемаго на повязкѣ. T° все время нормальная. На 6-й день t° 38,6. Не слабило. Незначено слабительное. Прослабило и t° упала до 37. На 10-й день сняты швы: *prima intentio* по всюду. Больной позволено сидѣть, а еще черезъ пять дней и вставать съ постели.

Удаленная киста, вѣсомъ 2600 грам., имѣеть тонкія полупрозрачныя стѣнки. Содержимое ея—легко подвижная и свѣтлая, какъ вода, жидкость съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,006, съ ничтожнымъ количествомъ бѣлка (кипяченіе, реакція съ азотной и уксусной кислотами). Реакція слабо щелочная. При микроскопическомъ изслѣдованіи на многихъ препаратахъ найденъ только одинъ лимфоидный шарикъ. Ножка кисты состояла изъ очень вытянутой лѣвой широкой связки и была длиною около 10 сантим. На основаніи вышесказаннаго можно заключить, что эта киста произошла изъ лѣваго пароварія. Оба яичника, какъ сказано, были кистозно перерождены. Они содержали много мелкихъ кистъ (самая большая—съ крупный лѣсной орѣхъ).

Больная эта—изъ моей частной практики, находится и теперь подъ моимъ наблюденіемъ. Регулы прекратились; нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи были *molimina menstrualia*. Матка подвижная, замѣтно уменьшилась, безболѣзненна. Больная немного пополнила и вполнѣ здорова.

III.

Вѣра В., Смоленская мѣщанка, 18 лѣтъ, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ, жалуясь на маточныя кровоточенія, умѣренныя боли внизу живота и очень сильныя (отдающія въ правую ногу) въ крестцѣ. Я посовѣтовала ей поступить въ больницу, куда она и явилась 15-го января 1891 г.

Замужемъ около двухъ лѣтъ. Разъ родила, семь мѣсяцевъ тому назадъ, въ срокъ. Ребенокъ вскорѣ умеръ. Въ концѣ декабря прошлаго года было сильное маточное кровоточеніе, со сгустками и съ сильными схваткообразными болями въ животѣ, продолжавшееся съ недѣлю (выкидышъ?). До этого регулъ не было два мѣсяца. Послѣ двухнедѣльнаго промежутка кровоточеніе опять возобновилось и продолжалось почти безъ перерыва до поступления въ больницу. Раньше регулы были всегда правильны, по 3 дня, на 4-ой недѣлѣ; начались на 13-мъ году, установились сразу.

Больная хорошо сложена, умѣренно, малокровна. При ощупываніи живота, кромѣ болѣзненности внизу его, не найдено ничего особеннаго. Матка немного увеличена, болѣзнена, въантеверсіи, подвижна. Лѣвый яичникъ не увеличенъ. Праваго найдти нельзя. Въ заднемъ сводѣ прощупывается гладкая, эластическая опухоль, величиною съ апельсинъ, неболѣзненная, довольно подвижная (можетъ быть перемѣщена in cavum vesico-uterinum), находящаяся въ связи съ маткою при помощи довольно длинной тонкой ножки. Небольшое кровоточеніе изъ матки. Linea alba пигментирована. Въ грудяхъ немного молозива.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextri. Subinvolutio uteri post abortum.*

Лѣченіе: спринцованіе растворомъ сулемы (1:2000) утромъ и вечеромъ, *Extr. fluid. Hydrastis Canadensis* по 25 кап. три раза въ сутки, покойное положеніе въ постели.

Черезъ три дня кровоточеніе прекратилось.

24 января чревосѣченіе ¹⁾. Послойный разрѣзь брюшной стѣнки по linea alba начать на три пальца ниже пупка. По вскрытіи брюшной полости, помощникъ, введя палець во влагалище и надавливая на задній сводъ, вытолкнулъ опухоль изъ задняго Дугласова пространства, послѣ чего мнѣ безъ труда удалось за-

¹⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ и Д. В. Станиславскій.

хватить кисту рукою, введенною въ полость живота, и извлечь ее наружу. Рожка кисты перевязана шелковою лигатурою въ два пучка, перерѣзана и культи опущена въ брюшную полость. Трубы и лѣвый яичникъ оказались нормальными и оставлены на мѣстѣ. Кетгутовый непрерывный шовъ на брюшину, такой же шовъ на мышцы и апоневрозъ, узловый шелковый шовъ на кожные покровы. Присыпка іодоформомъ; іодоформенная марля, ватная подушка. Животъ туго забинтованъ фланелевымъ бинтомъ. Операция продолжалась съ часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко: сильныхъ болей въ животѣ не было, т^о все время была нормальною.

На 9-й день сняты швы: вездѣ *prima intentio*. На 14-й день больной позволено сидѣть, на 20-й встать съ постели.

Удаленная киста однополостная, съ довольно тонкими, не просвѣчивающими, бѣлесоватыми стѣнками; часть ихъ, въ области ножки уплотнена, утолщена и слегка бугриста; микроскопическое изслѣдованіе этого мѣста дало намеки на яичниковую ткань. Форма кисты правильно овальная, содержимое—свѣтлая, слегка желтоватая жидкость, съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,012, слабо щелочной реакціи, содержитъ довольно много бѣлка. Микроскопическое изслѣдованіе жидкости дало отрицательные результаты. На основаніи вышеизложеннаго надо думать, что эта киста есть настоящая *hydrops follicularis*, съ атрофіей яичниковой ткани.

Большая эта вскорѣ послѣ операциі забеременѣла и родила благополучно 28 марта 1892 г. живого доношеннаго ребенка въ родильномъ отдѣленіи больницы. Все это время она находилась подъ моимъ наблюденіемъ и была вполне здорова.

IV.

Прасковья Н., 20 лѣтъ, крестьянка Краснинскаго уѣзда, Смоленской губерніи, поступила 1 мая 1891 г., жалуясь на сильныя постоянныя боли въ поясницѣ и внизу живота, особенно въ правой половинѣ, и общую слабость.

Родила разъ, два года тому назадъ, благополучно, въ срокъ, живого ребенка. Регулы до послѣдняго времени всегда были правильны по типу, но сопровождалась болями внизу живота и въ поясницѣ. Послѣдніе регулы опоздали на три недѣли, показались сразу, очень сильно, продолжались больше недѣли, до

поступленія въ больницу; боли въ животѣ стали еще сильнѣе. Уже нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ больная замѣтила присутствіе въ правой половинѣ нижней части живота опухоли, небольшой (побольше кулака), малоподвижной, довольно болѣзненной при дотрогиваніи и почти не увеличивавшейся.

St. praes. Умѣренно анемичная, хорошаго тѣлосложенія особа. Животъ немного вздутъ. Linea alba пигментирована. Въ грудяхъ немного молозива. При наружномъ изслѣдованіи живота прощупывается во входѣ въ малый тазъ только верхняя часть опухоли, эластичной, ясно флюктуирующей, весьма напряженной, круглой, только на наиболѣе выдающемся мѣстѣ опухоли есть бугоръ, величиною съ куриное яйцо, овальной формы, довольно твердый. При двойномъ изслѣдованіи оказывается, что опухоль эта выполняетъ почти всю полость малаго таза, имѣетъ круглую форму, значительно смѣщается вверхъ, меньше—въ стороны. Матка немного увеличена, болѣзненна, смѣщена опухолью влѣво и стоитъ косо: тѣло отклонено влѣво, шейка обращена вправо. Portio vaginalis немного разрыхлена, зѣвъ закрытъ. Въ сводахъ рѣзкая пульсація. Матка при изслѣдованіи зондомъ пуста, мало подвижна, довольно тѣсно соединена съ опухолью, но не составляетъ одного цѣлаго. Яичниковъ прощупать нельзя. Изслѣдованіе другихъ органовъ дало отрицательные результаты.

Діагнозъ: межсвязочная однополостная киста праваго яичника и недостаточное обратное развитіе матки послѣ выкидыша на второмъ мѣсяцѣ.

Дней шесть по поступленіи въ больницу было кровянистое отдѣленіе изъ матки, t° немного повышена (около 38), умѣренныхъ боли въ животѣ. Назначено: Hydrastis Canadensis, согрѣвающей компрессъ на животъ, иногда морфій вънутрь, а затѣмъ, когда больная немного оправилась, данъ мышьякъ съ желѣзомъ (въ шлюляхъ) и, наконецъ, предложена операція.

26 іюня чревосѣченіе при обычной обстановкѣ ¹⁾. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, по linea alba, начать на два пальца ниже пупка.

По вскрытіи брюшной полости выпало нѣсколько петель тонкихъ кишекъ, которыя тотчасъ закутаны марлевымъ компрессомъ ²⁾, смоченнымъ въ тепломъ растворѣ сулемы 1:3000 и за-

¹⁾ Ассистировала: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ и А. А. Прайсь.

²⁾ Эти компрессы всегда имѣются въ запасѣ и сохраняются въ 5% карболовомъ растворѣ, см. стр. 792.

тѣмъ отжатымъ; такимъ же компрессомъ удерживались отъ выпаденія остальные кишки; компрессы эти, по мѣрѣ остыванія, мѣнялись. При осмотрѣ брюшной полости оказалось слѣдующее: опухоль сидитъ въ растянutoй широкой связкѣ; по передне-верхней поверхности опухоли идетъ утолщенная и удлиненная правая Фаллопиева труба и, дугообразно изгибаясь, направляется назадъ къ вышеупомянутому бугру; правая круглая связка очень утолщена и удлинена; лѣвый яичникъ и труба нормальны; тесемчатые крѣпкія сращенія опухоли съ сальникомъ, тонкими кишками и flex. sigmoidea; обширныя сплошныя, повидимому недавнія, сращенія съ заднею стѣнкою малаго таза. Сращенія частію перерѣзаны ножницами, послѣ перевязки двумя лигатурами, частію разрушены рукою; кровотеченіе было незначительное, но на это потрачено не мало времени. Послѣ этого опухоль стала немного подвижнѣе, но далеко не настолько, чтобы можно было извлечь ее и образовать искусственную ножку. По этому правая широкая связка насколько можно ниже перевязана двойнымъ рядомъ лигатуръ снаружи отъ опухоли и свнутри отъ нея, возлѣ самой матки, и затѣмъ перерѣзана, но всетаки вытащить опухоль и образовать ножку не удавалось, ибо нижній сегментъ опухоли глубоко вдавался въ основаніе широкой связки. Безуспѣшны также были попытки вылущить опухоль изъ широкой связки, такъ какъ брюшина ея была очень истончена и чрезвычайно легко разрывалась на куски. Операция затянулась: надо было спѣшить. Поэтому троакаромъ опорожнена киста (содержимое оказалось густою коллоидною коричневаго цвѣта жидкостью), резецирована ножницами большая часть ея мѣшка, оставшаяся же меньшая часть энергично выскоблена острою ложкою и зашита наглухо шелковыми швами такъ, что образовалась небольшая полость, сообщавшаяся съ влагалищемъ дренажемъ, проведеннымъ до зашиванія черезъ сводъ при помощи троакара. Доселѣ все время пульсъ былъ хорошій, дыханіе правильное. Пустота таза промыта теплымъ растворомъ сулемы (1:3000), лежавшія снаружи кишечныя петли вправлены въ брюшную полость и покрыты расправленнымъ сальникомъ, излишекъ сулемоваго раствора выбранъ крѣпко выжатыми марлевыми компрессами, воздухъ изъ брюшной полости выдавленъ двумя плашмя положенными на животъ ладонями и приступлено къ закрытію ея. Тотчасъ по вправленіи кишекъ сразу упалъ пульсъ и рѣзко участилось дыханіе, скоро достигшее до 40—50 разъ въ минуту. Прекращено

хлороформированіе, впрыснуто подь кожу три шприца эфиру. Рана брюшная наскоро зашита одно-этажнымъ узловымъ шелковымъ швомъ, наложена обычная антисептическая повязка: іодоформъ, іодоформенная марля, ватная подушка, восчанка, фланелевый бинтъ. Больная быстро одѣта, перенесена въ согрѣтую постель, обложена бутылками съ горячею водою. Однако, несмотря на массу возбуждающихъ средствъ (вино внутрь, эфиръ и эфирно-валеріановыя капли подь кожу), искусственное дыханіе по Silvestr'y, больная не приходила въ сознаніе, громко кричала, стонала и металась, дыханіе вскорѣ участилось до 50 разъ въ минуту, пульсъ сдѣлался нитевиднымъ и больная скончалась чрезъ 1½ часа послѣ операціи.

Операція продолжалась около четырехъ часовъ. Хлороформу истрачено около трехъ унцій. Потеря крови во время операціи была ничтожная.

Стѣнки резецированной кисты были очень толсты (6—8 мм.), плотны, малососудисты, крѣпко спаявшіяся съ брюшиною широкой связки. Упомянутый выше бугоръ на верхней поверхности кисты оказался очень расширенною наружною третью правой фаллопиевой трубы, ostium abdominale которой было такъ закрыто ложными перепонками, что его съ трудомъ можно было найти. Стѣнки этого расширенного мѣста трубы были очень истончены, полость ея выполнена кровяными сгустками. При многократномъ микроскопическомъ изслѣдованіи содержимаго расширенной трубы не были найдены ворсины. Стало быть въ этомъ случаѣ, кромѣ коллоидной однополостной межсвязочной кистомы, была еще Haematosalpinx dextra.

(Окончаніе въ слѣд. №).