

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

Органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

ДЕКАБРЬ 1893, № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

ХІХ.

КИСТЫ И КИСТОМЫ ЯИЧНИКА.

ЛЕКЦІИ

Профессора К. Ф. Славянскаго.

(Окончаніе).

Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.

Какъ методы объективнаго изслѣдованія, такъ и результаты, ими получаемые, при кистахъ и кистомахъ яичника представляются весьма различными, смотря по величинѣ, которой достигла опухоль. Поэтому съ практической точки зрѣнія весьма удобно дѣлить опухоли на 3 категоріи ихъ величинъ: 1) кисты малаго объема, еще помѣщающіяся въ полости малаго таза, 2) опухоли большей величины, уже покинувшія его и помѣщающіяся въ брюшной полости надъ входомъ въ тазъ, причеиъ величина ихъ не превосходитъ таковой беременной матки шести мѣсяцевъ и, наконецъ, 3) кисты величиною въ беременную матку на сносакъ и еще большія, достигающія колоссальныхъ размѣровъ, смѣщающія и сдавливающія всѣ брюшныя внутренности до чрезвычайной степени.

Опухоли малаго объема опредѣляются обыкновенно

помощью только одного наружно-внутреннего гинекологического изслѣдованія и только иногда въ исключительныхъ случаяхъ требуютъ примѣненія инструментальныхъ приѣмовъ. Самые ранніе періоды развитія кистовидныхъ опухолей въ яичникѣ обуславливаютъ только незначительное увеличеніе его объема, вслѣдствіе чего при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ обыкновенно яичникъ сохраняющимъ свое нормальное положеніе и болѣе или менѣе увеличеннымъ, неболезненнымъ при давленіи; увеличеніе его объема представляется равномернымъ особенно въ случаяхъ развитія железистой кистомы съ маленькими полостями, или же на поверхности его различается рѣзко выдающійся бугоръ растущей однополостной кисты. Увеличиваясь болѣе значительно въ объемѣ, яичникъ смѣщается болѣе книзу и помѣщается въ *excavatio recto-uterina*, здѣсь, какъ и при *prolapsus ovarii*, онъ опредѣляется при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи легко, и измѣненія его конфигураціи и плотности также хорошо доступны нашему осязанію. Контуры увеличеннаго опухолью яичника рѣзки; онъ сохраняетъ свою подвижность, что даетъ возможность точно ориентироваться относительно сосѣднихъ органовъ и опредѣлять связь его съ тѣмъ или другимъ угломъ матки. Кисты яичника въ этотъ періодъ развитія представляются на ощупь еще твердыми и легко симулируютъ фиброзныя опухоли; кисты однополостныя, достигающія величины болѣе грецкого орѣха, обладаютъ уже хорошо выраженной эластическою консистенціею. Если во время нашего изслѣдованія границы опухоли оказываются неясными и надавливаніе на нее вызываетъ болѣе значительныя болевыя ощущенія, то мы имѣемъ предъ собою въ большинствѣ случаевъ осложненіе воспалительными процессами и для точнаго выясненія характера прощупываемой опухоли требуются повторныя изслѣдованія черезъ извѣстные промежутки времени. Опухоль яичника, помѣщаясь въ дугласовомъ пространствѣ, достигая извѣстной величины, можетъ представляться какъ бы ущемленной и даже давать поводъ къ развитію припадковъ ущемленія или же, что бываетъ обыкновенно, самопроизвольно вправляется въ полость большаго таза. Въ первомъ случаѣ для опредѣленія, съ чѣмъ мы

имѣемъ дѣло, необходимо производство искусственнаго вправленія ея простыми ручными приѣмами, что, въ случаяхъ отсутствія сращения, при извѣстномъ положеніи больной (боковое или колѣнно-локтевое), удается довольно легко, особенно въ хлороформномъ наркозѣ больной. Если намъ удалось этимъ путемъ вправить опухоль, то при дальше производимомъ изслѣдованіи мы убѣждаемся, что опухоль болѣе или менѣе шарообразна, обыкновенно уже эластична и настолько подвижна, что легко допускаетъ возможность поворачивать себя вокругъ той или другой своей оси. При производствѣ ручнаго вправленія опухоли, всегда слѣдуетъ помнить, что примѣненіе болѣе значительной силы можетъ обусловить разрывъ кисты и вызвать весьма нежелательные припадки со стороны мочушаго произойти воспаленія брюшины. Если-бы вправленіе опухоли не удалось по причинѣ существующихъ сращеній ея съ брюшиною дугласова пространства, то мы стараемся опредѣлить отношеніе ея къ маткѣ, помощью изслѣдованія этой послѣдней зондомъ, причемъ точно опредѣляемъ положеніе ея, длину и подвижность относительно опухоли.

Неясность контуровъ опухоли и подозрѣніе о существованіи болѣе свѣжихъ формъ воспаленія должно считаться противопоказаніемъ къ производству какъ вправленія опухоли, такъ и изслѣдованія матки зондомъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ небольшія опухоли яичника, находясь еще въ полости малаго таза, помѣщаются въ *excavatio vesico—uterina*, нѣсколько отклоняясь отъ срединной линіи въ ту или другую сторону; при этомъ онѣ представляютъ болѣе или менѣе ограниченную подвижность, стоящую въ связи съ присутствіемъ сращеній, фиксировавшихъ яичникъ еще, быть можетъ до начала развитія опухоли на ненормальномъ мѣстѣ.

Какъ мы уже сказали, кисты яичника, достигая извѣстной величины, переходятъ въ брюшную полость и лежатъ надъ входомъ въ тазъ, прилежа при этомъ, смотря по своему объему, болѣе или менѣе къ передней брюшной стѣнкѣ. Этотъ періодъ ихъ роста составляетъ нашу вторую категорію опухолей, при немъ наружное изслѣдованіе и особенно пальпація играютъ уже весьма важную роль. Животъ представляется уже увеличеннымъ

въ своей нижней части и, производя ощупываніе его обѣими руками, преимущественно верхушками пальцевъ, мы легко находимъ присутствіе той или другой величины подвижную опухоль съ рѣзкими границами, причемъ верхняя и боковыя границы опредѣляются весьма ясно, тогда какъ нижняя теряется за *symphysis ossium pubis*, иногда, впрочемъ, приподымая опухоль, удается войти рукою между нею и симфизомъ и, такимъ образомъ, также опредѣлить точно ея нижнюю границу. Поверхность опухоли или гладка или разнообразно бугриста. Консистенція плотна при кистамахъ и рѣзко эластична при однополостныхъ кистахъ или кистамахъ, обладающихъ уже одною большою главною полостью. Флуктуация, обыкновенно, еще не ясна и, какъ правило, начинаетъ хорошо быть опредѣляемою при опухоляхъ, имѣющихъ свою верхнюю границу уже выше пупка. Наружно-внутреннее изслѣдованіе еще въ болѣе рѣзкой формѣ подтверждаетъ данныя, только что добытыя, такъ какъ опухоль помѣщается еще болѣе между обѣими руками. Нерѣдко, производя только одно внутреннее изслѣдованіе, нижній сегментъ опухоли не можетъ быть прощупанъ и только, надавливая другою рукою на опухоль снаружи, онъ дѣлается достижимымъ, причемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, флуктуация въ опухоли при этомъ уже опредѣляется довольно ясно, тогда какъ только при наружномъ изслѣдованіи она еще неопредѣлима. Положеніе матки при кистахъ данной величины опредѣляется наружно-внутреннимъ изслѣдованіемъ обыкновенно вполне удовлетворительно, и только въ исключительныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ помощи зонда. Въ большинствѣ случаевъ она представляется или оттянутою опухолью кверху (*elevatio uteri*) и смѣщенною впередъ (*antepositio*), или-же она помѣщается подъ опухолью, смѣщенною нѣсколько книзу (*descensus*) и къзади (*retropositio*) въ состояніи наклоненія назадъ (*retroversio*), при этомъ подвижность ея, относительно опухоли, обыкновенно, сохранена еще хорошо и ее удается довольно легко смѣщать изслѣдующимъ пальцемъ. Другія положенія матки, ея рѣзкія смѣщенія въ стороны (*lateropositio*), встрѣчаются уже гораздо рѣже. Въ случаяхъ *elevatio uteri*, какъ это наблюдается обыкновенно при кистахъ, растущихъ между

пластинками широкихъ связокъ, portio vaginalis ея представляется укороченною, влагалище нѣсколько растянуто въ длину, его складки болѣе или менѣе сглажены; въ болѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ замѣчается также вытяженіе и удлиненіе шейки матки, такъ-же длина всей полости матки, при измѣреніи ея зондомъ, оказывается удлиненною на 4—6,0 сант. При отѣсненной кради и слегка опущенной маткѣ, влагалище нормально и иногда только замѣчается незначительное опущеніе его задней стѣнки; при изслѣдованіи въ подобныхъ случаяхъ per rectum контуры матки опредѣляются весьма ясно и дойти до дна ея удается также иногда легко, при этомъ съ точностью можетъ быть опредѣлена связь опухоли съ однимъ изъ угловъ матки.

Если при изслѣдованіи ножка кисты прощупывается недостаточно ясно, то обыкновенно бываетъ достаточно приподнять опухоль рукою, изслѣдующею снаружи и передать такимъ образомъ смѣщенный кверху tumor фиксировать ассистенту, тогда руку, сдѣлавшуюся свободною, подводятъ подъ опухоль и, нажимая ею переднюю брюшную стѣнку по направленію ко входу въ тазъ, можемъ получить всѣ ткани этой области между нею и пальцами другой руки, введенными въ rectum или влагалище, характеръ ножки при этомъ опредѣляется иногда весьма удовлетворительно. Примѣненію этого приѣма для опредѣленія характера ножки нѣсколько не мѣшаетъ присутствіе многочисленныхъ сраженій опухоли съ переднею брюшною стѣнкою. (*M. Jacobi. Ueber den Einfluss der parietalen Adhäsionen auf die objective Diagnose der Ovarialtumoren. Diss. Iena. 1888*). Въ случаяхъ *elevatio uteri* однимъ этимъ способомъ обыкновенно не удастся дойти до угла ея такъ, что мы должны помочь себѣ искусственнымъ смѣщеніемъ матки книзу, что и производится весьма удовлетворительно помощью пулевыхъ щипцовъ, захватывающихъ portio vaginalis. Смѣстивъ такимъ образомъ матку книзу и передавъ рукоятку пулевыхъ щипцовъ, удерживать въ извѣстномъ положеніи ассистенту, изслѣдующій палецъ или лучше два пальца вводятся во влагалище или прямую кишку и мы стараемся, идя по тому или другому краю матки дойти до ея угла и опредѣлить мѣсто отхожденія и характеръ ножки; если

бы при этомъ ножка оказалась недостаточно напряженной, то мы поручаемъ другому ассистенту отодвигать опухоль кверху и тогда, обыкновенно, получаемъ всѣ данныя для того, чтобы опредѣлить по характеру тканей ножки, что опухоль развилась не изъ самой матки, а принадлежитъ ея придаткамъ; форма самой опухоли и ея особенности указываютъ на яичникъ, какъ на источникъ образованія.

Кисты яичника, достигающія своимъ верхнимъ краемъ до уровня пупка, позволяютъ уже примѣнять измѣренія, указывающія намъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ характеръ роста этихъ опухолей. Измѣренія производятся обыкновенно помощью ленты, раздѣленной на сантиметры. Цифры размѣровъ, требующихся для наблюденія за ростомъ опухоли, слѣдующіе: окружность живота на уровнѣ пупка, самая большая окружность, размѣры отъ *proc. xiphoides* до *symph. pubis*, отъ пупка до *symph. pubis* и отъ пупка до *spina ilei anterior superior* справа и слѣва. Несмотря на то, что эти размѣры никакъ не могутъ претендовать на точность и представляютъ измѣренія опухоли только приблизительныя, тѣмъ не менѣе они указываютъ иногда вполне удовлетворительно на степень быстроты и правильности роста опухоли.

Опухоли, достигающія величины беременной матки на сносaxъ и еще большей величины, требуютъ примѣненія еще болѣе строгаго и тщательнаго наружнаго изслѣдованія. Осмотръ, пальпація и особенно перкуссія даютъ главные данныя для опредѣленія кисты. При осмотрѣ иногда до колоссальныхъ размѣровъ развитаго живота нерѣдко могутъ быть замѣчены выдающіеся бугры, принадлежашіе поверхности опухоли; заставляя больную производить глубокія дыхательныя движенія рѣзко могутъ быть видимы передвиженія этихъ бугровъ подъ истонченною переднею брюшною стѣнкою, конечно, это наблюдается при отсутствіи срощеній кисты съ паріетальною брюшиною. При ощупываніи опухоли, много не превышающей размѣровъ беременной матки на сносaxъ, можно еще опредѣлить границы ея, конечно, кромѣ нижней, теряющейя за симфизомъ лонныхъ костей. Явленія флуктуаціи вызываются уже обычно легко, при чемъ, однако, несмотря на громадную величину опухоли, они могутъ отсутствовать вслѣдствіе того, что она не обладаетъ одною глав-

ною полостью, а состоитъ изъ многочисленныхъ мелкихъ, представляющихъ по разрѣзѣ на подобіе медовыхъ сотъ. Флуктуация вслѣдствіе этой же причины можетъ представляться ограниченной только однимъ рѣзко-ограниченнымъ участкомъ опухоли, или же въ двухъ рядомъ лежащихъ, быть различнаго характера, смотря по различію густоты жидкости, наполняющей эти два отдѣла кисты, причемъ прощупывается эластичность этихъ участковъ также различною. Пальпируя опухоль и дѣлая попытки передвигать по ней переднюю брюшную стѣнку, нерѣдко ощущается особое, характерное треніе (*crepitatio*), напоминающее шумъ, производимый при треніи двухъ поверхностей новой кожи другъ о друга. Явленіе это обуславливается воспалительнымъ утолщеніемъ листковъ брюшины, покрывающей какъ переднюю брюшную стѣнку, такъ и поверхность опухоли, и служить однимъ изъ доказательствъ отсутствія сращеній по крайней мѣрѣ на томъ участкѣ, гдѣ оно можетъ быть вызываемо.

Какъ при поверхностной, такъ и при глубокой пальпаціи въ случаяхъ коллоидныхъ кистъ можетъ получиться иногда также весьма характерное ощущеніе переливанія густой жидкости (*colloidknarren* нѣмецкихъ авторовъ); оно обуславливается присутствіемъ коллоиднаго содержимаго кисты въ брюшной полости и передвиженіемъ его при поверхностной пальпаціи между брюшною стѣнкою и опухолью, или же передвиженіемъ содержимаго въ самой опухоли при глубокой пальпаціи изъ одной ея полости въ другую черезъ существующее отверстіе въ стѣнкѣ между ними. Особенно рѣзко это ощущеніе вызывается въ случаяхъ присутствія пупочной грыжи; сдавливая рукою грыжевой мѣшокъ и прогоняя жидкость обратно въ брюшную полость черезъ относительно узкое пупочное кольцо мы легко получаемъ это ощущеніе, если жидкость имѣетъ коллоидный характеръ, какъ это замѣчается при *ruptura cystae spontanea*. Признакъ этотъ въ ряду другихъ имѣетъ важное значеніе въ постановкѣ діагноза разрыва кисты и частичнаго опорожненія ея въ полость брюшины. Совершенно отличнымъ представляется ощущеніе, получаемое при прохожденіи обыкновенной асцитической жидкости черезъ пупочное кольцо, при нажатіи на грыжевой мѣшокъ пу-

почной грыжи и никоимъ образомъ не можетъ быть смѣшиваемо съ только что указаннымъ признакомъ.

Данныя, получаемыя при помощи перкуссіи при большихъ кистахъ яичника, весьма характерны; площадь распространенія тупаго тона, принадлежа опухоли, имѣетъ приблизительно ея форму и занимаетъ всю переднюю брюшную стѣнку, ограничиваясь кверху кривою линією границы опухоли, имѣющей вышуклость обращенною кверху, съ боковъ отгнѣсненныя петли кишечнаго канала обуславливаютъ тимпаническій тонъ, книзу тупой звукъ опухоли переходитъ въ такой же *symphys*'ы. Измѣненіе положенія больной не измѣняетъ границы притупленія и только при кистахъ меньшей величины, болѣе свободно подвижныхъ, оно *in toto* можетъ нѣсколько смѣщаться въ сторону, смотря по тому, на который бокъ будетъ положена больная. Исключенія изъ этого представляютъ кисты неполнѣ наполненныя (*kystes uniloculaires flasques*): мѣняя свою форму съ измѣненіемъ положенія, они обуславливаютъ также соответственное измѣненіе площади притупленія.

Выслушивание не играетъ большой роли при постановкѣ діагноза кисты яичника и только при дифференціальномъ распознаваніи, указывая, напримѣръ, на присутствіе сердцебіенія плода, дѣлается весьма важнымъ методомъ изслѣдованія. Различныя шумы сосудовъ, слышимые въ большихъ опухоляхъ матки (фиброміомы), могутъ быть только относительно рѣдко наблюдаемы въ кистахъ яичника и то они ничего характернаго и рѣшающаго собою не представляютъ. Помощью аускультациі могутъ быть подтверждены нѣкоторые результаты добытые путемъ пальпациі, такъ, напр., весьма хорошо слышимы шумы тренія (*crepitation*) и переливанія густой коллоидной жидкости (*Colloidknarren*).

Весьма большія затрудненія для полученія данныхъ объективнаго экзамена представляютъ кисты, достигающія колоссальныхъ размѣровъ. Превышая многимъ величину беременной матки на сносахъ, увеличивая до чрезвычайныхъ размѣровъ брюшную полость и плотно выполняя ее, онѣ отгнѣсняютъ кверху діафрагму до такой степени, что верхняя граница съ правой стороны опредѣляется на уровнѣ втораго ребра; грудная клѣтка укороченна.

чивается, вследствие того, что нижнія ребра выворачиваются паружу, *processus xurhoideus* представляется также отогнутымъ впередъ, образуя съ грудною костью перѣдко прямой уголъ. Сердце и легкія сильно смѣщены и сдавлены. Брюшныя внутренности принимаютъ совершенно несвойственное имъ положеніе; желудокъ и толстыя кишки отгѣпены опухолью настолько къзади, что не прилежатъ болѣе къ передней брюшной стѣнкѣ; площади пригнупленія селезенки и отчасти печени почти совершенно неопредѣлимы. Петли тонкихъ кишекъ смѣщены къзади и помѣщаются по бокамъ позвоночника. Благодаря этимъ измѣненіямъ и колоссальный величинѣ опухоли одно только ощупываніе не даетъ намъ точныхъ указаній на границы опухоли и только тщательно произведенное выстукиваніе позволяетъ намъ ориентироваться въ нихъ и въ расположеніи органовъ брюшной и грудной полостей, причемъ всетаки органы брюшной полости оказываются настолько смѣщенными и плотно прилежащими къ опухоли, что границы ихъ не могутъ быть точно опредѣлены и этимъ путемъ. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи контуры матки ощупываются съ трудомъ; она настолько прижата къ опухоли, что кажется какъ бы неподвижной, но примѣняя изслѣдованіе зондомъ, мы можемъ, всетаки, довольно точно опредѣлить ея положеніе, величину и существующую подвижность; не смотря на колоссальную величину опухоли, иногда удается помощью низведенія матки всетаки довольно точно опредѣлить ихъ взаимное отношеніе. При существованіи длинной податливой ножки въ случаяхъ, осложненныхъ незначительнымъ асцитомъ, перѣдко приходится наблюдать, происходящій подъ вліяніемъ значительно повышеннаго внутрибрюшнаго давленія *prolapsus uteri complet.* съ полнымъ выворотомъ влагалища.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ почему бы то ни было затруднительнаго діагноза можетъ потребоваться точное опредѣленіе характера жидкости, заключающейся въ кистѣ; этому удовлетворяетъ примѣненіе пробаторной пункции. Она производится лучше всего аппаратомъ Дьелафуа или Патена, причемъ мы беремъ всегда одинъ изъ самыхъ тонкихъ труакаровъ набора. Примѣненіе одного изъ этихъ аппаратовъ, снабженныхъ, какъ извѣстно, аспи-

раторомъ, даетъ обыкновенно полную гарантію въ томъ, что мы не введемъ воздуха въ полость кисты, съ другой стороны тонкій труакаръ этого аппарата свободно пропускаетъ жидкость въ случаяхъ кистъ съ жидкимъ содержимымъ. При кистахъ-же съ густымъ коллоиднымъ и даже желеобразнымъ содержимымъ мы можемъ всегда, примѣняя аспираторъ, втянуть въ трубку его небольшое количество студенистой массы, такъ что по извлеченіи труакара нагнетательнымъ насосомъ выталкивается изъ него червеобразный студенистый кусокъ содержаго, вполне достаточный для микроскопическаго изслѣдованія. Мы уже видѣли, что содержимое кистъ представляется весьма разнообразнымъ, и мы можемъ, въ настоящее время, пользоваться только одними грубыми данными, получаемыми при изслѣдованіи жидкости, присущими тому или другому виду ихъ. Мы можемъ принять за характерное содержимое для *cystoma proliferum* жидкость густую, коллоидную, удѣльнаго вѣса 1,015—1,030, большею частью содержащую паральбуминъ (муцинъ) и подъ микроскопомъ представляющую примѣсь клѣтокъ цилиндрическаго эпителия и иногда бокальчатая клѣтки; для кистъ однополостныхъ—жидкость серозную, безцвѣтную, прозрачную, удѣльнаго вѣса 1002—1003, весьма часто не содержащую паральбумина, дающую осадокъ, состоящій изъ мелкозернистой массы съ примѣсью клѣтокъ цилиндрическаго эпителия и иногда мерцательнаго. Весьма часто, однако, пункція даетъ намъ жидкость далеко не столь характерную, такъ что сплошь и рядомъ не оправдываетъ возлагаемую на нее надежду. Неопредѣленность результатовъ, добываемыхъ при пробаторной пункціи, съ одной стороны, и относительная частота осложнений и иногда смертельныхъ, сопровождающихъ ее, съ другой, заставляютъ насъ примѣнять ее только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ; намъ приходилось прибѣгать къ ней и видѣть пользу при дифференціальномъ диагнозѣ кисты яичника отъ эхинококка брюшной полости, гидронефроза, *fibromyoma cysticum uteri* и въ исключительныхъ случаяхъ отъ асцита. Болѣе подробныя данныя я приведу при дифференціальномъ распознаваніи. Пункціей, какъ методомъ изслѣдованія, мы можемъ еще пользоваться при существованіи значительнаго асцита, затем-

няющаго контуры и свойства опухоли яичника, выпускающая излишнюю жидкость, пальпація опухоли производится легко и характеръ ея выясняется удовлетворительно. При многополостныхъ кистомахъ, достигшихъ колоссальной величины, опорожняя пункціею одну изъ полостей, мы получаемъ иногда весьма цѣнныя данныя о состояніи другихъ отдѣловъ опухоли, особенно объ ихъ подвижности, указывающей на существованіе или отсутствіе сращеній.

Благодаря относительной невинности чревосѣченія, произведеннаго при надлежащей асептической обстановкѣ, мы пользуемся иногда съ діагностическою цѣлью пробнымъ разрѣзомъ передней брюшной стѣнки (*coeliotomia explorativa*) въ случаяхъ абсолютной невозможности діагноза и настоятельной потребности въ оперативной помощи больной. Вскрывъ брюшную стѣнку и брюшину, мы, помощью зрѣнія и осязанія, введенною рукою въ полость брюшины можемъ иногда точно выяснитъ отношеніе частей и, поставивъ вѣрный діагнозъ, тотчасъ же приступить къ дальнѣйшему производству требующейся операціи. По собственному опыту могу сказать, что мнѣ не разъ удавалось, благодаря пробному разрѣзу, удалить опухоль яичника, казавшуюся при всѣхъ прочихъ нашихъ методахъ изслѣдованія неудалимой и тѣмъ спасти больную отъ неминуемаго летальнаго исхода. Не слѣдуетъ, однако, забывать, какъ намъ на то указываютъ также и литературныя данныя, что и пробный разрѣзъ не всегда ведетъ къ желаемой цѣли, что и при немъ возможна ошибка и при томъ двоякаго рода или опухоль можетъ быть признана неудалимой, тогда какъ она въ послѣдствіи могла быть всетаки удалена, или же, предполагая возможнымъ окончить операцію, она всетаки не могла быть окончена; а такія частичныя операціи при кистомахъ яичника, какъ извѣстно, обладаютъ однимъ изъ самыхъ неблагоприятныхъ прогнозовъ относительно возможности летальнаго исхода.

Познакомившись съ методами изслѣдованія и съ данными, ими получаемыми, мы видимъ, что распознаваніе кисты яичника въ обыкновенныхъ случаяхъ представляется далеко не затруднительнымъ. Разсказъ больной о замѣченной ею у себя опухоли или о простомъ увели-

ченіи объема живота, начавшемся съ нижней его части съ той или другой стороны; неболѣзненность легко контурирующей подвижной опухоли, исходящей изъ придатковъ матки, непричиняющей почти никакихъ неприятныхъ ощущеній больной, пока величина ея не переходитъ извѣстной границы; прекрасное состояніе здоровья и самочувствія въ началѣ болѣзни и начинающее мало-помалу развиваться исхуданіе всего тѣла, развитіе исподоволь истощенія (*marasmus*); постепенно увеличивающійся при этомъ ростъ живота, появленіе отека нижнихъ копочностей и другихъ придатковъ нарушенной дѣятельности органовъ тѣла,—представляютъ, сгруппированные вмѣстѣ, настолько характерную картину болѣзни, что распознаніе ея становится, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже легкимъ. Опредѣливъ такимъ образомъ, что мы имѣемъ дѣло съ кистой яичника, намъ слѣдуетъ выяснитъ еще, съ какою именно и изъ котораго яичника она развилась, и не поражены ли оба яичника одновременно. Характеръ кисты выясняется довольно легко объективнымъ изслѣдованіемъ, особенно многокамерность ея; опухоль, имѣющая бугристую поверхность или же гладкую, при пальпаціи представляющая рѣзкую эластичность, различную для различныхъ отдѣловъ, состоитъ всегда изъ многихъ, разной величины полостей и относится къ *cystoma proliferum*. Явленія флуктуаціи при кистахъ большой величины указываютъ также съ положительностью на присутствіе нѣсколькихъ полостей, въ случаяхъ, когда волна флуктуаціи не распространяется по всей опухоли, а мѣстами вдругъ прерывается, встрѣчая на своемъ пути перегородку, отдѣляющую одну полость отъ другой. Благодаря шарообразности опухоли и присутствія въ ней флуктуаціи, передающейся на всемъ ея протяженіи, діагнозъ одной большой полости представляется легкимъ, но однополостная ли это киста, вопросъ, на который только данныя объективнаго изслѣдованія точнаго отвѣта дать не могутъ. Мы уже видѣли, что даже при анатомическомъ изслѣдованіи нужна извѣстная тщательность, чтобы найти въ кистѣ, повидимому однополостной, присутствіе вторичныхъ полостей или слѣды ихъ существованія, указывающія на характеръ многополостной, разрастающейся кистомы. Анам-

незъ, указывающій на весьма медленный ростъ и присутствие опухоли уже нѣсколько лѣтъ, является, обыкновенно, рѣшающимъ въ пользу однополостной кисты. Довольно долго существующая, не особенно большихъ размѣровъ опухоль, имѣющая короткую ножку и поражающая нерѣдко оба яичника, осложняющаяся вдругъ асцитомъ, принадлежитъ, обыкновенно, сосочковымъ кистамъ.

Особенно рѣзко выраженная подвижность небольшого объема кистъ давала уже не разъ мнѣ возможность определять дермоидную кисту. Въ 1892 году *Ahlfeld* (*Centralbl. f. Gynäk. № 12, стр. 227*) обратилъ вниманіе на особое сочетаніе данныхъ объективнаго изслѣдованія, встрѣчающихся якобы только при дермоидныхъ кистахъ. Онъ имѣлъ два случая кистъ не особенно большихъ объемовъ, причемъ онѣ помѣщались кпереди матки и, будучи смѣщены, весьма быстро занимали снова свое старое положеніе. Подобное сочетаніе, замѣченное впервые *Küster*'омъ, *Ahlfeld* обозвалъ диагностическими данными *Küster*'а (*Küster'sche Zeichen*) и предлагалъ какъ патогномическій признакъ дермоидной кисты. Дальнѣйшія наблюденія (*Latzko, ibidem 1892 № 48 стр. 937*) однако указываютъ на то, что и кисты яичника другого характера могутъ представлять то-же сочетаніе явленій. *W. Freund* (*ibidem. 1892, № 31, стр. 609*) на основаніи своихъ наблюденій допускаетъ такую возможность для дермоидовъ небольшой величины; причемъ изъ его изслѣдованій ясно слѣдуетъ, что вообще всякое новообразованіе въ яичникѣ, занимающее его только ткани и слѣдовательно имѣющее ножку, состоящую главнымъ образомъ изъ *lig. ovarii*, будучи смѣщено, при небольшомъ своемъ объемѣ, въ *excavatio vesico-uterina*, вслѣдствіе ли порока развитія или другихъ причинъ, особенно воспалительнаго характера, будетъ непременно стараться занять свое прежнее мѣсто, послѣ того какъ оно искусственно было смѣщено вверхъ или въ одну изъ сторонъ. Подобное довольно быстрое смѣщеніе на старое мѣсто повторяетъ собою только то, что мы наблюдаемъ на нормальныхъ яичникахъ, которые, какъ извѣстно, будучи смѣщены искусственно, быстро снова занимаютъ свое мѣсто. На сколько при этомъ перемѣщеніи играетъ роль болѣе легкой удѣльный вѣсъ дермоидовъ,

какъ этого хочетъ *Мандельштамъ* (*ibidem*, 1893, № 47, стр. 1085), слѣдуетъ считать въ настоящее время еще далеко не выясненнымъ.

Имѣя дѣло съ небольшими кистами яичника, при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи не трудно бываетъ убѣдиться. которому яичнику принадлежитъ опухоль, равно какъ и поражены ли они оба, при кистахъ же уже большой величины, достигающихъ своею верхнею границею до пупка и болѣе, источникъ ихъ развитія опредѣляется уже съ большимъ трудомъ. Положеніе кисты не по срединной линіи тѣла и отклоненіе ея въ ту или другую сторону, при чемъ размѣръ отъ пупка до *spina ilei anterior superior* данной стороны представляется увеличеннымъ и петли кишекъ съ своимъ тимпаническимъ тономъ при перкуссіи располагаются на противоположной сторонѣ, не могутъ быть принимаемы въ расчетъ, такъ какъ подобное явленіе можетъ быть обусловлено простымъ смѣщеніемъ опухоли въ сторону, противоположную мѣсту своего развитія. Смѣщеніе матки и только прощупываніе мѣста отхожденія ножки опухоли убѣждаютъ насъ, на которой сторонѣ яичникъ послужилъ мѣстомъ развитія кисты. Такимъ же вѣрнымъ признакомъ является находженіе и точное ощупываніе еще здороваго яичника другой стороны. При опухольяхъ колоссальной величины смѣщеніе матки иногда не приводитъ къ желаемой цѣли, и мы не можемъ прощупать угла ея, отъ котораго отходить ножка; въ подобныхъ случаяхъ, какъ уже не разъ мнѣ приходилось убѣждаться, имѣетъ рѣшающее значеніе изслѣдованіе циркулемъ Вебера кожной чувствительности въ области конечныхъ развѣтвленій *nervi genitocruralis* на передне-верхней поверхности бедра. Изслѣдованія *Н. В. Ястребова*, производимыя въ свое время въ нашей клиникѣ (*On a point in the diagnosis of Ovarion Tumours, Transactions of the internat. Medical Congress London 1881 Vol IV. стр. 331*), указали на пониженіе чувствительности въ этой области той стороны, на которой развилась киста, такъ что на основаніи такого пониженія сторона пораженія можетъ быть опредѣлена даже въ случаяхъ, когда всѣ другіе методы изслѣдованія оказываются непримѣнными.

Опредѣленіе присутствія двухъ кистъ, принадлежащихъ обоимъ яичникамъ, при болѣе значительной величинѣ опухо-

лей представляется подчасъ не только труднымъ, но иногда и невозможнымъ. Присутствіе борозды, опредѣляемой снаружи и раздѣляющей обѣ опухоли, вполне не достаточно для доказательства существованія двухъ отдѣльныхъ опухолей, такъ какъ такая же борозда, и иногда весьма глубокая, находится между двумя отдѣлами одной кистомы. При опухоляхъ, величина которыхъ позволяетъ еще производить искусственное передвиженіе ихъ, самостоятельная подвижность каждой опухоли имѣетъ рѣшающее значеніе и съ точностью указываетъ на присутствіе кистъ обоихъ яичниковъ. Этимъ же признакомъ мы пользуемся и въ случаяхъ, встрѣчающихся относительно часто, когда при большой кистѣ одного яичника другой превращенъ только еще въ опухоль небольшихъ размѣровъ. При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи намъ удается иногда наблюдать полную неподвижность этой маленькой опухоли, представляющейся какъ бы придаткомъ большой, при искусственныхъ значительныхъ передвиженіяхъ главной опухоли. Желаніе объяснить присутствіе *amenorrhoeae* и въ нѣкоторыхъ случаяхъ кистъ яичника пораженіемъ обоихъ яичниковъ обыкновенно только запутываетъ распознаваніе и ведетъ къ просмотру существующей одновременно беременности или развитія общихъ формъ заболѣваній, влекущихъ за собою отсутствіе менструальныхъ кровотеченій.

Кромѣ опредѣленія перечисленныхъ адныхъ мы требуемъ еще въ случаяхъ, подлежащихъ скорой операци, выясненія вопросовъ, имѣются ли сращенія кисты съ окружающими частями и каковъ характеръ ея ножки. Какъ мы уже видѣли, самыми частыми сращеніями бываютъ такъ называемыя пристѣночныя (*adhaesiones parietales*) между переднею брюшною стѣнкою и кистою. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ уже достаточно для опредѣленія ихъ простаго искусственнаго передвиженія опухоли, но уже при нѣсколько большемъ объемѣ ея эти передвиженія, производимыя нами, не выполнимы и мы пользуемся смѣщеніями кисты, происходящими подъ вліяніемъ дыхательныхъ движеній. Больная кладется на столъ или на кушетку при хорошемъ дневномъ освѣщеніи, животъ ея обнажается и мы, опредѣливъ верхнюю границу опухоли, заставляемъ ее производить глубокія дыхательныя

движенія. При этомъ, если передняя брюшная стѣнка не обладаетъ большимъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, мы можемъ наблюдать въ случаѣ отсутствія сращенія передвиженіе верхней границы опухоли внизъ и вверхъ на пространствѣ иногда болѣе чѣмъ 5,0 сантиметровъ; верхняя граница опухоли при этомъ должна быть опредѣлена не только ощупываніемъ и зрѣніемъ, но и перкуссіею, такъ какъ присутствіе поперечной подвздошной кишки въ этомъ мѣстѣ можетъ иногда симмулировать ее. При толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ передвиженія опухоли не видны и мы должны слѣдить за перемѣщеніемъ ея контуровъ помощью молоточка и плесениметра. Передвиженія опухоли, наблюдаемая сказаннымъ образомъ, указываютъ или на полное отсутствіе сращеній или же на присутствіе таковыхъ, но достаточно длинныхъ, не мѣшающихъ опухоли смѣщаться до известной степени. Присутствіе шума тренія, какъ мы уже видѣли (см. стр. 908) указываетъ точно также на смѣщаемость опухоли на мѣстѣ его распространенія, при чемъ брюшина данной области воспалительно-утолщена, равно какъ и на присутствіе на этомъ мѣстѣ относительно длинныхъ сращеній, позволяющихъ опухоли свободно передвигаться. Присутствіе сальника между опухолью и переднею брюшною стѣнкою можетъ также обусловливать шумъ тренія, но въ этихъ случаяхъ онъ слабѣе и мягче.

При свободной подвижности кисты подъ брюшною стѣнкою пупокъ не принимаетъ участія въ этихъ движеніяхъ, и напротивъ, при существованіи плоскостныхъ пристѣпочныхъ сращеній онъ слѣдуетъ за каждымъ искусственно вызваннымъ передвиженіемъ кисты. При небольшихъ кистахъ, не переходящихъ своею верхнею границею за уровень пупка, иногда удается, проводя руку между опухолью и *processus xurhoideus*, доходить до задней ея поверхности и опредѣлять такимъ образомъ отсутствіе сращеній сзади. Весьма большое значеніе имѣетъ диагнозъ сращеній въ полости малаго таза, столь важныхъ въ практическомъ отношеніи. Имѣя передъ собою части опухоли, вдавшіяся въ малый тазъ, мы пробуемъ ихъ вправлять, иногда эта манипуляція, производимая при паркозѣ въ колѣбно-локтевомъ положеніи, намъ удается легко, иногда же можетъ потребовать предварительной

пункции главной полости кисты. Легкое передвижение матки, при искусственном смещении ее книзу, говорит также за отсутствие сращений, по крайней мере с ее заднею поверхностью. Сращения с желудкомъ, печенью и селезенкою обыкновенно не определяемы и развѣ только въ исключительныхъ случаяхъ, послѣ произведенной обильной пункции при колоссально большихъ опухоляхъ, могутъ быть подозрѣваемы вслѣдствіе невозможности смѣстить болѣе плотные отдѣлы опухоли изъ сосѣдства со сказанными органами. Плотно приращенная петля тонкой кишки къ поверхности кисты, доступной пальпации, определяется иногда весьма легко по своей консистенціи, различной степени наполненія и иногда получаемому тимпаническому тону при перкуссии. Часто по теоретическимъ соображеніямъ мы должны допускать присутствіе сращений при весьма большихъ опухоляхъ, медленно растущихъ, тогда какъ быстрый ихъ ростъ говоритъ за отсутствіе таковыхъ. Анамнестическія данныя, указывающія на бывшіе перитониты и на явленія, сопровождающія болѣе значительныя перекручиванія ножки, заставляютъ насъ ожидать *sub operatione* многочисленныхъ и иногда повсемѣстныхъ сращений.

Большая подвижность въ полости живота не особенно большой кисты яичника свидѣтельствуетъ уже о существованіи болѣе длинной ножки ея, но болѣе точное опредѣленіе характера этой послѣдней можетъ быть произведено изслѣдованіемъ *per vaginam* и лучше *per rectum* двумя пальцами, при одновременномъ, какъ приподнятій самой опухоли, такъ и смѣщеніи матки книзу. Иногда кажущаяся короткость ножки при этомъ способѣ изслѣдованія объясняется плотнымъ прилеганіемъ наружнаго конца ея къ опухоли и невозможностью высоко оттянуть опухоль. Полное отсутствіе ножки и плотное соприкосновеніе опухоли съ маткою, встрѣчающееся при кистахъ, ведущихъ свое начало изъ *parovaricum*'а или *paroorhagon*'а и помещающихся между листками широкихъ маточныхъ связокъ, будетъ нами болѣе подробно разобрано въ главѣ о заболѣваніяхъ этихъ послѣднихъ.

Діагнозъ перекручиванія ножки иногда невозможенъ, такъ какъ болѣе легкіе случаи не даютъ никакихъ симптомовъ. Болѣе сильныя и полныя перекручиванія, раз-

вивающіяся обыкновенно внезапно, даютъ рѣзко опредѣлимое увеличеніе опухоли въ объемѣ, съ измѣненіемъ ея консистенціи—она дѣлается напряженнѣе и плотнѣе; получающіяся при этомъ внутриполостныя кровотечения могутъ быть настолько сильны, что вызываютъ рѣзкія явленія анеміи. Перитонитъ, развивающійся вслѣдъ за перекручиваніемъ, имѣетъ характеръ разлитой и обуславливаетъ повсемѣстную болѣзненность опухоли при давленіи. По мнновеніи остраго періода иногда удается наблюдать постепенное уменьшеніе объема опухоли, доходящее до извѣстной степени и остающееся стаціонарнымъ. Объективное изслѣдованіе ножки опухоли указываетъ на ея относительно плотную консистенцію и присутствіе перехватовъ въ формѣ ясно ощутимыхъ бороздъ.

Произвольный разрывъ кисты въ случаяхъ небольшихъ опухолей или при разрывѣ небольшой полости многополостной кисты, не вызывая симптомовъ, часто просматривается, при вскрытіи же нагноившихся дермоидовъ или маленькихъ кистъ, также перешедшихъ въ нагноеніе, иногда наблюдается развитіе остраго, септического общаго перитонита, дающаго летальный исходъ. При вскрытіи большихъ полостей при распознаваніи слѣдуетъ руководствоваться уменьшеніемъ объема опухоли, измѣненіемъ ея формы, исчезновеніемъ ея рѣзкихъ контуровъ повсемѣстно или только на извѣстномъ участкѣ, присутствіемъ свободной жидкости въ брюшной полости и отсутствіемъ симптомовъ остраго перитонита. Присутствіе этого послѣдняго указываетъ обыкновенно на то что разрывъ произошелъ, какъ послѣдствіе сильнаго перекручиванія ножки. Вскрытіе кисты въ окружающіе полые органы узнается по появляющимся припадкамъ со стороны этихъ послѣднихъ. Химическое изслѣдованіе мочи при наступающемъ всасываніи коллоидной жидкости кисты брюшиною даетъ реакцію на пептонъ (*O. Küstner. Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste. Centralblatt f. Gynaecol. 1884, стр. 745*).

Распознаваніе перехода доброкачественной *cystoma proliferum* въ злокачественную удается иногда при наблюденіи за случаемъ относительно не трудно. Появленіе быстро увеличивающагося асцита рядомъ съ усиленнымъ ростомъ опухоли заставляетъ уже предполагать о зараженіи брюшины злокачественнымъ новообразованіемъ.

Разрастающиеся сосочки *cystomat. proliferi papillaris*, прорывавшись стѣнку кисты и разрастаясь по брюшину, занимаютъ обыкновенно также и самыя глубокія части Дугласова пространства и дѣлаются тѣмъ самымъ доступными нашему изслѣдованію; палецъ, введенный въ задній сводъ влагалища, производя на нихъ сильное давленіе и, вѣроятно, разрушая цѣлость ихъ, получаетъ ощущеніе особаго шума, похожаго на хрустъ стекла (*Schroeder. Die Krankheiten der weiblich. Geschlechtsorg.* 9 издание 1889 стр. 506). Жидкость изъ полости брюшины, полученная путемъ пробаторной пункции, содержа въ себѣ многочисленныя полиморфныя эпителиальныя клѣтки, свойственныя раковымъ новообразованиямъ, подтверждаетъ уже сдѣланное распознаваніе.

Осложненіе кисты яичника водяною полостью живота не представляетъ обыкновенно также особыхъ затрудненій. При кистахъ большихъ размѣровъ весьма нерѣдко наблюдается присутствіе незначительнаго количества водяночной жидкости, узнаваемаго только при производствѣ операціи. Присутствіе большаго количества свободной жидкости, наблюдаемой при разрывахъ одной изъ полостей кистомы или появляющейся самостоятельно подъ влияніемъ тѣхъ или другихъ причинъ, обуславливающихъ асцитъ, затемняетъ обыкновенно настолько сильно контуры опухоли, что эта послѣдняя не можетъ быть вовсе прощупана. При кистахъ же многополостныхъ, съ рѣзко-бугристою поверхностью и обладающихъ большою подвижностью, нерѣдко при изслѣдованіи живота ощупываніемъ получается ощущеніе плавающего тѣла, дающаго легко *ballotement*. При поверхностномъ изслѣдованіи подобные случаи могутъ быть приняты за беременность или же за злокачественныя новообразования (раки) брюшины или ея органовъ, осложненныя асцитомъ. Болѣе точное изслѣдованіе, однако, весьма скоро укажетъ намъ на отсутствіе беременности, а признаки асцита при ракъ брюшины, какъ мы увидимъ ниже, устраняютъ возможность ошибки въ этомъ направленіи.

Нерѣдкое осложненіе кистъ яичника присутствіемъ фиброміомы матки можетъ быть иногда распознано безъ особыхъ затрудненій, какъ, напр., въ случаяхъ, гдѣ, при ясно опредѣлимой опухоли яичника, обладающей прощупываемою

пожкою, матка представляется значительно увеличенной вследствие развитія межстѣночной фиброміомы, измѣреніе полости матки укажетъ намъ на присутствіе таковой. Опредѣленіе беременности, происшедшей при кистѣ яичника, также не трудно, если всегда при изслѣдованіи увеличенной матки мы будемъ имѣть въ виду возможность заберемѣванія; присутствіе всѣхъ вѣроятныхъ признаковъ ея заставитъ насъ быть еще болѣе осторожными и не примѣнять маточнаго зонда для опредѣленія длины полости. Выжидая и наблюдая за дальнѣйшимъ ходомъ болѣзни, мы получаемъ скоро возможность слышать появляющееся сердцебіеніе плода.

Дифференціальное распознаваніе. Мы только что видѣли, что распознаваніе кисты яичника въ обыкновенныхъ случаяхъ не представляетъ большихъ затрудненій, если объективный экзамень производится достодожнымъ образомъ. Напротивъ того, случаи осложненные и опухоли, достигшія колоссальныхъ размѣровъ, распознаются съ большими затрудненіями, и до сихъ поръ существуютъ еще случаи, когда болѣе точный діагнозъ мѣста происхожденія ихъ представляется невозможнымъ, такъ какъ, подобно фиброміомамъ матки, и на секціонномъ столѣ требуется еще весьма тщательное изслѣдованіе, чтобы выяснитъ себѣ точный характеръ опухоли. Ошибки распознаванія случались особенно часто въ первое время, когда оваріотомія начала только получать право гражданства, и происходили отъ недостаточнаго еще знакомства съ дѣломъ, и едва-ли существуетъ какая-нибудь опухоль живота или даже только подобіе оной, которыя бы не принимались за кисту яичника. Въ настоящее время ошибки діагноза объясняются или небрежностью изслѣдованія, или же существованіемъ болѣе или менѣе сложныхъ осложненій, рѣзко мѣняющихъ данныя объективнаго изслѣдованія. Для того, чтобы имѣть передъ собою всегда во время изслѣдованія различныя заболѣванія, съ которыми существуетъ хотя бы и отдаленная возможность смѣшать кисту яичника, мы считаемъ вполнѣ показаннымъ привести здѣсь цѣлый рядъ подобныхъ заболѣваній. Конечно, заболѣванія эти будутъ различнаго рода, смотря по величинѣ

кисты, съ которою ихъ можно смѣшивать, и здѣсь, какъ и при изложеннн раснознаванія, мы будемъ дѣлнть кнсты ячннка на кнсты маленькія, средней величины и достигающія громаднхъ размѣровъ.

Приступаая къ изслѣдованію съ цѣлью дифференціального раснознаванія, мы требуемъ обыкновенно примѣненія хлороформеннаго наркоза большой и тщательнаго опорожненія мочеваго пузыря (катетеръ) и кишечнаго канала (слабнтельные и промывательныя), что, какъ мы увидимъ ниже, въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже само по себѣ устранить возможность нѣкоторыхъ ошибокъ.

Небольшія кнсты ячннка, начинающія только развнваться или достигшія величины яблока и непокидающія еще полости малаго таза, сохраняющія свою подвижность и не представляющія никакихъ воспалнтельныхъ осложненій, могутъ быть смѣшнваемы со слѣдующнми состояннями: *Oophoritis chronica* и особенно *Oophoritis follicularis productiva*, обусловнвающія увеличеніе ячннка, не превосходящее обыкновенно двойнаго и рѣдко тройнаго объема нормальнаго органа; причемъ какъ подвижность, такъ и отношеніе къ маткѣ совершенно тѣ же, что и при *cystoma incipens*; поверхность его вслѣдствіе увеличенія многочисленныхъ фолликуловъ мелко-бугриста и эластична. При *cystoma proliferum* же ячннкъ значительно увеличенъ въ объемъ, плотенъ и крупнобугристъ, или же поверхность его совершенно гладкая; при однополостныхъ кнстахъ опухоль рѣзко шарообразна, и при развитіи изъ ткани *hylus'a* ячннкъ еще долгое время представляется въ видѣ придатка, сидящаго у основанія кнсты.

Ретенціонныя кнсты Фаллопневой трубы, и между ннми какъ самый частый *Hydrosalpinx*, въ типической формѣ своего развитія рѣзко отличаются отъ кнсты ячннка своею болѣе удлиненной формой, постепенно сужнвающейся по направленію къ маткѣ, равно какъ и присутствіемъ на поверхности ихъ перехватовъ, похожихъ слегка на *claustra* толстыхъ кишекъ. Случай же, когда только часть трубы даетъ поводъ къ развитію ретенціонной кнсты, представляютъ, какъ извѣстно, совершенно шарообразную опухоль, отличнть которую отъ кнсты ячннка при наружно-внутреннемъ изслѣдованнн почти невозможно, такъ

какъ не всегда удается прощупать лежащій рядомъ нормальный яичникъ. Только продолжительное наблюдение роста опухоли можетъ дать иногда исходную точку для вѣрнаго распознаванія. Отъ дермоидовъ, растущихъ также медленно, *hydrosalpinx* отличается своею эластичностью. Стебельчатая, подсерозная фиброміомы небольшой величины, обладающія длинною и тонкою ножкою, представляются въ высокой степени подвижными и могутъ имитировать кисту яичника, но ихъ большая плотность, стационарность ихъ величины, такъ какъ при тонкой ножкѣ они болѣе не растутъ и главнымъ образомъ мѣсто прикрѣпленія ихъ ножки къ маткѣ, имѣющей нерѣдко еще нѣсколько фиброміомъ—отличаютъ ихъ отъ новообразованной кисты яичника. Беременность въ зачаточномъ рогѣ и внѣматочная беременность могутъ обуславливать присутствіе опухолей, напоминающихъ собою кисту яичника. Особенно беременность въ зачаточномъ рогѣ, обуславливая шарообразную рѣзко-контурированную, эластичную и весьма подвижную опухоль (беременность зачаточнаго рога при однорогой маткѣ. Случай изъ нашей клиннки, описанный докторомъ *В. Н. Массеномъ*. Журналъ «Акушерства и Женскихъ Болѣзней», т. II, стр. 897), представляетъ большія затрудненія для точнаго распознаванія, но руководствуясь формою матки, имѣющей характерную дугообразную изогнутость однорогой матки и мѣсто прикрѣпленія ножки опухоли въ области шейки, мы можемъ до известной степени быть наведены на мысль, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло—появляющаяся все большая и большая сочность и разрыхленіе матки и быстрый ростъ опухоли еще болѣе поддерживаютъ сдѣланное предположеніе. *Graviditas extrauterina* можетъ представлять совершенно тѣ же данныя, съ тѣмъ только отличіемъ, что какъ форма матки остается нормальною, такъ и мѣсто прикрѣпленія ножки находится выше и соответствуетъ углу матки. *Graviditas abdominalis* даетъ опухоль менѣе подвижную, контуры которой мѣстами совершенно не ясны. Теченіе болѣзни во всѣхъ случаяхъ рѣзко отличить ихъ отъ кисты яичника даже при наблюденіи въ теченіи относительно короткаго времени.

Благодаря причудливости формъ, которыя имѣютъ иногда бугристыя многополостныя кисты яичника, онѣ мо-

гутъ быть приняты за подвижную почку (*ren ambulans*). Киста яичника, имѣющая бобовидную форму и по величинѣ своей равная почкѣ, можетъ имѣть настолько значительную подвижность, что легко вправляется въ одно изъ подреберій, но глубокое ея положеніе въ маломъ тазу, равно какъ и экскурсія ея въ полости живота, происходящая всегда тотчасъ подъ переднюю брюшную стѣнку, отличаютъ ее отъ подвижной почки, имѣющей болѣе глубокое положеніе по направленію къ задней стѣнкѣ полости живота и не имѣющей никакой связи съ маткою. Воспаленіе клѣтчатки около матки (*parametritis*) можетъ симулировать опухоль яичника только развѣ въ особыхъ, исключительныхъ случаяхъ, такъ положеніе припухлости въ корнѣ *lig. lati*, ея болѣе плоская, неправильная форма и частый переходъ ея на матку или кости таза сразу же отличаетъ ея отъ кисты. Болѣе возможности существуетъ принять за опухоль яичника измѣненія, свойственныя *Perimetritis lateralis*. При хроническомъ теченіи даннаго заболѣванія Фаллопиева труба и яичникъ, покрытыя эксудативными массами и ложными перепонками, образуютъ одинъ общій конгломератъ, представляющійся въ формѣ опухоли; но присутствіе болѣзненности при давленіи, неясныя контуры и неправильная форма довольно характерны для этой опухоли. Изслѣдуя большую *sub menstruatione* и особенно за день или первые два дня менструальнаго кровотеченія, мы находимъ иногда довольно значительное увеличеніе этого конгломерата, благодаря тому, что, какъ мы уже видѣли, яичникъ обыкновенно припухаетъ и увеличивается въ объемѣ и обуславливаетъ такимъ образомъ увеличеніе всей опухоли; быть можетъ, въ этомъ увеличеніи участвуетъ также припухлость фаллопиевой трубы, свойственная ей также во время менструаціи. Въ болѣе затруднительныхъ для діагноза случаяхъ важную роль играетъ дальнѣйшее теченіе болѣзни.

Иногда весьма труднымъ представляется дифференціальное распознаваніе въ случаяхъ осложненія небольшой кисты яичника воспаленіемъ ея поверхности; появленіе сращеній съ маткою и брюшиною Дугласова пространства, равно какъ и величина опухоли, выполняющей вплотную Дугласово пространство и какъ бы уще-

ленной въ немъ, даетъ возможность смѣшать ее съ другими заболѣваніями данной области. На первомъ планѣ стоятъ въ этомъ отношеніи инкапсулированные воспалительные выноты Дугласова пространства (*Perimetritis exsudativa posterior*). Воспалительные выноты того или другаго характера, помѣщаясь въ *excavatio recto-uterina* и будучи отдѣлены отъ остальной брюшной полости сросшимися ложными перепонками, кишечными петлями, образуютъ опухоли различной величины, иногда сильно вдающимися во влагалище, выпирая его задній сводъ, граница ихъ въ этомъ мѣстѣ рѣзкая, но съ боковъ и вверху контуры этой опухоли не ясны и они сливаются съ окружающими частями. При скопленіяхъ большей величины, когда верхняя ихъ граница достигаетъ на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ выше *Symphisis oss. pubis*, при изслѣдованіи опухоли помощью перкуссии мы находимъ всю верхнюю часть ея дающею тимпаническій тонъ, благодаря тому, что она образована сросшими кишечными петлями. Несмотря на это, всетаки случались ошибки діагноза и такія опухоли, принятыя за кисту яичника, подвергались операціи. Конечно, при небольшой кистѣ, лежащей въ Дугласовомъ пространствѣ, и при воспаленіи покрывающей ее брюшины, могутъ образоваться совершенно подобныя же опухоли, заключающія въ себя кисту яичника,—діагнозъ, который въ данномъ случаѣ немыслимъ, пока воспалительные продукты окружаютъ ее со всѣхъ сторонъ. Но выжидая и слѣдя за теченіемъ болѣзни, распознаваніе кисты и въ этихъ случаяхъ дѣлается возможнымъ, благодаря наступающему всасыванію эксудативныхъ массъ и все болѣе и болѣе рѣзкому выясненію границы опухоли яичника. Гораздо рѣже можетъ дать поводъ къ ошибкѣ скопленіе изливающейся крови въ Дугласово пространство (*haematocoele retrouterina*), характерный анамнезъ котораго и теченіе болѣзни почти всегда укажутъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Ущемленное отчасти дно перегнутой назадъ беременной матки въ Дугласовомъ пространствѣ (*Retroflexio uteri gravidi*) можетъ быть принято за ущемленную кисту яичника, но существующіе признаки и анамнезъ беременности, съ одной стороны, и, съ другой, примѣненіе тщательнаго паружно-внутренняго изслѣдованія, указываю-

щаго на отсутствіе тѣла матки на его нормальномъ мѣстѣ и непосредственный переходъ шейки ея въ предполагающуюся опухоль, представляютъ собою достаточныя данныя для правильной оцѣнки случая. Довольно быстро увеличивающіеся припадки ущемленія и удачная попытка вправленія перегнутого тѣла матки вполнѣ подтверждаютъ сдѣланное распознаваніе. Уже гораздо болѣе труднымъ представляется дифференціальный діагнозъ между кистой яичника и ущемленными фиброміомами матки: подсерозная фиброміома, выходя изъ задней стѣнки матки, можетъ такъ же плотно выполнять дугласово пространство, какъ и киста яичника—сросшаяся съ заднею же стѣнкою матки, консистенція обохъ опухолей можетъ быть совершенно одинакова, такъ что при необходимости скораго распознаванія единственно рѣшающимъ методомъ является пробаторная пункція. Интерстиціальная фиброміома задней стѣнки даетъ уже болѣе признаковъ своего существованія; теченіе болѣзни, съ одной стороны, съ характерными меноррагіями, и измѣненія размѣровъ и формы полости матки, съ другой, бываютъ уже обыкновенно достаточными для выясненія дѣла.

За кисты яичника средней величины, достигающія своею верхнею границею приблизительно до уровня пупка, могутъ быть приняты различнаго рода образованія. Какъ ни странно намъ кажется возможность принять за кисту яичника растянутый мочевой пузырь, каловыя скопленія и даже простое вздутіе живота кишечными газами, тѣмъ не менѣе однако состоянія эти служили даже поводомъ къ производству чревесѣченія. Обыкновенно подобная ошибка легко объяснялась присутствіемъ тѣхъ или другихъ осложненій и отчасти поспѣшностью и недостаточною точностью въ изслѣдованіи. Растянутый мочевой пузырь, наполненный мочою, даетъ опухоль, достигающую не только до уровня пупка, но и иногда нѣсколько выше его, причемъ передняя брюшная стѣнка сильно выдается впередъ. При такомъ задержаніи мочи (Ischuria) наблюдается нерѣдко непроизвольное отдѣленіе малыхъ количествъ мочи (Ischuria paradoxa), вслѣдствіе тѣхъ или другихъ измѣненій мускулатуры мочевого пузыря. Такая ложная incontinentia urinae служитъ иногда поводомъ къ заключенію о пустотѣ мочевого пузыря, а опухоли, образуемой имъ,

дается другое объясненіе. Ошибка возможна и часто происходит влѣдствіе чрезмѣрной довѣрчивости къ персоналу (акушерки, фельдшера), выпускающему обыкновенно больнымъ мочу. Имѣя передъ собою нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ чрезмѣрно вытянутый мочеиспускательный каналъ, мы можемъ легко убѣдиться, что катетеризація обыкновеннымъ, такъ называемымъ женскимъ катетеромъ далеко не всегда ведетъ къ желаемой цѣли. Мнѣ самому пришлось видѣть случаи, присланный въ клинику для оваріотоміи, въ которомъ, не смотря на нѣсколько разъ произведенную катетеризацію, опухоль оставалась *in statu quo*, и только мною введенный глубоко длинный мужской катетеръ опорожнилъ громадное количество мочи, и діагнозъ былъ выясненъ такимъ образомъ на второй день поступленія больной (*retroflexio uteri gravidi*) въ клинику. Интересенъ случай въ нашей литературѣ (*Ливенз. Petersb. med. Zeitsch. XVII. 1870 стр. 377*), указывающій на возможность того, что больная можетъ быть подъ врачебнымъ наблюденіемъ болѣе мѣсяца, и только передъ операциею, уже на операционномъ столѣ, при производствѣ надлежащимъ образомъ катетеризаціи получилось 4 литра мочи, и опухоль сразу исчезла.

Задержка каловыхъ массъ въ толстыхъ кишкахъ, особенно въ *coecum* и въ *flexura sigmoidea*, можетъ обуславливать опухолеподобныя образованія, достигающія въ исключительныхъ случаяхъ величины беременной матки конца беременности, и представляется при пальпаціи живота, какъ до извѣстной степени подвижныя, бугристыя опухоли, дающія при перкуссіи мѣстами тимпанической тонъ. Существующіе нерѣдко при подобныхъ долгопродолжающихся задержкахъ кала, поносы, нисколько не вліяющіе на удаленіе задержанныхъ твердыхъ каловыхъ массъ, могутъ давать поводъ къ происхожденію тѣхъ или другихъ ошибокъ въ распознаваніи. Полное отсутствіе эластичности въ буграхъ подобныхъ опухолевидныхъ образованій, выражающееся тѣмъ, что каждое давленіе на нихъ пальцемъ надолго оставляетъ вдавленіе, настолько характерно, что даже и вопросъ о возможности ошибки въ распознаваніи не долженъ бы имѣть вовсе мѣста. Совершенно также мы должны были бы выразиться и о возможности ошибки при увеличеніи живота подъ вліяніемъ

вздутія кишекъ газами съ одновременнымъ спазматическимъ сокращеніемъ извѣстныхъ участковъ брюшныхъ мышцъ, если бы время отъ времени не повторялись случаи присылки подобныхъ больныхъ въ клинику съ диагнозомъ *tumor ovarii*. Дѣйствительно нѣкоторыя, особенно страдающія истеріей, больныя представляютъ иногда опухоль живота, по наружному виду весьма напоминающую кисту яичника (рис. 14); при пальпации, встрѣчая туго напряженный животъ, кажется, какъ будто подъ руками находится опухоль съ неясными границами; еще больше возможна ошибка у женщинъ, обладающихъ толстымъ



Рис. 14. Форма живота при метеоризмѣ у истерической дѣвушки (Spencer Wells).

слоемъ подкожной жирной клѣтчатки; но какъ только мы приступимъ къ надлежащему изслѣдованію, такъ сейчасъ же окажется, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Перкуссия показываетъ тимпаническій звукъ по всему пространству, занимаемому этою ложною опухолью (*Faux kystes de l'ovaire* французовъ), а уничтожая спазматическія сокращенія мышцъ передней брюшной стѣнки путемъ полнаго наркоза хлороформомъ, мы видимъ сразу наступающее полное исчезновеніе опухоли,—ошибка далѣе невозможна и случай выясненъ достаточно въ діагностическомъ отношеніи. Весьма рѣдко растянутый желудокъ (*dilatatio ven-*

triculi) представляет образование, похожее на опухоль живота, но тѣмъ не менѣе однако извѣстны случаи ошибокъ въ этомъ направленіи; такъ въ Америкѣ *Reeves Jackson* произвелъ лапоротомию и только во время операциіи убѣдился, что имѣлъ дѣло съ растянутымъ желудкомъ. Операциія была предпринята послѣ того, какъ пробаторная пункция показала присутствіе частицъ пищевыхъ веществъ въ выпущенной жидкости (рефер. см. въ *Centbl. f. Gyn.* 1880 г. № 15, стр. 368).

Опухоли передней брюшной стѣнки, особенно если онѣ достигаютъ весьма большой величины, могутъ дать поводъ къ ошибкамъ діагноза; особенно это относится къ фибромамъ и къ *fibroma mucomatodes*. Эти опухоли, начиная развиваться изъ соединительной ткани между апоневрозами и мышцами передней брюшной стѣнки, достигаютъ иногда вѣса въ пудъ и болѣе, образуютъ рѣзко выраженный *venter prorepens* (рис. 15) и даютъ ощущеніе ложныхъ флюктуаций, причѣмъ настолько напоминаютъ кисты яичника, что извѣстны случаи, когда вѣрный діагнозъ выяснился только *sub operatione*. Въ чаще встрѣчающихся опухоляхъ средней величины уже при одномъ наружномъ изслѣдованіи можно опредѣлить, что она помѣщается въ тканяхъ брюшной стѣнки; надавливая на нее, мы видимъ, что и брюшная стѣнка смѣщается съ нею вмѣстѣ, образуя болѣе или менѣе значительное углубленіе; самымъ же характернымъ признакомъ этихъ опухолей слѣдуетъ считать (*L. Labbé et Ch. Remy. Traité des fibromes de la paroi abdominale. Paris. 1888*) получающуюся полную неподвижность ихъ при сокращеніяхъ мышцъ брюшнаго пресса. Кромѣ того, получая отношеніе сокращающихся произвольно мышцъ брюшной стѣнки къ опухоли, мы можемъ точно опредѣлить мѣсто ея нахожденія, какъ надъ, такъ и подъ ними (*R. Lenneke. Ueber Fibrome des praeperitonealen Bindegewebes. Diss. Berlin, 1884, стр. 34*).

Опухоли большей величины требуютъ уже примѣненія наружно-внутренняго изслѣдованія, указывающаго всегда полную независимость ихъ отъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Уже болѣе затрудненія въ дифференціальномъ распознаваніи представляютъ скопленія крови во внутреннихъ половыхъ органахъ при порокахъ развитія. Нае-

matometra при дефектѣ или рудментарномъ развитіи шейки матки опредѣляется относительно легко, при чемъ анамнезъ и молодые годы больной представляются весьма характерными. Совершенно иначе представляется распознаваніе при haematometra unilateralis, при одно-

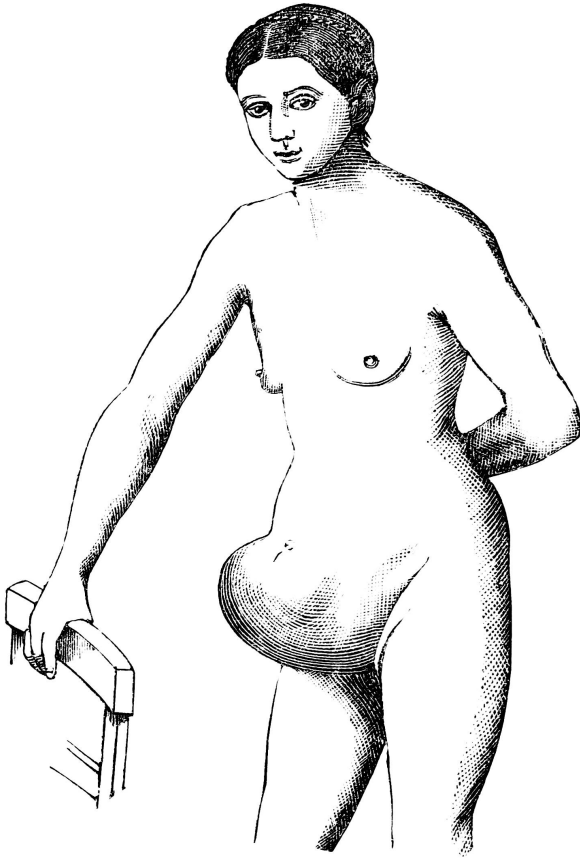


Рис. 15. Отвислый животъ при фибромѣ брюшной стѣнки (Labé et Remy).

стороннемъ дефектѣ шейки матки и при haematocolpos unilateralis, при atresia vaginalis unilateralis. Дифференціальнѣй діагнозъ затрудняется полнымъ отсутствіемъ значенія анамнеза и возраста больной; при haematometra unilateralis объективное изслѣдованіе, какъ

показывает прилагаемый рисунок (рис. 16), весьма легко может дать повод къ опредѣленію кисты яичника и особенно межсвязочной, какъ это и было сдѣлано въ данномъ случаѣ. Медленный ростъ опухоли, ея неправильная форма съ придатками въ верхней части, обусловленными или расширенною трубою при haematometra unilateralis или же не вполне растянувшейся маткою при haematocolpos unilateralis; периодически появляющееся уплотнѣніе всей опухоли, подѣ влияніемъ сокращенія мышечныхъ элементовъ ея стѣнокъ;

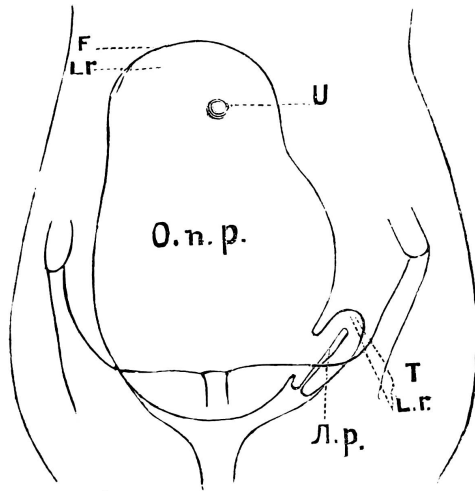


Рис. 16. Haematometra et Haematocolpos unilateralis, принятыя за кисту яичника (С. Staude).

U—пушокъ; F—мѣсто прикрѣпленія правой трубы; Lr Lr—мѣста прикрѣпленія круглыхъ связокъ; Т—мѣсто прикрѣпленія лѣвой трубы; O. n. p.—опухоль праваго рога матки; Л. р.—лѣвый рогъ матки.

глубокое внѣдреніе опухоли во влагалище при haematocolpos unilateralis представляютъ особенности, наводящія на мысль о порокѣ развитія полового канала съ послѣдовательною задержкою крови. Окончательное выясненіе діагноза принадлежитъ пробаторной пункции дающей характерную для haematometr'ы кровяную жидкость, напоминающую кофейную гущу.

Часто встрѣчающагося смѣшиванія фиброміомъ матки съ кистами яичниковъ средней величины можно избѣгнуть также точною объективнаго изслѣдованія. Наружное

изслѣдованіе, особенно при болѣе толстыхъ и неподатливыхъ брюшныхъ стѣнкахъ нерожавшихъ женщинъ, опухолей, не дающихъ совершенно или дающихъ только неясную флуктуацию, не приводитъ ни къ какому заключенію относительно характера опухоли. Наружно-внутреннее изслѣдованіе указываетъ уже на связь съ маткою; такъ передвиженія опухоли, производимыя искусственно, непосредственно передаются ей; при подсерозныхъ фиброміамахъ нерѣдко можетъ быть найдена широкая объемистая ножка, прикрѣпляющаяся къ одной изъ стѣнокъ матки; при интерстициальныхъ фиброміамахъ изслѣдованіе полости матки даетъ почти всегда рѣшающія данныя, указывая на значительное удлинненіе ея и измѣненіе ея формы.

Мы уже указали на возможность принять за кисту яичника капсулированный эксудатъ, помѣщаемый въ Дугласовомъ пространствѣ, симулирующій таковую небольшой величины (см. стр. 925). Но возможны также случаи, въ которыхъ болѣе объемистыя количества жидкаго эксудата, лежація у передней брюшной стѣнки и окруженныя ложными перепонками, напоминаютъ собою уже кисты довольно крупныхъ размѣровъ; сюда относятся инкапсулированные эксудаты при бугорчаткѣ или ракъ брюшины. Далекое не всегда болѣзненные при пальпаціи опухоли, образуемыя такого рода эксудатами, представляя рѣзко выраженную флуктуацию, не обладаютъ рѣзкими контурами, такъ что пальпація ихъ не даетъ ощущенія ихъ стѣнокъ. Эти послѣднія, будучи образованы сросшимися петлями кишечнаго канала, даютъ тимпаническій тонъ при перкуссіи, мѣстами далеко заходящій на опухоль, такъ что перкутторная граница ея совершенно неправильна и далеко не соответствуетъ границѣ, получающейся при пальпаціи. При *carcinosis peritonei* наружно-внутреннее изслѣдованіе почти всегда указываетъ на присутствіе плотныхъ раковыхъ узловъ за маткою въ дугласовомъ пространствѣ. Какъ при бугорчаткѣ, такъ и при ракѣ анамнезь, общее состояніе больной и теченіе болѣзни весьма характерны; при бугорчаткѣ же особе вниманіе должно быть обращено на температуру больной. Пробаторная пункція, произведенная съ цѣлью дифференціального распознаванія кисты яичника, укажетъ на характеръ жидкости, несвойственный этой послѣдней.

Чѣмъ большихъ размѣровъ достигаетъ киста яичника, тѣмъ большія затрудненія представляются при дифференціальномъ распознаваніи. Кисты яичника, выполняющія почти всю растянутую полость живота и сильно сдавливающія и смѣщающія лежащія въ ней органы, могутъ симмулировать присутствіе различныхъ болѣзненныхъ состояній и опухолей, къ разбору которыхъ мы и должны перейти.

Накопленіе свободной жидкости въ брюшинѣ при брюшной водянкѣ (*ascites*), особенно въ громадномъ количествѣ, можетъ служить предметомъ долгаго и тщательнаго изслѣдованія, прежде чѣмъ будетъ выяснено правильное распознаваніе. Насколько дифференціальное распознаваніе асцита и кисты яичника въ обыкновенныхъ, не особенно сильно развитыхъ и несложненныхъ случаяхъ представляется относительно легкимъ, на столько же оно при исключительныхъ обстоятельствахъ можетъ быть весьма трудно и вести къ ошибкамъ, выяснившимся только во время операціи. Для большей наглядности и краткости, я считаю болѣе удобнымъ расположить рядомъ въ два столбца признаки, свойственные, какъ кистѣ яичника, такъ и асцита, имѣющіе ту или другую степень важности при дифференціальномъ распознаваніи этихъ заболѣваній.

Кисты яичника.

1) Общее состояніе здоровья удовлетворительно въ то время, когда обнаружено присутствіе опухоли, и затѣмъ уже только начинаетъ мало по малу разстраиваться.

2) Опухоль обнаруживается часто съ одной которой нибудь стороны живота и только уже впоследствии занимаетъ его центральную часть.

3) Отеки конечностей встрѣчаются относительно рѣдко и то только въ болѣе поздніе періоды развитія болѣзни; отеки рукъ и лица почти никогда.

4) Увеличеніе живота рѣзко выдѣляется впередъ, — часто неравномѣрно, на одной сторонѣ болѣе, чѣмъ на другой, форма его почти не измѣняется

Ascites.

1) Весьма часто уже значительно разстроенное здоровье и до обнаруженія опухоли живота. Часто присутствіе болѣзней сердца, печени или почекъ.

2) Увеличеніе объема живота обнаруживается сначала въ формѣ припуханія нижней его части и только въ стоячемъ положеніи.

3) Отеки наблюдаются и въ началѣ заболѣваній, отекъ же нижнихъ конечностей весьма часто, почти во всѣхъ случаяхъ.

4) Равномѣрное увеличеніе живота, нѣсколько уплощенное спереди назадъ, боковыя части его также рѣзко увеличены. Форма живота измѣняется

вовсе при переменах положения больной.

5) Пупокъ безъ измѣненій.

6) При глубокихъ дыхательныхъ движенияхъ рѣзко видно смѣщеніе верхняго края кисты вверхъ и внизъ.

7) Наибольшій размѣръ окружности живота помѣщается часто на нѣсколько сантиметровъ ниже пупка.

8) Форма грудной клѣтки измѣнена вслѣдствіи выворачиванія наружу ложныхъ реберъ.

9) Ощупываніе живота опредѣляетъ границы опухоли.

10) Флуктуация получается яснѣе всего въ центральной части живота и не измѣняется съ измѣненіемъ положенія больной, всегда ограничивается площадью притупленія.

11) Движенія пульсаціи аорты передаются брюшнымъ стѣнкамъ и могутъ быть видимы.

12) Площадь тупаго тона при перкуссия занимаетъ центральную часть живота, линія притупленія верхней границы представляется выпуклой, выпуклостью обращенной вверхъ; въ обоихъ бокахъ или только съ одной стороны тимпаническій тонъ (рис. 17 и 19).

13) Какъ площадь притупленія; такъ и распространеніе тимпаническаго тона остаются безъ измѣненій при переменахъ положенія, если киста большаго размѣра, при небольшихъ

смотря по положенію больной, вслѣдствіе того, что свободная жидкость его полости занимаетъ всегда самую нижнюю часть этой послѣдней.

5) Пупокъ часто выпяченъ, пупочное кольцо растянута, нерѣдко пупочная грыжа, выполненная асцитическою жидкостью.

6) Растянутый и плазующій въ жидкости *colom transversum* симулируетъ иногда движенія верхняго края кисты при движеніи, но перкуссия тотчасъ же устраняетъ ошибку.

7) Обыкновенно на уровнѣ пупка.

8) Ложныя ребра не мѣняютъ своего положенія.

9) Консистенція живота равномерна.

10) Рѣзче всего выражена въ самыхъ отлогихъ частяхъ въ бокахъ при лежачемъ положеніи; измѣняется при переменѣ положенія больной; ощущается и внѣ площади притупленія, по всему животу.

11) Пульсація аорты не прощупывается черезъ брюшныя стѣнки.

12) Притупленіе въ обоихъ бокахъ при положеніи больной на спишь и тимпаническій тонъ въ центральной части живота, въ мѣстѣ лежащемъ выше всего. Линія границы притупленія вогнутая, какъ въ стоячемъ, такъ и въ лежачемъ положеніяхъ (рис. 18 и 19).

13) Измѣняются сообразно положеніямъ больной; при положеніи на боку верхній бокъ даетъ тимпаническій тонъ; въ сидячемъ—жидкость занимаетъ низшую часть живота и даетъ

же величинахъ кисты можетъ слегка притупленіе внизу, верхняя же часть перемѣщаться изъ стороны въ сто- тимпанична. рону.

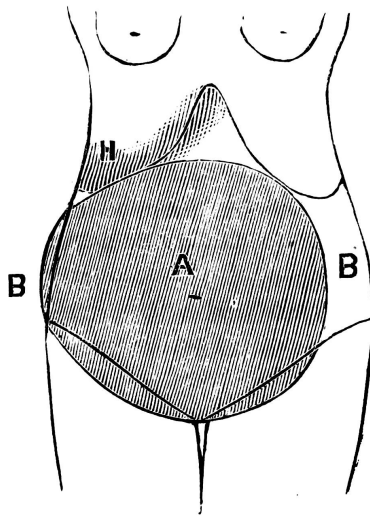


Рис. 17. Киста яичника при положеніи больной на спинѣ *А*.—площадь при тупленія кисты. *В*.—тимпанической тонъ кишекъ. *Н*.—печень.

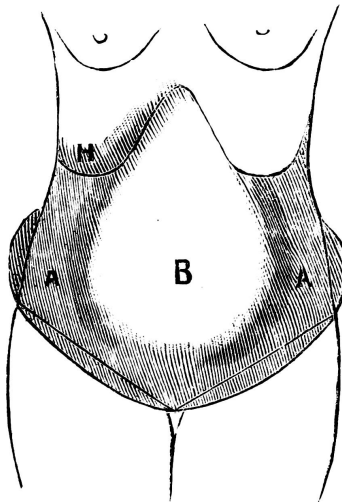


Рис. 18. Ascites. Положеніе больной на спинѣ. *А*.—притупленіе асцитической жидкости. *В*.—тимпанитъ кишечныхъ петель. *Н*.—печень.

14) При выслушиваніи слышны иногда тоны аорты и весьма рѣдко шумы большихъ сосудовъ опухоли.

15) При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи прощупывается часто нижній отрѣзокъ кисты черезъ тотъ или другой сводъ влагалища, тогда только передается волна флуктуаціи.

16) Матка часто приподнята, или лежитъ къзади въ *excavatio sacralis*, тогда подвижность ея ограничена.

14) Кишечные шумы.

15) Въ сводахъ ничего не прощупывается, волна флуктуаціи часто передается изслѣдующему пальцу снаотъ другой сводъ влагалища, ружи.

16) Матка весьма подвижна и очень часто опущена или въ состояніи выпаденія.

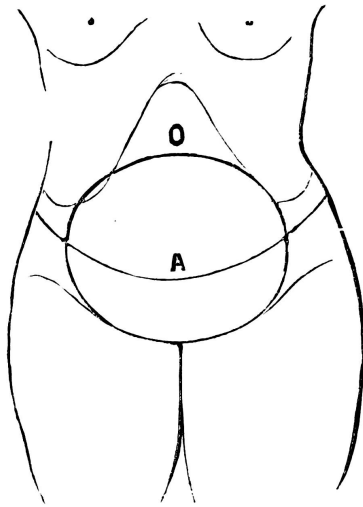


Рис. 19. Линіи притупленій при кистѣ яичника и при асцитѣ при стоячемъ положеніи больной (Edis). А—верхняя граница притупленія при брюшной водянкѣ, О—граница притупленія при опухоли яичника.

17) Выпущенная жидкость болѣе или менѣе густа, различной окраски, удѣльный вѣсъ 1015—1024. Содержитъ весьма часто *paralbumin*. 1015, содержитъ бѣлокъ, самопроизвольно свертывается черезъ 12—18 часовъ (при бывшихъ обильныхъ крововизаніяхъ въ полость кисты).

18) Подъ микроскопомъ: цилиндрической эпителий, иногда эндотел. клѣтки, часто кристаллы холестерина, весьма рѣдко бѣлые кровяные шарики.

17) Серозная, прозрачная желтоватая или зеленоватая жидкость, иногда кровяниста, удѣльный вѣсъ 1010—1015, содержитъ бѣлокъ, самопроизвольно свертывается черезъ 12—18 часовъ.

18) Бѣлые кровяные шарики и иногда эндотелиальные клѣтки.

Приведенныя данныя указываютъ намъ, что дифференціальное распознаваніе кисты яичника и асцита не должно было бы принадлежать къ труднымъ; но тѣмъ не менѣе, однако, изъ всѣхъ ошибокъ діагноза при кистахъ яичника смѣшиваніе ихъ съ асцитомъ или обратно представляется одною изъ самыхъ частыхъ и она происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ больше опухоль и чѣмъ яснѣе флуктуация. Скопленіе свободной жидкости въ брюшинѣ обуславливаетъ иногда перкуторныя данныя, совершенно тождественныя съ замѣчаемыми при кистѣ яичника. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническаго перитонита, бугорчатки или рака брюшины брыжейка тонкихъ кишекъ представляется настолько укороченной, что кишечныя петли удерживаются ею вблизи позвоночнаго столба и при положеніи больной на спинѣ не могутъ всплывать надъ жидкостью, и самая высоколежащая часть живота даетъ вмѣсто тимпаническаго тупой тонъ при перкуссіи. Тоже самое наблюдается, но уже болѣе рѣдко, при чрезмѣрно громадныхъ скопленіяхъ жидкости, когда и совершенно нормальная длина брыжейки оказывается недостаточной, и кишечныя петли покрыты сверху толстымъ слоемъ жидкости. То же образуетъ и слипчивое воспаленіе между отдѣльными петлями кишекъ, причемъ всѣ тонкія кишки представляютъ одинъ общій конгломератъ въ формѣ опухоли, лежащій плотно прикрѣпленнымъ у позвоночнаго столба. Примѣненіе глубокой перкуссіи, сильно нажимаемая плессиметръ въ глубь тканей передней брюшной стѣнки, даетъ иногда еще возможность опредѣлить присутствіе кишекъ подъ довольно толстымъ слоемъ жидкости. Еще большее сходство съ кистою яичника представляютъ случаи, въ которыхъ при перкуссіи одного или обоихъ боковъ получается тимпаническій тонъ влѣдствіе чрезмѣрнаго вздутія слѣпой кишки или присутствія приращеній кишечныхъ петель въ данныхъ областяхъ; чаще, однако, тимпаническій тонъ при перкуссіи получается только на одной сторонѣ, и поэтому слѣдуетъ считать за правило перкутировать въ каждомъ сомнительномъ случаѣ асцита оба бока и недовольствоваться только однимъ. Совершенно такое же обратное расположеніе данныхъ перкуссіи приходится наблюдать и при нѣкоторыхъ случаяхъ кистъ, причемъ онѣ располагаются

какъ при асцитѣ, давая тимпаническій тонъ на самомъ возвышенномъ мѣстѣ опухоли; подобное явленіе имѣеть мѣсто при нахожденіи газа въ полости кисты, будетъ-ли то занесенный во время пункціи воздухъ или же кишечные газы при произвольномъ вскрытіи кисты въ кишечный каналъ. Измѣненіе данныхъ перкуссіи при перемѣнѣ положенія больной наблюдается также иногда при кистахъ, имѣющихъ не напряженныя стѣнки и представляющихся какъ бы не вполне наполненными (*cystes uniloculaires flasques*).

При невозможности выясненія точнаго діагноза путемъ методовъ паружнаго изслѣдованія, намъ удастся иногда найти указанія въ анамнезѣ и въ изслѣдованіи другихъ органовъ больной; опредѣленіе болѣзней сердца, печени или почекъ уже говоритъ за присутствіе асцита. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи весьма свободная подвижность матки уже никогда не встрѣчается при большихъ кистахъ яичника; изслѣдуя двумя пальцами *per rectum* и низводя матку, удается иногда и при чрезмѣрно большихъ опухоляхъ найти еще ножку опухоли и связь ее съ однимъ изъ угловъ матки. Если бы, несмотря на всѣ примѣненные методы изслѣдованія, случай оставался бы все еще не выясненнымъ, то слѣдуетъ считать вполне показаннымъ примѣненіе пробаторной пункціи. При данныхъ обстоятельствахъ мы получаемъ при ней не только возможность изслѣдовать выпущенную жидкость, но и возможность болѣе точнаго изслѣдованія полости живота и внутреннихъ половыхъ органовъ. Пользуясь каждый разъ, насколько возможно полно этою второю возможностью, становится невыслышимымъ существованіе ошибокъ подобно встрѣчавшимся случаямъ, послѣ опорожненія полости живота, впрыскиваній *tincturae jodi* прямо въ брюшную полость вмѣсто предполагаемой полости кисты.

Принять нормально протекающую и несложненную беременность за кисту яичника относится къ крупнымъ и почти непростительнымъ ошибкамъ и можетъ быть только объяснено болшею поспѣшностью изслѣдованія, и при томъ далеко неопытной рукой. Иначе представляется дѣло при случаяхъ патологическихъ—при рѣзко выраженномъ чрезмѣрномъ количествѣ околоплодныхъ

воду (Hydramnion). Весьма большая матка, дающая ясную флуктуацию при полномъ отсутствіи возможности прощупать части плода и его движенія, равно какъ и невозможности слышать его сердцебиеніе, могутъ весьма серьезно затруднить распознаваніе. Повторныя попытки изслѣдованія всетаки укажутъ намъ иногда на измѣненіе консистенціи опухоли, имѣющей мышечную, сокращающуюся стѣнку матки; а также при полной невозможности прощупать движенія плода, ихъ можно иногда еще слышать при тщательной аускультации живота. Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе, въ свою очередь, укажетъ на непосредственный переходъ шейки матки въ предполагаемую опухоль. Несмотря на эти данныя, всетаки могутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ вполне достовѣрный діагнозъ еще не можетъ быть поставленъ, а состояніе больной (явленія удушья) требуетъ немедленной помощи, то передъ проботорной пункцией слѣдуетъ сдѣлать попытку произвести искусственное расширение канала шейки, что при беременности должно удался безъ большихъ затрудненій, и въ случаѣ присутствія плоднаго пузыря въ полости матки искусственный разрывъ его оболочекъ, вызвавъ опорожненіе матки, можетъ рассматриваться, какъ вполне показанная операція.

Внѣматочная беременность (*graviditas extrauterina*), достигшая почти конца своего развитія, представляетъ иногда большія затрудненія при дифференціальномъ діагнозѣ, давая при изслѣдованіи большой величины опухоль, развившуюся рядомъ съ маткою и нерѣдко соединяющуюся съ нею ножкою, плушею къ одному изъ угловъ ея. При жизни плода ошупываніе частей его и слышимое сердцебиеніе при наружномъ изслѣдованіи легко выясняютъ въ чемъ дѣло; съ наступленіемъ же внутриутробной смерти его, признаки беременности вообще ступшеваются, и намъ приходится имѣть дѣло съ рѣшеніемъ вопроса, какая передъ нами опухоль.

Характерный анамнезъ, бывшій *metrorrhagi*u, иногда точно замѣченное отхожденіе *decidua* на 3 или 4 мѣсяцѣ беременности, уменьшеніе объема опухоли, рѣзко бросившееся въ глаза больной послѣ наступившей смерти плода (*К. Змигродскій*. Къ ученію о внѣматочной беременности. Диссертація изъ нашей клиники. Спб. 1886 г.), даютъ

достаточно опоры для выясненія данныхъ, получаемыхъ путемъ обыкновеннаго изслѣдованія. Руководствуясь этими признаками, мнѣ удавалось уже не разъ во время производства чревосѣченія подтверждать поставленный заранѣе діагнозъ *Graviditas extrauterina* (*Ж. Славянской*. Краткій отчетъ и т. д. Протоколы акуш. гинекологическаго Общества въ Спб. 1889 г.).

Fibromyoma cysticum uteri, представляясь въ формѣ большой опухоли, даетъ иногда при наружномъ изслѣдованіи совершенно тѣ же объективныя данныя, какъ и киста яичника. Наружно-внутреннее изслѣдованіе и изслѣдованіе *per rectum* при низведенной маткѣ могутъ доказать болѣе широкую и объемистую ножку, связывающую ее съ маткою, но при рѣзко выраженномъ подсерозномъ развитіи опухоли ножка можетъ быть тонка и мѣсто отхожденія ея тоже что и при кистахъ яичника,—случаи, въ которыхъ діагнозъ не только труденъ, но и почти невозможенъ, тѣмъ болѣе, что и результаты пробаторной пункции не даютъ иногда положительнаго результата. Жидкость, получаемая при этомъ изъ фибромы *cysticum*, какъ мы уже видѣли имѣетъ всѣ особенности лимфы, свертываясь произвольно весьма скоро на воздухѣ, и, если и вѣрно, какъ правило вообще, что этой своей особенностью она отличается рѣзко отъ коллоиднаго содержимаго кистъ яичника, то, какъ исключенія, встрѣчаются случаи, въ которыхъ жидкость яичниковой опухоли давала тоже произвольное свертываніе. Мы уже видѣли, что при значительныхъ кровоизліяніяхъ въ полость коллоидной кисты, содержимое ея свертывается, будучи выпущеннымъ; съ другой стороны, мы видѣли также, что нерѣдко при *cystoma proliferum glandulare* рядомъ съ железистыми полостями находятся и относительно довольно большія полости расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ съ ихъ характернымъ содержимымъ; тоже наблюдается нерѣдко и при *cystosarcoma ovarii*. И такъ мы видимъ, что мы не обладаемъ еще и до сихъ поръ какимъ-либо патогномическимъ признакомъ для *fibromyoma cysticum* и что діагнозъ нашъ нерѣдко можетъ быть поставленъ только при *laparotomia explorativa*; этимъ обстоятельствомъ вполне объясняется извѣстный изъ статистическихъ дан-

ныхъ фактъ, что вѣрный діагнозъ былъ выставляемъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ только *sub operatione*, предпринимавшейся обыкновенно при діагнозѣ *cystoma ovarii*. Также труднымъ представляется дифференціальное распознаваніе при нѣкоторыхъ болѣзняхъ почекъ, особенно при *hydronephrosis*, обусловливающимъ иногда опухоли громадной величины, выполняющія брюшную полость и представляющія при изслѣдованіи много общаго съ большими кистами яичника.

Группируя главные отличительные признаки, мы можемъ сдѣлать слѣдующее сопоставленіе:

Hydronephrosis.

Кисты яичника.

Анамнезъ указываетъ на бывшія болѣзни почекъ; въ мочѣ были найдены: гной, кровь, бѣлокъ; бывали приступы почечныхъ коликъ и т. п.

Менструальныя кроветеченія не представляютъ отклоненія отъ нормы.

Рано появляющіеся отеки ногъ.

Появленіе опухоли замѣчено уже давно, часто еще въ дѣтствѣ въ верхней боковой части живота. Увеличиваясь въ объемѣ, она опускалась внизъ и впередъ.

Опухоль мало подвижная вначалѣ.

Расположеніе опухоли въ животѣ никогда не симметрично.

Опухоль отодвигаетъ передъ собою кишечныя петли, такъ что между нею и переднею брюшною стѣнкою помѣщается часть толстыхъ кишекъ. Опухоль если и опускается въ полость таза, то представляется вполне независимой отъ половыхъ органовъ; весьма часто даже не прощупывается изслѣдующимъ пальцемъ *per vagina*.

Въ анамнезѣ указанія на болѣзни половыхъ органовъ.

Часто весьма малое количество крови *sub menstruatione* или явленія дисменореи.

Отеки ногъ только въ рѣдкихъ случаяхъ.

Начало развитія опухоли внизу живота; увеличиваясь поднималась вверхъ и къ срединѣ.

Отличается своею рѣзко выраженою подвижностью въ началѣ заболѣванія.

При большой уже величинѣ можетъ лежать совершенно симметрично.

Лежитъ передъ кишечными петлями, отодвигая ихъ вверхъ и въ стороны.

Матка обладает значительною подвижностью.

Почти всегда нижній отрѣзокъ опухоли можетъ быть прощупанъ черезъ своды влагалища, и связь ея съ половыми органами можетъ быть доказана, особенно при изслѣдованіи *rectum* при низведенной маткѣ.

Жидкость, полученная при пункции, содержитъ мочевины, мочекислыя соли и хлориды.

Мочевина только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ.

Изслѣдованіе мочи нерѣдко указываетъ присутствіе гноя, крови или уменьшено бѣлка.

Моча нормальна, количество нерѣдко

Изъ сопоставленія только что приведенныхъ данныхъ мы видимъ, что дифференціальное распознаваніе между разбираемыми заболѣваніями можетъ быть произведено безъ особыхъ затрудненій, если, конечно, всѣ приведенные признаки находятся налицо. Къ сожалѣнію, это встрѣчается далеко не всегда, и изъ этого общаго правила существуютъ многочисленныя исключенія и тѣмъ чаще и болѣе, чѣмъ объемы опухолей большихъ размѣровъ. Неоспоримо главнымъ признакомъ кисты яичника представляется опредѣленіе ея ножки при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи: отсутствіе таковой при *hydro-perithrosis* является важнымъ диагностическимъ моментомъ въ пользу кисты яичника. Опухоль гидронефроза, достигая громадныхъ размѣровъ и разрастаясь впередъ и внизъ, доходитъ своимъ нижнимъ отрѣзкомъ до области входа въ малый тазъ; отодвигая передъ собою брюшину, она можетъ придти въ довольно тѣсное соприкосновеніе съ *lig. infundibulopelvicum*, такъ что, при изслѣдованіи *rectum* при низведенной маткѣ, брюшина данной области можетъ быть такъ напряжена, что представляется въ видѣ болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго жгута, идущаго отъ матки къ опухоли, и можетъ дать поводъ къ опредѣленію ножки, какъ это и случилось однажды со *Schroeder-омъ* (I. с. стр. 496), принявшимъ вслѣдствіе этого мѣшокъ гидронефроза за кисту яичника. Прощупываніе яичника данной стороны обыкновенно удается безъ особыхъ затрудненій, но иногда онъ представляется при этомъ настолько сжатымъ, атрофированнымъ, что опредѣленіе его какъ таковаго по его формѣ дѣлается невозможнымъ.

Существеннымъ признакомъ гидронефроза при наружномъ изслѣдованіи безспорно является присутствіе петли кишечнаго канала передъ опухолью между нею и переднею брюшною стѣнкою; но петли тонкихъ кишекъ уже не разъ наблюдались лежащими передъ кистами яичниковъ, будучи болѣе или менѣе плотно сросшимися съ ними. Присутствіе такой петли можетъ быть легко прощупано черезъ не толстыя брюшныя стѣнки и, производя пальпирующія движенія рукою, наблюдаемъ иногда сокращенія мышечныхъ элементовъ ея, такъ что контуры ея дѣлаются болѣе рѣзкими, и она прощупывается, какъ довольно плотный жгутъ; съ другой стороны, больныя указываютъ сами на ощущаемыя ими на этомъ мѣстѣ движенія кишечнаго содержимаго и газовъ, и мы, по ихъ указанію,

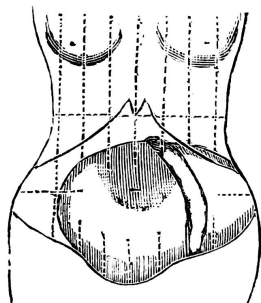


Рис. 20. Положеніе Colon descendens при опухоли лѣвой почки. (Spencer Wells).

можемъ вызвать иногда явленія gargouillement въ предполагающейся кишечной петлѣ. Опухоль гидронефроза правой стороны имѣетъ передъ собою colon ascendens, занимающій при большихъ опухоляхъ внутренній край опухоли; болѣе характерно располагается colon descendens при опухоляхъ лѣвой почки, такъ какъ онъ представляется пересѣкающимъ по срединѣ опухоль сверху внизъ (рис. 20). Имѣя слѣдовательно передъ опухолью почки только отдѣлы толстыхъ кишекъ, мы при объективномъ экзаменѣ не должны довольствоваться только опредѣленіемъ присутствія кишечной петли, а должны доказать принадлежность ея къ толстымъ кишкамъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это удается безъ особаго труда введеніемъ жидкости или воздуха или же длинныхъ эла-

стических зондовъ; изслѣдующая снаружи рука легко опредѣляетъ проникновеніе ихъ въ опущаемый участокъ кишки и тѣмъ доказываетъ принадлежность его толстой кишкѣ, такъ какъ ни жидкость, ни воздухъ, ни тѣмъ болѣе эластическій зондъ не могутъ проникать въ тонкія кишки, будучи введенными *per anum*. Изслѣдованіе мочи при *hydronephrosis* далеко не всегда даетъ какія-либо указанія на существующее заболѣваніе почки, такъ какъ въ мочевоѣ пузырь попадаетъ моча только изъ здоровой почки и поэтому можетъ представляться нормальной. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ себѣ помочь попыткой катетеризированія мочеточника заболѣвшей почки; такъ *Zweifel*'ю (*Centrbl. für. Gyn.* 1888 № 27 стр. 440) этимъ путемъ удалось доказать *hydrohaematonephrosis*, удаленный имъ впоследствии путемъ чревосѣченія.

Пробаторная пункція далеко не всегда даетъ удовлетворительный результатъ, и жидкость, выпущенная изъ мѣшка гидронефроза, часто не содержитъ тѣ или другія составныя части мочи, и съ другой стороны въ исключительныхъ случаяхъ жидкость кисты яичника можетъ содержать мочевины. Данныя анамнеза въ свою очередь также весьма часто не заслуживаютъ особаго довѣрія. И такъ мы видимъ, что дифференціальныи діагнозъ между *hydronephrosis* и кистою яичника можетъ быть весьма затрудненъ, но все-таки, благодаря строгой оцѣнкѣ совокупности всѣхъ собранныхъ данныхъ, въ большинствѣ случаевъ діагнозъ заболѣванія можетъ быть выясненъ достаточно точно. Тѣмъ не менѣе, однако, мы должны допустить, что въ исключительныхъ, относительно рѣдкихъ случаяхъ ошибка въ распознаваніи возможна и можетъ быть узнана только при пробномъ разрѣзѣ (*laparotomia explorativa*). Тѣ-же данныя получаютъ главнымъ образомъ при объективномъ изслѣдованіи и другихъ забрюшинныхъ опухолей за исключеніями, конечно, измѣненій въ мочѣ, и кромѣ того при этихъ опухоляхъ замѣчается еще иногда полная симметричность ихъ расположенія относительно срединной линіи тѣла. Самымъ характернымъ признакомъ ихъ служитъ возможность ощупать ихъ нижній сегментъ, входя рукою надъ *symphysis oss. pub.*, что удается иногда довольно легко при неособенно напряженныхъ и не толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ,

и полное отсутствіе связи ихъ съ внутренними половыми органами, доказанное путемъ изслѣдованія *per rectum* при низведенной маткѣ. Въ ряду забрюшинныхъ опухолей мы встрѣчаемъ кисты поджелудочной железы, опухоль, удаленную *Spencer Wells*'омъ (1. с. стр. 113) и названную *Virchow*'омъ *fibroma molluscum cysticum abdominale*, лимфо-саркомы забрюшинныхъ лимфатическихъ железъ (*Кисель*. «Врачъ», 1887, стр. 920) и другія злокачественныя новообразованія. При этихъ опухоляхъ, благодаря ихъ рѣдкости, ошибка распознаванія еще болѣе возможна, и тѣмъ легче, чѣмъ сама опухоль больше. Опухоли печени и селезенки только весьма рѣдко могутъ дать поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи кистъ яичника. Увеличенные въ объемѣ и смѣщенные, сохраняя свою подвижность, органы эти едва-ли могутъ дать при внимательномъ изслѣдованіи поводъ къ ошибкамъ, такъ какъ непринадлежность ихъ органамъ малаго таза можетъ быть всегда доказана вполне удовлетворительно. Нѣсколько иначе представляется дѣло, когда опухоль печени или селезенки увеличивается до такой степени, что достигаетъ входа въ малый тазъ и можетъ быть прощупана черезъ влагалище; анамнезъ, указывающій для опухолей печени начало ихъ развитія изъ праваго подреберья и для опухолей селезенки изъ лѣваго, не всегда можетъ возбуждать полное довѣріе, и такъ какъ опухоли подобной величины почти безъ исключенія бываютъ паразитарнаго происхожденія (эхинококки) и представляютъ всѣ свойства большихъ кистъ, то для точнаго ихъ распознаванія необходимы—точное изслѣдованіе *per rectum* при низведенной маткѣ, указывающее на отсутствіе ножки, и изслѣдованіе жидкости, полученной пробаторной пункціею, дающее нерѣдко характерныя для эхинококковъ крючья и части слоистой оболочки ихъ пузырей. Возможность ошибки при большихъ опухоляхъ вполне допустима, и въ нашей литературѣ мы видимъ примѣръ, какъ эхинококкъ селезенки былъ принятъ за однополостную кисту яичника и ошибка была выяснена только во время операціи (*Иквитуз*. Обзоръ 32 оваріотомій. Отд. оттискъ изъ VIII протокола Тамбовскаго Медицинскаго Общества за 1888 г., стр. 17). Вообще діагнозъ эхинококка брюшной полости или одного изъ ея органовъ относится къ задачамъ не

легкимъ и можетъ быть выставленъ только въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ, когда путемъ исключенія всевозможныхъ предположеній приходится остановиться на пробной пункции, съ цѣлью добыть жидкости изъ мѣшка паразита. Но и при этомъ полученная жидкость не всегда указываетъ намъ, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло; известны случаи, когда игла, попадая въ гнойныя полости, столь часто встрѣчающіяся при эхинококкахъ, давала только гной, или же представляя изъ себя прозрачную, какъ ключевая вода жидкость съ 1005 удѣльнымъ вѣсомъ, почти полнымъ отсутствіемъ бѣлка не давала и слѣдовъ паразита. Мнѣ пришлось только еще два раза при дифференціальной діагностикѣ опухолей живота приходить путемъ исключенія къ распознаванію эхинококка брюшины; жидкость, получаемая при пункции, еще болѣе подтверждала предположенія, и при лапаротоміяхъ въ обоихъ случаяхъ діагнозъ оказывался вѣрнымъ (первый изъ этихъ двухъ случаевъ описанъ въ свое время докторомъ *Н. В. Ястребовымъ* въ Протоколахъ Общества Русскихъ Врачей за 1879 — 80) гг., Точно также путемъ точнаго опредѣленія отсутствія связи опухоли съ половыми органами и путемъ исключенія другихъ опухолей полости живота можно подойти къ діагнозу жировиковъ (*lipoma*) и слизистыхъ линомъ (*lipoma mucomatodes*), развивающихся иногда изъ сальника или брыжжейки тонкихъ кишокъ, обыкновенно же ошибка въ распознаваніи узнавалась во время операци. Доказать присутствіе обонхъ неизмѣненныхъ личинокъ при вопросахъ объ опухоляхъ сальника представляется весьма важнымъ, потому что, какъ мы уже видѣли выше, сальникъ служитъ нерѣдко какъ бы ножкою, питающею округлившуюся кисту яичника; подобный случай представился мнѣ однажды, причемъ во время операци небольшая дермоидная киста праваго яичника не имѣла совершенно никакой ножки и представлялась какъ бы развившеюся въ сальникѣ.

Предсказаніе. Самопроизвольное излѣченіе кистъ яичника вообще наблюдается крайне рѣдко, при многополостныхъ же кистамахъ почти никогда, такъ что безъ вмѣшательства разумной врачебной помощи прогнозъ относительно выздоровленія представляется вполне неблаго-

пріятнымъ—опухоль продолжаетъ расти и обуславливаетъ тѣмъ или другимъ путемъ летальный исходъ. Кисты однополостныя и особенно кисты желтаго тѣла, даютъ прогнозъ относительно лучшій, такъ какъ ростъ этихъ опухолей иногда приостанавливается, и status quo здоровья больной, представляющійся еще весьма удовлетворительнымъ, не нарушается присутствіемъ такой не увеличивающейся опухоли. Кисты же многополостныя и нѣкоторыя изъ однополостныхъ требуютъ обыкновенно нашей помощи, значительно мѣняющей предсказаніе.

Случаи запущенные, въ которыхъ объемъ кисты достигъ колоссальныхъ размѣровъ, представляютъ, какъ мы уже видѣли, весьма серьезныя и стойкія измѣненія въ организмѣ помимо уже самой опухоли. Мы укажемъ только на измѣненія грудной клѣтки, легкихъ и на развивающуюся бурю атрофію сердца; измѣненія эти, достигшія извѣстной степени своего развитія, обуславливаютъ самое неблагоприятное предсказаніе для даннаго случая, такъ какъ время для оперативной помощи уже пропущено и не смотря на то, что мы уменьшимъ объемъ опухоли тѣмъ или другимъ путемъ, обратнаго развитія сказанныхъ измѣненій не происходитъ. (*Sp. Wells l. c. стр. 84*), и больныя все равно погибаютъ. Въ другомъ рядѣ случаевъ и при томъ довольно значительномъ (*Cohn. Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke. Zeitschrift f. Geburtsk. u. Gynaekol. XII, 1886, стр. 14*) наблюдается переходъ *cystomat. proliferi* въ злокачественныя новообразованія—саркомы и раки, не рѣдко дающіе послѣ операціи рецидивы и ухудшающіе такимъ образомъ прогнозъ заболѣванія. Изъ этого мы видимъ уже, что чѣмъ ранѣе будетъ оказана надлежащая врачебная помощь, тѣмъ предсказаніе дѣлается лучше, тѣмъ болѣе, что помимо только что указанныхъ вторичныхъ измѣненій и легкой возможности перехода новообразованія въ злокачественное, больныя подвергаются иногда весьма опаснымъ для жизни случайностямъ, какъ, на примѣръ, перекручиваніе ножки опухоли, произвольный разрывъ одной изъ полостей кистомы и др. Съ другой же стороны, извѣстно, что полное удаленіе кисты яичника въ легкихъ, ничѣмъ не осложненныхъ случаяхъ представляетъ операцію легкую, не дающую почти совершенно смертельныхъ исходовъ.

Принимая во вниманіе все только что сказанное, мы видимъ, что при надлежащей врачебной помощи, оказанной тотчасъ послѣ того, какъ діагнозъ опухоли яичника вполне выясненъ, не смотря на то, что киста еще очень малыхъ размѣровъ, предсказаніе, какъ *quo ad vitam*, такъ и *quo ad valetudinem completam* послѣ операціи становится самымъ благопріятнымъ.

О лѣченіи кистъ яичника я сегодня говорить не буду. Разборъ и критическая оцѣнка различныхъ методовъ представитъ намъ матеріалъ для будущихъ лекцій.
