

# КАЗУИСТИКА.

## III.

### СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУЧИВАНИЯ НОЖКИ КИСТЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ СЪ ПЕРЕМѢЩЕНІЕМЪ ОПУХОЛИ ВЪ ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ ТАЗА И ПРИРОЩЕНІЕМЪ ЗДѢСЬ.

Д-ра Г. Надеждина.

Ученіе о перекручиваніи ножки опухолей придатковъ матки (яичниковъ, пароварія, широкихъ связокъ, трубы) представляется еще далеко не законченнымъ. Между прочимъ, весьма интересный вопросъ о причинѣ перекручиванія остается до сихъ поръ открытымъ <sup>1)</sup>. Этотъ вопросъ, какъ извѣстно, рѣшался весьма различно.

Перекручиваніе не приписывали какой-либо одной и притомъ постоянной причинѣ, а различнымъ и случайнымъ: неравномѣрный ростъ опухоли, присутствіе въ животѣ другихъ опухолей, въ томъ числѣ и беременной матки, опорожнение беременной матки, растянутого мочей пузыря, наполненной каломъ прямой кишки, механическое вліяніе promontorii на положеніе опухоли, выходящей изъ малаго таза въ брюшную полость, измѣненіе положенія тѣла и особенно быстрыя движенія женщины, перистальтическія движенія кишекъ и вздутіе ихъ газами <sup>2)</sup>, причемъ одинъ авторъ ставилъ на первый планъ ту или другую изъ указанныхъ причинъ. При этомъ въ самомъ направленіи перекручиванія не находили какой-либо опредѣленности, постоянства. Только *Cario* <sup>3)</sup> склонялся къ принятію извѣстной опредѣленности, счи-

<sup>1)</sup> *Olshausen*. Болѣзни яичниковъ, 87 стр. и нижецитируемыя работы *Küstner'a* и *Mickwitz'a*.

<sup>2)</sup> *Ibid*, стр. 87—88.

<sup>3)</sup> Цитирую по *Mickwitz'у*, см. ниже.

тая главной причиной вращеніе кисты вокругъ продольной оси гесп. перекручиванія ножки, мгновенное дѣйствіе брюшнаго пресса при одностороннемъ положеніи кишекъ. Отчасти и *Thorn* <sup>1)</sup> былъ склоненъ принять, что вращеніе кисты чаще бываетъ снаружи. Но въ прошломъ 1891 году изъ Дерптской клиники проф. *Küstner*'а вышли двѣ работы, самого *Küstner*'а <sup>2)</sup> и д-ра *Mickwitz*'а <sup>3)</sup>, которые на основаніи одного и того же клиническаго матеріала (37 оваріотомій *Küstner*'а) доказываютъ совершенную законность въ направленіи перекручиванія и постоянство причины, производящей послѣднее. Они, во первыхъ, думаютъ, что перекручиваніе встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ до сихъ поръ указывалось. Тогда какъ *Sp.-Wells* находилъ ихъ въ 2,4%, *Tornton* 9,5, *Rokitansky* 13%, *Schröder* 14%, *Olshausen* 6,3%, *Howitz* 23,2%, *Freund* 37,5% — *Küstner* нашелъ 20 перекручиваній на 36 всѣхъ случаевъ оваріотомій, если понимать перекручиваніе въ широкомъ смыслѣ, по *Freund*у, т. е. считая за перекручиваніе поворотъ до 90%. Но даже, если понимать перекручиваніе въ клиническомъ смыслѣ, которое ведетъ къ нарушенію питанія въ опухоли (для чего по *Mickwitz*'у требуется не менѣе 180°), то и въ такомъ случаѣ перекручиваніе наблюдалось у *Küstner*'а въ 17 случаяхъ на 36, т. е. въ 47,2%. Эту громадную разницу своихъ цифръ съ другими, они объясняютъ, во 1-хъ, тѣмъ, что другіе операторы просматривали тѣ случаи, гдѣ не было рѣзкихъ послѣдствій перекручиванія до или при операціи, или рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій опухоли, во 2-хъ, особыми условіями Дерптской клиники, куда, по неразвитости населенія, женщины обращаются не ради опухоли въ животѣ, а ради болѣе или менѣе тяжелыхъ припадковъ, вызываемыхъ ею и обусловливаемыхъ по преимуществу перекручиваніемъ ножки.

Но если бы послѣдняя причина имѣла крупное значеніе, то при оваріотоміяхъ русскихъ хирурговъ перекручиваніе встрѣчалось бы не рѣже, чѣмъ въ Дерптской клиникѣ. А между тѣмъ, оно отмѣчено сравнительно рѣдко.

Такъ, по *Соловьеву* <sup>4)</sup>, въ случаяхъ проф. *Красовскаго* оновстрѣ-

1) Idem.

2) Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquirter Ovarialtumorstiele.  
3) Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stieltorsion. Ein casuistischer Beitrag zur pathologie der Eierstockgeschwülste. 1892 г.

4) Цитирую по *Mickwitz*'у.

5) Перекручиваніе ножки кисты яичника въ ряду настоятельныхъ показаній къ оваріотоміи. Журн. акушерства и женскихъ болѣзней 1887 г., стр. 207.

чается въ 6,2%, проф. Рейна въ 9,5%, проф. Славянскаго въ 8,3%, проф. Склибосовскаго въ 2,8%; на всѣ же 736 случаевъ оваріотомій, собранныхъ д-ромъ Матвѣевымъ въ 2,5%. И въ дальнѣйшихъ сообщеніяхъ оваріотомій перекручиванія указываются рѣдко. Такъ, на 61 оваріотомію проф. Крассовскаго<sup>1)</sup>, оно отмѣчено 6 разъ, т. е. приблизительно въ 10%; на 33 оваріотоміи д-ра Сутугина<sup>2)</sup> 2 раза, т. е. въ 6,6%; на 54 оваріотоміи проф. Склибосовскаго<sup>3)</sup> 4 раза, т. е. въ 7,3%; на 83 оваріотоміи проф. Феноменова<sup>4)</sup> 3 раза, т. е. въ 3,6%; на 20 оваріотоміяхъ Цаднера<sup>5)</sup> ни одного перекручиванія; во всѣхъ случаяхъ указанныхъ хирурговъ и докторовъ Березницкаго<sup>6)</sup>, Тышко<sup>7)</sup>, Грамматикати<sup>8)</sup>, Соловьева<sup>9)</sup>, Халафова<sup>10)</sup>, Леневица<sup>11)</sup> ихъ отмѣчено 17 на 300 оваріотомій, т. е. въ 5,6%. Далѣе, проф. Küstner и д-ръ Mickwitz выводятъ такое правило: продольное вращеніе опухоли, обусловливающее перекручиваніе ножки, совершается изнутри—кнаружи, т. е. для правой опухоли слѣва направо, или по движенію часовой стрѣлки, если смотрѣть сверху спереди, а для лѣвой въ обратномъ направленіи.

Эту законность, по ихъ мнѣнію, имъ удалось найти, благодаря тому, что они послѣдовательно отмѣчали направленіе перекручиванія, чего другіе не дѣлали. По отношенію къ случаямъ русскихъ оваріотомій съ перекручиваніемъ ножки, послѣднее вполнѣ справедливо, если судить по обнародованнымъ оваріотоміямъ.

Такъ, на всѣ оваріотоміи при перекрученной ножкѣ въ книгѣ д-ра Матвѣева<sup>12)</sup> ни разу не указано направленіе перекручиванія. Въ позднѣйшихъ сообщеніяхъ, указанныхъ выше, также направленіе перекручиванія не указано за исключеніемъ одного

1) Тотъ же журналъ. 1888 г. № 10 и 11 и 1892 г. № 2 и 3.

2) 55 чревосѣченій, произведенныхъ въ Москвѣ.

3) Отчетъ клиники съ 1884 г.—по 1890 г.

4) Врачъ 1888 г. № 1—3. 34 чревосѣченія. Врачъ 1890 г. № 16—19. Сто чревосѣченій.

5) Врачъ 1890 г. № 48. 35 чревосѣченій.

6) Журн. акуш. и женск. бол. 1888 г. стр. 645. 5 случаевъ оваріотомій.

7) Idem. 1892 г. № 7—9. 12 чревосѣченій.

8) Врачъ 1888 г. 19—20. 5 случаевъ оваріотомій.

9) Мед. Обозр. XXIX Т. 679 стр.

10) Мед. Обозр. Т. XXIX. 365 стр.

11) Хир. Вѣст. 1890 г. стр. 448.

12) Матеріалы къ вопросу объ оваріотоміи въ Россіи. 1886 г. Диссертація.

случая (№ 33 д-ра *Сутугина* <sup>1)</sup>); оно не указано даже въ отдѣльныхъ сообщеніяхъ случаевъ оваріотоміи, показаніемъ къ коимъ было перекручиваніе ножки (*Соловьева* <sup>2)</sup>, *Заяцкаго* <sup>3)</sup>, *Прокофьевой* <sup>4)</sup>, проф. *Отта* <sup>5)</sup>, за исключеніемъ случая д-ра *Шуринова* <sup>6)</sup>. Очевидно, на эту сторону дѣла обращалось мало вниманія.

Въ случаяхъ *Küstner*'а на 10 перекручиваній лѣвостороннихъ кисть было 7 по указанному правилу и 3 противъ; изъ 7 правостороннихъ 6 по правилу и 1 противъ. Разъ перекручиваніе ножки совершается по правильному порядку, то, ясно, искать причину его въ указанныхъ случайныхъ обстоятельствахъ нельзя. *Küstner* эту причину видитъ въ одностороннемъ вліяніи кишечъ, которыя лежатъ всегда снутри—сзади отъ кисты и при своихъ растяженіяхъ и движеніяхъ всегда производятъ давленіе на нее въ направленіи снутри—сзади кпереди—кнаружи, т. е. въ направленіи указаннаго вращенія кисть. *Mickwitz*, соглашаясь съ этимъ, находитъ нужнымъ допустить и другія причины, какъ постоянныя, такъ и случайныя. Къ первымъ онъ относитъ вліяніе сокращеній поперечныхъ мышцъ живота, которыя, въ силу неподвижнаго укрѣпленія снаружи (у скелета), тянутъ мышечную пластину и кисту, лежащую подъ нею, снутри—кнаружи. Ко вторымъ онъ относитъ указанныя случайныя обстоятельства и вліяніемъ ихъ, между прочимъ, объясняетъ перекручиваніе противъ указаннаго правила, если эти причины дѣйствуютъ въ направленіи, обратномъ постояннымъ причинамъ и сильнѣе ихъ. Энергичному сокращенію указанныхъ мышцъ, а иногда совмѣстному одинаковому вліянію какой-либо изъ случайныхъ причинъ онъ приписываетъ быстрое и обширное вращеніе кисты, resp. перекручиваніе ножки, каковое необходимо признать для объясненія острой клинической картины перекручиванія. Я позволилъ себѣ подробно остановиться на этомъ вопросѣ, чтобы имѣть право сказать, какъ важно подробное сообщеніе случаевъ перекручиванія ножки кисты, хотя бы даже ради установленія законности въ этомъ явленіи и его причины. Но, конечно, есть въ вопросѣ о перекручиваніи и другія темныя стороны, которыя могутъ быть выяснены изъ отдѣльныхъ сообщеній. Послѣднія

<sup>1)</sup> Цитированная работа.

<sup>2)</sup> Цитированная работа.

<sup>3)</sup> Медицинское Обозрѣніе 1891 г. № 12.

<sup>4)</sup> Журн. акуш. и жен. бол. 1891 г. стр. 737.

<sup>5)</sup> Тотъ же журн. 1892 г. стр. 757.

<sup>6)</sup> *Idem.* 1888 г. стр. 575.

въ нашей русской литературѣ тѣмъ болѣе умѣстны, что таковыхъ въ ней весьма мало, не смотря на громадное количество совершаемыхъ оваріотомій. Имѣя все это въ виду, а равно и то, что мой случай среди таковыхъ же имѣетъ нѣкоторыя интересныя особенности, я и позволяю себѣ подробно изложить его. Онъ—слѣдующій.

16-го іюня 1892 г. въ хирургическое отдѣленіе Гатчинскаго Госпиталя Дворцоваго Вѣдомства поступила больная г-жа М., служащая на желѣзной дорогѣ, 32-хъ лѣтъ. Больная малаго роста, вообще довольно слабого сложенія, но до замужества была удовлетворительнаго питанія. На 16-мъ году у М. явились регулы, которыя повторялись въ правильные сроки, были средней силы и продолжительности и безъ болей. Замужъ вышла на 27-омъ году. Черезъ годъ послѣ того (на 28-омъ году) родила въ первый разъ благополучно, безъ всякихъ послѣродовыхъ осложненій; встала на 9-ый день. Ребенка кормила сама приблизительно годъ, или нѣсколько болѣе. Спустя около 2-хъ мѣсяцевъ послѣ родовъ у М. появились бѣли, довольно сильныя, заставившія больную обратиться къ акушеру (на 4—5-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ). Послѣдній при изслѣдованіи нашелъ развивающуюся кисту праваго яичника. Въ правой сторонѣ таза гораздо раньше этого времени (до беременности еще) была болѣзненность. Черезъ 1—2 недѣли другой врачъ нашелъ діагнозъ этотъ весьма сомнительнымъ и предположилъ беременность въ началѣ. Беременность, дѣйствительно, черезъ нѣкоторое время выяснилась окончательно, и больная родила черезъ 16 мѣсяцевъ послѣ первыхъ родовъ (т. е. черезъ 12—11 мѣсяцевъ послѣ указанного изслѣдованія акушера и черезъ 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—10, наконецъ, черезъ 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ послѣ изслѣдованія другого врача). До самыхъ родовъ были только умѣренные бѣли. Вторые роды прошли, какъ и первые, благополучно. И 2-го ребенка М. кормила сама цѣлый годъ. Послѣ отнятія ребенка, регулы явились только черезъ 6 мѣсяцевъ: во время беременности и послѣ родовъ больная была тѣлесно и душевно изнурена, благодаря тяжелымъ житейскимъ условіямъ; регулы повторялись черезъ 5—6 недѣль и были обильны настолько, что больная послѣ нихъ ослабѣвала. Вскорѣ по отнятіи 2-го ребенка снова явились бѣли, которыя съ нѣкоторыми колебаніями въ силѣ (въ общемъ—въ умѣренной степени) продолжались до сего дня. Въ это время общее питаніе стало довольно удовлетворительнымъ, но нервная система сдѣлалась раздражительной. Въ послѣднее время больная стала

замѣчать въ самой нижней части живота, болѣе въ правой сторонѣ, кругловатую, безболѣзненную, подвижную „шишку“, величиною съ кулакъ. Въ мартѣ сего 1892 года, въ промежутокъ регуль, у М. внезапно явились сильныя боли въ правой—нижней сторонѣ живота, заставившія больную лежать и исчезнувшія только черезъ сутки. Передъ этимъ М. часто поднимала своего 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-лѣтняго ребенка, какъ во время, такъ и послѣ регуль; къ тому же она очень часто соскакивала на ходу (тихомъ) поѣзда, приближавшагося къ станціи. 14-го іюня снова явились также внезапно, утромъ сильныя боли во всей нижней части живота, больше справа. Одновременно разстройство общаго здоровья, умѣренно-повышенная температура, нѣкоторое вздутіе живота, рвота съ желчью и отсутствіе испражнений (въ теченіи 3-хъ сутокъ). Докторъ *Бьльшевъ*, вскорѣ приглашенный къ больной, кромѣ этого нашелъ въ нижней, больше въ правой сторонѣ живота, кругловатое тѣло величиною приблизительно въ сельтерскую бутылку, легко-подвижное, безболѣзненное, или, по крайней мѣрѣ, не рѣзко болѣзненное. Заболѣванію предшествовали нѣкоторыя особыя условія: во 1) больную не слабило 3 дня; во 2) съ 1-го по 7-е іюня, т. е. за недѣлю до болѣзни, у М. были особенно обильныя съ большими сгустками крови, регулы, хотя М. рѣшительно исключаетъ всякую вѣроятность *graviditatis*; въ 3) послѣднюю недѣлю больной пришлось усиленно работать и много беспокоиться, что вмѣстѣ съ регулами порядочно ослабило ее. Какъ во время регуль, такъ и послѣ нихъ, М. обычно ходила, даже, какъ и раньше, соскакивала съ тихо идущаго поѣзда, многократно поднимала своего ребенка, который сталъ еще тяжелѣе. Не смотря на покойное положеніе и ледъ, боли въ теченіе полутора сутокъ усилились; больную не прослабило, и остальные болѣзненные явленія не проходили. 16-го іюня утромъ, М., при сильныхъ боляхъ внизу живота, была доставлена въ госпиталь. Она довольно худа и блѣдна. Температура повышена, пульсъ слабовать и учащенъ. Въ органахъ груди ничего ненормальнаго не замѣчается. Мочеиспусканіе и моча нормальны. М. жалуется на боли внизу живота, на то, что лежаніе на спинѣ, поворачиваніе изъ одного положенія въ другое, сгибаніе и разгибаніе ногъ въ тазобедренномъ суставѣ болѣзненны. Животъ въ общемъ мало вздутъ, даетъ обычный тимпаническій тонъ и не болѣзненъ, какъ самъ по себѣ, такъ и при давленіи, за исключеніемъ нижней его части. Здѣсь замѣчается легкое продольно-слабо-овальное возвышеніе, между пупкомъ

и малымъ тазомъ, болѣе въ правой сторонѣ. Здѣсь же тупой тонъ на ограниченномъ овальномъ пространствѣ, которое не достигаетъ вверху уровня пупка на 1—1½ поперечныхъ пальца, внизу переходитъ въ малый тазъ и заходитъ влѣво нѣсколько за среднюю линію. Соответственно этому въ брюшной полости прощупывается плотноватое (не твердое), округленное, не бугристое, весьма болѣзненное тѣло, почему и не изслѣдована его подвижность. Въ виду утомленія больной отъ лежанія на спинѣ и изслѣдованія, въ послѣднемъ сдѣланъ перерывъ, и больной позволено лечь на бокъ. По той же причинѣ не удалось нарисовать на животѣ очертанія указанного тѣла; но въ скорбномъ листѣ во время перерыва сдѣланъ схематическій рисунокъ положенія опухоли. При возобновленномъ (приблизительно чрезъ часъ лежанія больной на лѣвомъ боку) изслѣдованіи, указанное тѣло опредѣляется гораздо большей своей частью въ лѣвой сторонѣ. Во влагалищѣ много слизи. Стѣнки его нѣсколько разрыхлены. Влагалищная часть матки утолщена, рыхла, съ мелкими неровностями на слизистой. Матка подалась кпереди. Границы ея сзади нельзя опредѣлить при существующей болѣзненности, но верхняя граница прощупывается. Матка показалась нѣсколько увеличенной и мягче обыкновеннаго. Существуетъ небольшая подвижность ея сверху внизъ и въ стороны, причемъ не замѣтно передачи движеній на указанное тѣло. Своды нормальны, но при давленіи кверху на правый, ощущается болѣзненная плотность. Вообще же, нельзя было съ ясностью обслѣдовать какъ органовъ малаго таза, такъ и указанного овальнаго тѣла, въ виду значительной болѣзненности. Флюктуація въ овальномъ тѣлѣ не была отмѣчена въ 1-й день. Температура вечеромъ 38,5°.

На другой день (17-го іюня) боли сильнѣе, хотя ограничиваются указаннымъ тѣломъ, которое занимаетъ то же мѣсто слѣва, но стало нѣсколько больше. Отмѣчена флюктуація. Животъ болѣе вздутъ, не слабитъ. Появилось умѣренное маточное кровотеченіе. Моча стала задерживаться. Т° 37,9 вечеромъ.

На 3-й день (18-го іюня) боли слабѣе и ограничиваются указаннымъ тѣломъ. Животъ еще болѣе вздутъ. Ночью прослабило. Т° 38,2 вечеромъ.

На 4-й день (19-го іюня) животъ не вздутъ. Опухоль въ одномъ положеніи. Т° 37,4 вечеромъ.

На 5-й день (20-го іюня) опухоль кажется еще нѣсколько большею и болитъ по прежнему. Т° 37,4 вечеромъ.

На 6-й день (21-го іюня) опухоль еще нѣсколько увеличилась

и попережнему болѣзненна, больше всего въ лѣвомъ паху. Она рѣзче выступаетъ на опавшемъ животѣ, занимая то же мѣсто. Совершенно ясная флюктуация въ верхнихъ  $\frac{2}{3}$  опухоли. Шприцемъ Праваца получилась водянистая розовая жидкость, дающая при кипяченіи обильные сгустки. Т° 37,6 вечеромъ. Въ этотъ день докторъ *Бѣльшевъ* замѣтилъ, что опухоль въ настоящемъ видѣ гораздо больше, чѣмъ была при первомъ осмотрѣ больной.

На 7-й день (22-го іюня) опухоль въ одномъ положеніи, но менѣе болѣзненна. Кровотеченіе прекратилось. Т° вечеромъ 37,1.

На 8-й день (23-го іюня) животъ не вздутъ, опухоль несравненно менѣе болѣзненна и изслѣдованіе было свободнѣе. Опухоль слѣва и неподвижна, какъ и матка. Пройти между ними сзади не удавалось и онѣ здѣсь какъ бы плотно прилегаютъ одна къ другой, но сверху и съ боковъ очертанія матки опредѣляются довольно ясно. Тѣло ея отклонено кпереди. Съ правой стороны, нѣсколько выше уровня дна матки, не ясно прощупывается плотноватое, продолговатое тѣло, съ ощупываемымъ верхнимъ краемъ, слѣва незамѣтно сливающееся съ опухолью, болѣзненное при давленіи. Анализируя эту совокупность явленій, я пришелъ къ слѣдующему заключенію: имѣется кистовидное новообразованіе праваго яичника, ножка коего быстро перекутилась и вызвала кровоизліяніе, увеличеніе опухоли, ограниченный опухолью перитонитъ, поведшій къ сращенію смѣстившейся въ лѣвую сторону опухоли. Матка отгѣснена опухолью кпереди и, по всей вѣроятности, сращена съ нею. Указанное продолговатое тѣло, идущее отъ правой стороны таза къ опухоли, вѣроятно ножка послѣдней.

24-го іюня 1892 г., мной сдѣлана оваріотомія при участіи товарищей — *Бѣльшева* и *Колтакова*. Обычная въ этихъ случаяхъ подготовка больной. Операция сдѣлана въ весьма благоустроенной и чисто содержимой операционной. (Подготовка къ операциіи необходимыхъ предметовъ, больной и дѣйствующихъ лицъ производилась въ сосѣдней комнатѣ, назначенной исключительно для этой цѣли и весьма чисто содержимой). Перевязочный матеріалъ, полотенца, фартуки и т. п., были стерилизованы. Губки не употреблялись; рана и брюшная полость очищались кусочками ваты, завернутой въ марлю, и марлевыми салфетками. (Всѣ участники операциіи непосредственно передъ нею приняли ванну и одѣлись во все чистое, а сверху—въ стерилизованное). Животъ вскрытъ по срединной линіи послойнымъ разрѣзомъ начинавшимся на 3 поперечныхъ пальца ниже пупка

и кончавшимся непосредственно надъ лобкомъ. Брюшина ошибочно принята за поверхность матки и была отдѣлена пальца на 2 поперечныхъ въ обѣ стороны въ своей средней трети. Однако я скоро убѣдился въ ошибкѣ и вскрылъ брюшину въ нижней части разрѣза, гдѣ она казалась мнѣ свободной; отсюда она была разрѣзана по пальцу, который предварительно (легко) отдѣлялъ ее отъ сращеній съ подлежащимъ новообразованіемъ. Обнаженная опухоль имѣла темно-фіолетовый цвѣтъ. Отдѣливъ легко на нѣкоторомъ пространствѣ свѣжія сращенія ея съ брюшной стѣнкой, я выпустилъ троакаромъ изъ подлежащей кисти коричневую водянистую жидкость. Такъ какъ другихъ кистъ не было замѣтно, съ другой стороны, опухоль уменьшилась достаточно для извлеченія, то троакаръ былъ вынутъ и отверстие закрыто окончатými щипцами Фрейнда. Вытягивая пальцами опухоль, я постепенно и легко отдѣлялъ ее отъ свѣжихъ сращеній по всей поверхности. При этомъ часть опухоли, приращенная слѣва наиболѣе глубоко, оторвалась и осталась тамъ на своихъ сращеніяхъ. Всѣ ткани опухоли были рыхлы, а эта особенно: она представляла мягкую, губчатую, темно-бурую массу, похожую на кровяной свертокъ. При разрывѣ излилось небольшое количество крови, но только едва-ли свѣжей: по крайней мѣрѣ, мнѣ она показалась измѣнившееся, въ родѣ той, какая найдена въ полостяхъ опухоли. При извлеченіи послѣдней вытянута наружу 2 петли тонкихъ кишекъ, завернутыхъ немедленно въ сулемованныя марлевья салфетки. Такія же салфетки все время клались между опухолью и брюшною полостію. Послѣ полного извлеченія опухоли оказалось, что указанное тѣло, шедшее справа на лѣво, представляло ножку ея, перекрученную въ полтора раза по направленію движенія часовой стрѣлки (если смотрѣть сверху—спереди). Ножка была раскручена соотвѣтствующими поворотами опухоли; въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ она была пальца въ два шириной. Она перевязана въ двѣ части толстыми шелковыми (іодоформными) лигатурами и подъ ними одной общей, послѣ чего перерѣзана на 1 см. выше лигатуръ. Однако оказалось, что лигатуры слишкомъ притягивали одна къ другой двѣ крайнія части опухоли, одну, идущую снутри, отъ матки, и другую, идущую снаружи, чѣмъ тѣло матки нѣсколько притягивалось вправо. Эти двѣ части перевязаны ниже отдѣльно, прежнія же лигатуры удалены. Только по отдѣленіи опухоли, я вполне убѣдился, что отъ нея оторвался кусокъ; теперь онъ былъ осторожно концами пальцевъ отдѣленъ отъ сращеній и извлеченъ.

Лѣваго яичника не удалось видѣть, да я нарочно его и не искалъ. Брюшная полость не промывалась, а вытерта марлевыми салфетками. По вправленіи кишекъ, рана сшита шелковыми глубокими и поверхностными швами. Но нижняя часть раны осталась не зашитой: черезъ нее проходилъ іодоформно-марлевый тампонъ въ  $1\frac{1}{2}$  пальца толщиной, введенный въ заднее дугласово пространство. Тампонъ состоялъ изъ многихъ, длинныхъ, узкихъ полосокъ, сложенныхъ параллельно въ пучекъ, обернутый снаружи болѣе широкой полосой. На животъ наложена антисептическая, давящая повязка. Опухоль величиной въ дѣтскую (2-хъ—3-хъ лѣтъ) головку. Она состоитъ изъ простой кисты, въ  $1\frac{1}{2}$ —2 кулака величиною, изъ Фаллопіевой трубы, идущей по верхней ея поверхности, тѣсно къ ней прилегающей, наконецъ, изъ плотной, неправильной формы части, величиною въ  $1\frac{1}{2}$  куриныхъ яйца, лежащей книзу отъ трубы и книзу кнутри отъ кисты. Стѣнки кисты состоятъ изъ 2-хъ оболочекъ, чрезвычайно слабо соединенныхъ рыхлой, широкопетливой соединительной тканью: внутренняя—тонкая, на внутренней поверхности гладкая, но не ровная, а покрытая низкими возвышеніями, то мелкими—кругловатыми, съ небольшимъ углубленіемъ въ серединѣ (бородавчатыми), то большими, тонкими кольцевидными. Наружная оболочка болѣе плотная и покрыта брюшиной. Въ толщѣ этой оболочки проходитъ Фаллопіева труба, длины вершка въ  $3\frac{1}{2}$ , дугообразно изогнутая, постепенно отъ маточнаго къ брюшинному концу расширяющаяся, отъ толщины гусянаго пера до поперечника въ  $1\frac{1}{2}$  пальца, оканчивающаяся бахромкой на самой поверхности кисты. У маточнаго конца, въ мѣстѣ перекрещиванія своего, труба конусообразно заостряется и прерывается; здѣсь каналъ на протяженіи сантиметровъ 2-хъ не проходимъ для самаго тонкаго зонда. Далѣе кнаружи каналъ все болѣе расширяется, наконецъ, снова круто суживается предъ бахромками, между коими онъ открывается отверстіемъ въ карандашъ, или въ гусяное перо шириною. Труба, тѣсно соединенная съ наружной пластинкой стѣнки кисты, внутренней своей частью удаляется какъ отъ кисты, такъ и отъ упомянутого плотнаго тѣла: между ними находится пластинка малоизмѣненной широкой связки. Плотная масса состоитъ въ свою очередь изъ 2-хъ частей: лежащая кзади отъ Фаллопіевой трубы—овальная, а передне-нижняя неправильной формы съ вогнутостью, въ которую входила выпуклость предъидущей при перекручиваніи. Обѣ состоятъ изъ основы, особенно рыхлой въ нижней неправильной

массѣ, и множества заложенныхъ въ ней полостей, величиною отъ грецкаго орѣха до горошины и меньше. Эти полости (какъ и полость трубы), равно и межтканные промежутки переполнены сгустившеюся, дегтеобразной кровью. Оторвавшіеся куски оказались частями особенно рыхлой нижней массы.

Для микроскопическаго изслѣдованія, весь препаратъ былъ доставленъ мною въ клинику акушерства и женскихъ болѣзней проф. *Славянскаго*.

Кусочки, приблизительно въ 1 смт. величиною, были взяты изъ стѣнки самой кисты вмѣстѣ съ прилежавшей къ ней широкой связкой, изъ фаллопиевой трубы, изъ яичника и изъ массы находящейся между пластинами широкой связки.

Кусочки были положены сперва въ 70° спиртъ на двое сутокъ, затѣмъ на сутки въ абсолютный спиртъ и сдѣланные срѣзы окрашивались въ квасцевомъ карминѣ *Grenacher'a*. Микроскопическое изслѣдованіе, произведенное д-ромъ *Брандтгъ*, показало слѣдующее.

На препаратахъ, сдѣланныхъ изъ стѣнки кисты, видно, что основу составляетъ нѣжная соединительная ткань довольно богатая клѣтками. Промежутки между отдѣльными волокнами соединительной ткани нѣсколько расширены. Кое гдѣ пробѣгаютъ небольшого калибра сосуды, наполненные кровяными шариками. По мѣстамъ имѣются небольшіе очаги мелкоклѣтчаточковой инфильтраціи, располагающихся преимущественно вокругъ нѣсколько расширенныхъ сосудовъ. Внутренняя поверхность изслѣдуемой стѣнки, высланная по мѣстамъ еще сохранившимся цилиндрическимъ, кое гдѣ мерцательнымъ эпителиемъ, ядра котораго пре-красно окрашиваются въ нѣжнофіолетовый цвѣтъ.

Срѣзы, сдѣланные изъ красной хрупкой массы, заключенной между пластинами широкой связки, оказались состоящими изъ мелкой сѣти фибрина, частью сохраненнаго, частью подвергшагося жировому распаду. Петли этой сѣти наполнены кровяными шариками и мелкозернистымъ распадомъ. Въ частяхъ ближе прилегающихъ къ внутренней поверхности широкихъ связокъ, сѣть фибрина гуще, кровяныхъ тѣлецъ больше, ближе же къ центру преобладаетъ болѣе мелкозернистая масса, состоящая изъ разрушенныхъ волоконъ параметральной клѣтчатки и распавшихся фибрина и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Кромѣ того, по полю зрѣнія встрѣчаются и крупныя жировыя клѣтки въ довольно большомъ количествѣ.

Препаратъ окрашивается квасцевымъ карминомъ очень плохо.

На срѣзахъ, приготовленныхъ черезъ всю толщю трубы видно, что слизистая оболочка почти совершенно отсутствуетъ и только кое гдѣ видны сохранившіяся складки слизистой оболочки. Просвѣтъ трубы наполненъ кровяными тѣльцами, между которыми разбросаны удѣлѣвшія еще клѣтки цилиндрическаго эпителія слизистой оболочки трубы.

Вся масса, выполняющая просвѣтъ трубы, заложена въ сѣть, состоящую изъ волоконъ фибрина. Эта сѣть особенно густа и располагается въ видѣ отдѣльныхъ наслоеній въ мѣстахъ прилеганія къ разрушенной слизистой оболочкѣ. Въ стѣнкахъ трубы имѣются обширныя кровоизліянія, сильное расширеніе сосудовъ и по мѣстамъ въ толщѣ мышечнаго слоя вокругъ сосудовъ наблюдается мелкоклѣточковая инфильтрація.

На свободной поверхности кортикальнаго слоя яичника кое гдѣ сохранились цилиндрическія эпителиальныя клѣтки. Въ самомъ кортикальномъ слоѣ, состоящемъ изъ плотной соединительной ткани, въ очень ограниченномъ количествѣ встрѣчаются Граафовы пузыри, сильно расширенныя сосуды и геморагіи, достигающія очень большой величины. Точно такіе же сильно расширенныя сосуды и обширныя геморагіи имѣются и въ части яичника, приближающейся къ hilus ovarii. Кроме того встрѣчаются полости различной величины, окруженныя волокнистой соединительною тканью и наполненныя слабозернистою массою, въ которой встрѣчаются одиночныя железки, какъ бы цилиндрической формы, съ сильно окрашивающимся ядромъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ находится также значительное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

На основаніи подобныхъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, нужно допустить, что удаленная опухоль есть пароваріальная киста; массы между пластинками широкой связки представляютъ собою ничто иное какъ кровяные сгустки, образовавшіеся вслѣдствіе кровоизліянія между петлями параметральной клѣтчатки. Въ трубѣ—haematosalpinx, а въ яичникѣ—мелкокистовидное перерожденіе Граафовыхъ пузырей и сильная гиперемія съ кровоизліяніями въ строму самаго яичника.

Ножка кисты, слѣдовательно, состояла изъ широкой связки, связки яичника и трубы. Послѣдняя отъ перекручиванія совсѣмъ атрофировалась до перерыва.

Послѣоперационное теченіе было хорошо и кончилось выздо-

ровленіемъ больной. Въ немъ я нахожу нужнымъ отмѣтить слѣдующія обстоятельства.

Температура <sup>1)</sup> въ первый вечеръ 37,7, далѣе ниже 37,5, за исключеніемъ 17—20 дней по операціи, когда лихорадка зависѣла несомнѣнно отъ цистита, вызваннаго продолжительной катетеризаціей. Животъ все время не былъ вздутъ и не болѣлъ. Языкъ не былъ сухъ или замѣтно обложенъ. Вырвало только въ 1-й день 2 раза: одинъ послѣ приема опія, другой отъ дѣйствительно отвратительнаго запаха іодоформной марли, обработанной сѣроуглеродомъ. Моча выдѣлялась въ первые два дня въ маловатомъ, потомъ въ достачочномъ и нормальныхъ качествахъ, до времени развитія цистита, Швы (сняты на 10-й и на 14-й дни) не вызвали никакой реакціи. Рана срослась первично (за исключеніемъ, конечно, мѣста тампона). Тампонъ не вызвалъ собственно нагноенія: стѣнки окружающаго его канала представляли здоровыя грануляціи, чрезвычайно мало дававшія выдѣленія. На 10-й день (первая перемѣна повязки), вынуты съ небольшимъ усиліемъ, по одиночкѣ <sup>2/3</sup> всѣхъ полосокъ тампона, что обошлось безъ всякаго кровотеченія, но сопровождалось замѣтной болью. На 14-й день вынута остальная часть тампона; въ каналъ вставленъ дренажъ и рана ежедневно разъ промывалась и перевязывалась. Съ 6-го дня больная начала ѣсть. Черезъ мѣсяць по операціи рана выполнилась и большей частью зарубцевалась. На 33-й день больная выбыла поздоровѣвшей, съ небольшою раночкой, скоро совсѣмъ зажившей.

Если судить по извѣстной мнѣ казуистикѣ, случаи перекручиванія ножки кисты, распознаннаго до операціи, рѣдки. Докторъ *Соловьевъ* <sup>2)</sup> изъ иностранной литературы указываетъ на 16 таковыхъ; изъ русской—ни одного. Въ напечатанныхъ съ того времени отдѣльныхъ случаяхъ оваріотоміи и цѣлыхъ серій та-

<sup>1)</sup> Температура, пульсъ и дыханіе въ первые дни были слѣдующіе:

	Температура.		Пульсъ.		Дыханіе.	
	Утромъ	Вечеромъ.	Утромъ.	Вечеромъ.	Утромъ.	Вечеромъ.
1-й	37,4—37,7		—	98	—	23
2-й	36,9—37,4		92	— 96	18	— 18
3-й	36,4—37,1		86	—104	18	— 22
4-й	36,8—37,1		82	— 88	18	— 22

<sup>2)</sup> Указанная работа. ИГ А. и ж. б. 1887 г.

жовыхъ я могъ найти только указанные 5 случаевъ: *Заяицкаго* 1, *Шуринова* 1, *Прокофьевой* 2, и проф. *Отта* 1; всего съ моимъ случаемъ и *Соловьева* будетъ 7. Между изобилующимъ перекручиваніемъ ножки оваріотоміями *Kustner'a* только въ двухъ перекручиваніе было распознано до операціи (№ 8 и 37).

Это указываетъ, что перекручиваніе чаще совершается хронически и не сопровождается острыми явленіями, принуждающими больныхъ немедленно обращаться къ врачебной помощи, и что, съ другой стороны, даже острое перекручиваніе не всегда даетъ типичные симптомы. Такъ, повидимому, въ 169-й оваріотоміи проф. *Красовскаго* и 33-й *Сутугина* перекручиваніе было свѣжее, равно и во 2-мъ случаѣ *Заяицкаго*, однако до операціи оно не было діагносцировано, въ первомъ случаѣ, во второмъ діагносцирована брюшная беременность, въ третьемъ высказано нѣсколько предположеній, но именно не на счетъ перекручиванія ножки. — Во всѣхъ діагносцированныхъ случаяхъ были на лицо типическіе признаки перекручиванія, за исключеніемъ случая *Шуринова*, гдѣ перекручиваніе было съ большой вѣроятностью распознано на основаніи ничѣмъ другимъ необъяснимаго асцита, при несомнѣнномъ существованіи опухоли яичника. Но и нѣкоторые другіе случаи имѣли свои особенности. Такъ, въ случаѣ д-ра *Заяицкаго* можно было при обычномъ гинекологическомъ изслѣдованіи *прощупать перекручиваніе ножки, опредѣлить его направленіе и количество оборотовъ.* Это чуть-ли не unique въ своемъ родѣ. Первый изъ случаевъ *Прокофьевой* замѣчательнѣе тѣмъ, что въ теченіе болѣзни, время отъ времени повторялись приступы, напоминавшіе приступы почечныхъ камней; при этомъ каждый разъ опухоль увеличивалась. Въ моемъ случаѣ особенное было то, что по ходу дѣла и даннымъ ручнаго изслѣдованія можно было съ нѣкоторой вѣроятностью предположить перемѣщеніе опухоли въ противоположную сторону таза. Такое перемѣщеніе бываетъ, повидимому, весьма рѣдко. Мнѣ извѣстны 2 таковыхъ случая: первый случай *Röhrig'a* <sup>1)</sup>, гдѣ кистозно-перерожденный и претерпѣвшій дальнѣйшія дегенеративныя измѣненія, вслѣдствіе перекручиванія ножки, лѣвый яичникъ былъ смѣщенъ впереди пузыря вправо, въ область горизонтальной вѣтви лобковой кости; второй случай *Заяицкаго*, гдѣ съ голову взрослого цисто-фибро-саркома *лѣваго* яичника съ

1) *Olshausen*. Болѣзни яичниковъ, стр. 91.

перекрученной ножкой была смѣщена и приращена къ правой половинѣ живота <sup>1)</sup>. Повидимому подобный случай описываетъ *Crushier*, гдѣ пароваріальная киста съ перекрученной ножкой «облегла матку такимъ образомъ, что затрудняла оттокъ крови изъ нея» <sup>2)</sup>.—Въ моемъ случаѣ и въ нѣкоторыхъ другихъ, въ противоположность мнѣнію, что простыя кисты рѣдко перекручиваются, киста была однополостная и несомнѣнно интралигаментарная. Въ первомъ случаѣ *Заяцкаго* была также однополостная киста яичника. Въ случаѣ проф. *Отта* была трубно-пароваріальная киста; пароваріальная киста указана въ одномъ случаѣ (33) *Сутугина*, въ нѣсколькихъ случаяхъ *Kustner*'а и указанномъ—*Crushier*. Въ остальныхъ были или многополостныя, или болѣе плотныя (дермоидъ, кисто-саркома) новообразованія яичника. Въ томъ, что пароваріальныя кисты подвергаются перекручиванію, ничего нѣтъ удивительнаго, ибо хотя таковыя опухоли чаще лежатъ внутри широкой связки, около шейки матки, но могутъ имѣть и длинную ножку <sup>3)</sup>. Въ моемъ случаѣ Фаллопіева труба была несомнѣнно расширена, хотя и умѣренно, и наполнена сгустившеюся кровью (*hydrosalpinx*), хотя только внутренній конецъ ея закрытъ, наружный же открытъ на ширину гусиного пера, или карандаша. Является вопросъ: какъ могла при такомъ условіи скопиться кровь? Возможно думать, что расширение уже существовало до кровоизліянія, и кровь, вытѣснивъ содержимое трубы, заняла его мѣсто: и въ томъ и въ другомъ случаѣ оправдывалось бы мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (*Kehrer*, *Landau* <sup>4)</sup>), что кистовидное расширение трубы возможно при закрытіи только одного маточнаго конца ея. Но возможно допустить и острое расширение (кровоизліяніемъ) трубы, наружный конецъ коей закрылся свѣжими перитонитическими сращеніями.—Въ указанныхъ случаяхъ, гдѣ было отмѣчено направленіе скручиванія, въ 3-хъ (*Сутугина*, *Заяцкаго* и *Шуринова*) оно было какъ разъ обратное тому, какое должно бы быть по *Kustner*'у, и только въ моемъ оно соотвѣтствовало его теоріи. Какъ бы то ни было, тяжелые подъемы; частые скачки въ одномъ направленіи неволью заставляютъ

<sup>1)</sup> Цитированная работа Заяцкаго.

<sup>2)</sup> *Пруссацкая*. Краткій обзоръ гинекологической литературы за 1884 г. Мед. Обозр. Т. XXIV, стр. 244.

<sup>3)</sup> *Oshausen*. Болѣзни яичниковъ, стр. 149.

<sup>4)</sup> *Воскресенскій*. По поводу накопленія жидкости въ маточной трубѣ. Журналъ акуш. и женск. болѣзней. 1891 г.

принять ихъ во вниманіе для объясненія рѣзко и внезапно выразившихся явленій перекручиванія.

Хотя перитонитическія явленія у моей больной замѣтно стали стихать, увеличеніе опухоли остановилось и больной, повидимому, не грозила неминуемая опасность, однако, я рѣшилъ удалить новообразование. Во 1) нельзя было ручаться, что возстановившееся (слабое) равновѣсіе въ питаніи опухоли не нарушится снова, подъ вліяніемъ даже ничтожныхъ причинъ, что могло бы повести, между прочимъ, къ пагубнымъ регрессивнымъ процессамъ: нагноенію, или гангренѣ; во 2) опухоль въ столь ненормальныхъ условіяхъ непремѣнно поддерживало бы извѣстное время раздраженіе въ брюшной полости, разстройство кровообращенія и воспалительныя явленія вокругъ себя; въ 3) опухоль все равно, рано или поздно, нужно было бы удалять, только при худшихъ условіяхъ: большую и крѣпче сращенную по всей своей поверхности. Для иллюстраціи опасностей, указанныхъ въ пунктахъ 1-мъ и 3-мъ, я приведу весьма характерный 37-ой случай *Kustner'a* 1). Изъ омертвѣвшей отъ перекручиванія кисты путемъ эмболіи развился двухсторонній гнилостный плевритъ. Овариотомія не окончена, благодаря полному сращенію опухоли съ окружающими частями брюшной полости. Больная умерла отъ плеврита.

Соображая все, замѣченное мной при операціи, и обсуждая свойства извлеченной опухоли, я склоненъ думать, что ко времени операціи въ ней питаніе было или совершенно прекращено, или существовало въ самой слабой степени, такъ что больной грозили опасности, вытекающія изъ омертвѣнія опухоли.

---

1) См. цитированная работа *Mickwitz'a*.