

#### IV.

### Къ вопросу о такъ называемой „pseudo—myxoma peritonei“.

Н. I. Рачинскаго.

(Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта Императорскаго Клиническаго Института \*).

*Schroder* въ одномъ изъ первыхъ изданій своего «руководства къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ», говоря о миксоматозныхъ кистахъ яичниковъ, высказываетъ мнѣнiе, что кисты эти, даже въ большей степени, чѣмъ продыравленные сосочковыя кисты, заразительны для брюшины, которая инфицируется ихъ слизистымъ содержимымъ <sup>1)</sup>.

*Réan* описываетъ случай, въ которомъ онъ предпринялъ чревосѣченiе ради опухоли въ животѣ; по вскрытiи брюшныхъ стѣнокъ изъ брюшной полости удалено около 15 литр. студневидной жидкости, пронизанной кровянистыми полосками; въ брюшной полости не найдено никакого замкнутого кистовиднаго мѣшка. Брюшные органы почти сплошь покрыты ложными перепонками. Петли кишекъ, лежащiя въ маломъ тазу, какъ-бы замуравлены въ кистовидныя массы. Матка, трубы и яичники не представляютъ ничего особеннаго. Такимъ образомъ, *Réan* наметъ здѣсь какъ бы первичное, самостоятельное миксоматозное заболѣванiе брюшины, безъ пораженiя яичниковъ, и назвалъ его *maladie gélatineuse du péritoine*. Больная, не поправившись, выписалась изъ госпиталя по

\*) Одинъ изъ описанныхъ здѣсь случаевъ сообщенъ въ Акушерско-Гинеколог. Общ. въ Петербургѣ въ апрѣлѣ 1894 г.

соответственному желанію <sup>2)</sup>). Въѣтъ съ *Werth*'омъ можно думать, что въ подобномъ случаѣ трудно было разобраться въ органахъ малаго таза не только на операціонномъ, но даже на секціонномъ столѣ, и вѣроятное заболѣваніе яичниковъ было просматрѣно при чревосѣченіи; возможно, что кистовидныя полости, найденныя въ маломъ тазу, принадлежали именно яичнику.

*Beinlich* также описываетъ 2 случая тухлого *peritonæi et ovariorum* <sup>3)</sup>.

*Mennig* въ своей диссертациі описалъ оперированный *Esmarch*'омъ случай, въ которомъ при экстирпаціи интралигаментарной лопнувшей кисты найдено было громадное количество студневидныхъ массъ въ полости живота. Измѣненіе брюшины, изслѣдованной микроскопически проф. *Heller*'омъ, *Mennig* описываетъ слѣдующимъ образомъ: «процессъ начинается съ клеточковой инфильтраціи субсерозной и серозной соединительной ткани; изъ круглыхъ клетокъ частью образуется молодая соединительная ткань, частью опѣ идутъ на образованіе веретенообразныхъ и звѣздчатыхъ клетокъ; рядомъ съ размноженіемъ соединительной ткани, мѣстами начинается псевдѣтшыхъ намъ путемъ образованіе муцина; въ мѣстахъ проникаютъ пучки соединительной ткани и отдѣльные сосуды, и такимъ образомъ получается альвеолярная структура измѣненной брюшины». Это измѣненіе брюшины онъ считаетъ миксоматознымъ съ перерожденіемъ, явившимся въ слѣдствіе инфекціи содержимымъ лопнувшей кисты <sup>4)</sup>.

Въ общемъ, всѣ авторы до статьи *Werth*'а, появившейся въ 1884 г., склонны были думать, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они находили желатинообразныя массы въ брюшной полости рядомъ съ кистами яичниковъ, имѣлась тухлота *peritonæi*, развившаяся подъ вліяніемъ инфекціи содержимымъ миксоматозныхъ кистъ; образованія эти они считали въ большей или меньшей степени злокачественными; на подобное толкованіе могли ихъ наводить слѣдующія обстоятельства: быстрый ростъ опухоли; кахектическій видъ больныхъ; тѣсная связь брюшины съ обволакивающими ее слизистыми наслоеніями; появленіе въ брюшинѣ (какъ думали, путемъ метастаза) кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ. Такое воззрѣніе на это заболѣваніе обуславливало и соответственный взглядъ на прог-

нозъ и терапію; *Шредеръ*, напр., въ своемъ отчетѣ о 300 чревосѣченіяхъ заявляетъ, что даже и послѣ удачно выполненной операціи разорванной миксоматозной кисты яичника наступаетъ смерть отъ упадка силъ, вслѣдствіе дальнѣйшаго роста новообразованія брюшины <sup>5)</sup>).

*Werth* <sup>6)</sup> одинъ изъ первыхъ ясно и опредѣленно высказался противъ этихъ воззрѣній. Разсматривая случай *Mennig*'а, а также свой случай, оперированный *Litzmann*'омъ, онъ полагаетъ что какъ въ этихъ, такъ и въ раньше описанныхъ случаяхъ, подъ названіемъ тухома ovarii et peritonei нѣтъ; надобности предполагать миксоматознаго перерожденія брюшины, а въ кистахъ, наполненныхъ студневиднымъ содержимымъ, нельзя видѣть личниковыхъ миксомъ.

По его мнѣнію все дѣло сводится къ тому, что вязкія студенистыя массы лопнувшей кисты, изливающіяся въ брюшную полость, раздражая, какъ постороннее тѣло, стѣнки кишокъ и, вообще, брюшину, даютъ толчекъ къ развитію такъ называемаго реактивнаго перитонита, который выражается усиленнымъ развитіемъ соединительной ткани и волосной сѣти сосудовъ; какъ вновь развивающаяся соединительная ткань, такъ и вновь образующіеся сосуды входятъ въ тѣсную связь со студневидными массами и какъ бы проростають ихъ; самая же брюшина и ея эндотелій подъ приставшими студневидными массами остаются нетронутыми. Не признавая, такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ миксомы, *Werth* употребляетъ для подобнаго измѣненія брюшины названіе pseudo-тухома peritonei.

Вслѣдъ за *Werth*'омъ и *Donat* <sup>7)</sup>, описывая случай коллоидной разорванной кисты яичника, оперированной *Sänger*'омъ, присоединяется къ мнѣнію *Werth*'а относительно сущности даннаго заболѣванія брюшины и предлагаетъ подвести эту форму подъ категорію «Fremdkörper-peritonitis», т. е. перитонита, обусловленнаго присутствіемъ посторонняго тѣла.

Съ тѣхъ поръ почти всѣ авторы придерживаются мнѣнія *Werth*'а и *Donat*'а. Названіе pseudo-тухома peritonei приобретаетъ право гражданства какъ въ академическихъ лекціяхъ по гинекологіи (*Славинскій* <sup>8)</sup>), такъ и въ учебникахъ патологической анатоміи (*Schmaus* <sup>9)</sup>).

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Strassmann* <sup>10)</sup>, разсмотрѣвъ критически имѣющіеся въ литературѣ случаи подобныхъ заболѣваній и соглашаясь со взглядами *Werth*'а, предлагаетъ для этого заболѣванія названіе «peritonitis pseudo-myxomatosa», считая его болѣе подходящимъ, чѣмъ названіе pseudo-myxoma peritonei.

Если къ собраннымъ *Strassmann*'омъ въ литературѣ 36 оперированнымъ случаямъ прибавить случай, описанный *Bettman*'омъ <sup>11)</sup>, то выздоровлѣній получится 15, всѣ же остальные 22 больныя погибли въ ближайшее послѣоперационное время.

Въ русской литературѣ имѣется 2 случая проф. *Феноменова* описаны *Маминскимъ* <sup>13)</sup>, по 1 случаю проф. *Д. О. Отта* <sup>14)</sup> (выздоровлѣніе), *Березницкаго* <sup>15)</sup> (смерть на 12 день послѣ операции) и *Попова*, описанный *Мелешко* <sup>16)</sup> (выздоровлѣніе); по одному случаю разорванныхъ коллоидныхъ кистъ, осложненныхъ явленіями pseudo-myxoma peritonei, видѣли на секціонномъ столѣ *Гиммельфарбъ* <sup>17)</sup> и *Тышко* <sup>12)</sup>.

Перехожу къ описанію случаевъ, бывшихъ подѣ моимъ наблюденіемъ.

18 февраля 1893 г. въ Клиническій Институтъ поступила больная С., 60 лѣтъ, съ опухолью живота, которую она замѣтила впервые лѣтъ 8 тому назадъ. Рѣзкій упадокъ общаго питанія. Опухоль достигла громаднѣхъ размѣровъ; при небольшомъ ростѣ больной въ 153 см. размѣръ вокругъ живота по пупку 136 см. При перкуссии тупой тонъ по всей передней поверхности живота, въ заднихъ областяхъ живота тонъ тимпаническій. При двуручномъ изслѣдованіи опухоли контурировать не удается. Проколъ живота указалъ на присутствіе въ животѣ студенистой, тягучей жидкости, закуривавшей просіѣтъ труакара. Больная, не рѣшившись на оперцію, чрезъ нѣсколько дней выписалась изъ Института. 12 декабря того же года она вповѣ поступила въ Институтъ. За эти 9 мѣсяцевъ объемъ живота увеличился въ вышеприведенномъ размѣрѣ еще на 11 см.

Вся нижняя часть тѣла отечна, верхняя представляетъ картину рѣзкаго исхуданія. Больная сама не передвигается, переноситъ только сидячее положеніе. Дыханіе, вслѣдствіе высокаго стоянія грудобрюшной преграды, затруднено; дѣятельность сердца слаба.

На слѣдующій день послѣ поступленія больной въ Институтъ in extremis приступлено къ оперціи (проф. *Д. О. Отта*). Подѣ кожаномъ въ сидячемъ положеніи больной по срединной линіи живота выше пупка разрѣзомъ длиною въ нѣсколько сантиметровъ вскрыта брюшная полость. Чрезъ разрѣзъ вышло слишкомъ

2 ведра (по вѣсу около 2 пуд.) густой, тягучей, буровато-желтой массы. Рука, введенная въ полость живота, при самомъ тщательномъ обследованіи, не могла прощупать отдѣльныхъ органовъ: кругомъ гладкія стѣнки. Удаливъ, по возможности, содержимое, ружную рану зашили. Черезъ 2 сутокъ, при быстро возрастающемъ упадкѣ сердечной дѣятельности,—смерть.

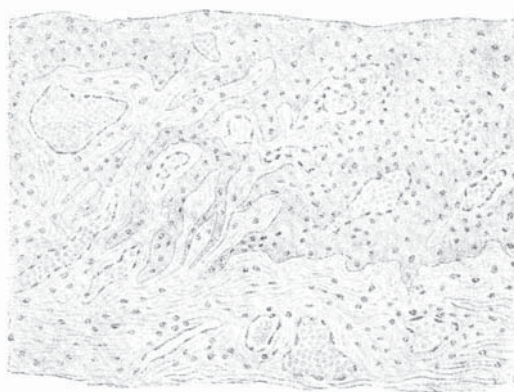
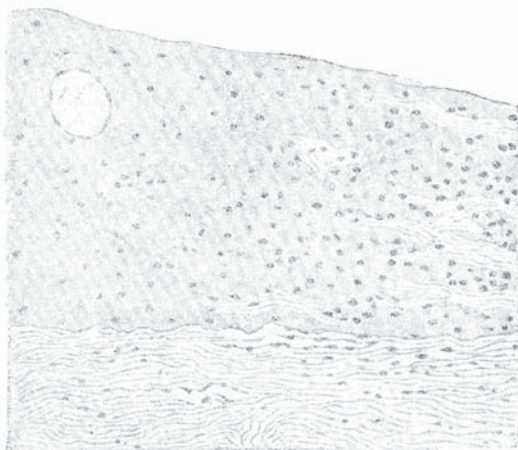
Протоколъ вскрытія (проф. Н. В. Петровъ) гласитъ:

«Брюшная полость выполнена серозной жидкостью, смѣшанной съ желтыми студенистыми массами. Пристѣночная брюшина очень сильно утолщена, сморщена, не блеститъ и мѣстами усеѣна величиною въ просиное зерно образованіями бѣлаго цвѣта и точечными кровоизлияніями. Печень, большой сальникъ, селезенка, кишки и желудокъ сросшеся другъ съ другомъ плотною тканью, образуя вѣсѣ сплошную заднюю стѣнку брюшной полости. Полость малаго таза содержитъ ту же серозную жидкость со студиевидными массами. Матка атрофирована, передняя стѣнка ея сросшена плотно съ мочевымъ пузыремъ, прикрыта также утолщеною брюшиной; ткань матки плотна, при разрѣзѣ хруститъ, слизистая ея покрыта вязкой, прозрачной слизью; въ трубахъ небольшое количество слизисто-гнойной жидкости. По обѣимъ сторонамъ матки находятся сидяція на ножкахъ многокамерныя кисты, исходяція изъ яичниковъ; въ этихъ кистахъ нѣкоторыя камеры представляются лопнувшими, стѣнки ихъ спались, другія при надавливаніи легко разрываются, выдѣляя при этомъ либо совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, либо густую, студенистую, желтоватую массу; справа киста величиною въ мужской кулакъ; слѣва съ яблоко среднихъ размѣровъ. *Diagnosis anatomica:* peritonitis chronica et adhaesiva disseminata; ascites; cystoma folliculare colloides ovarii utriusque cum rupturis et effusione substantiae colloidis in cavum peritonei».

И такъ, мы имѣли здѣсь дѣло съ коллоидными пролиферирующими кистами, которыя, разорвавшись, дали выходъ содержимому въ брюшную полость.

Микроскопическіе препараты брюшины, взятой съ передней стѣнки живота, любезно приготовленные проф. Н. В. Петровымъ, даютъ возможность высказаться въ томъ смыслѣ, что въ данномъ случаѣ нѣтъ миксоматознаго перерожденія брюшины, а имѣется только картина реактивнаго перитонита,—

развитіе соединительной ткани и сосудов, проростающих слизь, лежащую на поверхности брюшины; по мѣстамъ—скопленія круглыхъ клѣтокъ; брюшина и ея эндотелій подъ при- ставшими студенистыми массами остаются нетронутыми.



Нижній слой—брюшина, верхній—коллоидъ, пронизанный вросшими въ него сосудами и пучками соединительной ткани.

Второй случай касается больной Л., 26 лѣтъ, поступившей въ Институтъ 13 апрѣля 1894 года.

2 мѣс. т. н. больная родила. До этой беременности она считала себя здоровой. Во время беременности животъ былъ очень большой; послѣ разрѣшенія животъ всетаки еще оставался большихъ размѣровъ. Черезъ мѣсяцъ послѣ родовъ врачъ, къ которому



больная обратилась за совѣтомъ, убѣдившись помощью пункціи живота въ присутствіи въ немъ коллоидной жидкости, черезъ небольшой разрѣзъ по бѣлой линіи выпустивъ около таза студневидной жидкости. Животъ тѣмъ не менѣе опять сталъ быстро расти и въ настоящее время достигъ 113 см. въ объемѣ на уровнѣ пупка.

При наружномъ изслѣдованіи обособленной опухоли въ животѣ прощупать не удается; постукиваніе—тупой тонъ по всей передне-задней поверхности живота, звукъ тиманичный небольшой полосой идетъ сбоковъ и сверху. Vulva и задняя стѣнка vaginae отечны. Двуручное изслѣдованіе: матка 7 см. по зонду, лежитъ спереди; задній сводъ выпяченъ книзу; обособленной опухоли прощупать не удается; признаковъ свободной жидкости въ полости живота нѣтъ.

Больная малокровна, истощена, накапливаетъ, лихорадитъ по вечерамъ до 38—39°. (По заявленію терапевта, тщательно изслѣдовавшаго состояніе дыхательныхъ органовъ больной, лихорадочное состояніе не стоитъ въ связи съ измѣненіями въ легкихъ). Боли въ животѣ; одышка; дефекація и мочеиспусканіе затруднены; анкетить и спать плохо; упадокъ силъ. Отековъ нѣтъ.

Въ мочѣ слѣды бѣлка.

При чревостѣпін (25 апрѣля, проф. Д. О. Огнѣ) изъ полости живота вычерпано громадное количество студневидной жидкости, залегавшей пѣлами пластами между брюшными внутренностями. Петли кишокъ склеены между собою плотной перепонкой въ одинъ комокъ. Къ брюшинѣ по мѣстамъ плотно прилегаютъ студневидныя наслоенія, которыя съ трудомъ отъ нея отдѣляются. Къ лѣвому рогу матки прилежитъ многокамерная киста, величиною въ 2 кулака; стѣнки ея разорваны; она наполнена густой коллоидной жидкостью. Органы малого таза также склеены между собою ложными сращеніями; лѣваго яичника нѣтъ, правый не представляетъ ничего особеннаго. Киста удалена.

Частица брюшины, взятая съ передней брюшной стѣнки, подъ микроскопомъ обнаружила тоже, что и въ предыдущемъ случаѣ; признаки реактивнаго перитонита съ развитіемъ соединительной ткани и волосниковъ, пронизывающихъ коллоидный слой, покрывающій брюшину.

И такъ мы имѣли здѣсь дѣло съ *cystoma ovarii prolyferum multiplex colloides*, лопнувшей, вѣроятно, во время родовъ и давшей *pseudo-myxomam peritonei*.

Послѣ операціи больная начала поправляться. Между прочимъ, температура, державшаяся до операціи по вечерамъ между 38° и 39°, послѣ операціи стала нормальной, что слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ того, что, съ удаленіемъ раздражающихъ брюшину массъ, устранена причина, поддерживавшая перитонитъ. Черезъ 5 недѣль больная выписалась изъ Института здор-  
овой.

Принимая измѣненія въ брюшинѣ подъ вліяніемъ излившихся изъ кисты слизистыхъ массъ за реактивный перито-

нить нельзя не согласится съ *Donat*омъ, что названіе pseudo-мухома peritonei для подобныхъ случаевъ неумѣстно. Если *Werth*, возставшій противъ «мухома peritonei», дѣлаетъ названіемъ pseudo-мухома какъ-бы уступку прежнимъ авторамъ, то теперь, когда уже представлено достаточно доказательствъ въ пользу мнѣнія *Werth*'а относительно сущности заболѣванія, названіе это должно быть оставлено, какъ несоотвѣтствующее сущности патологическихъ измѣненій и могущее вносить недоразумѣніе и путаницу въ понятія объ этомъ процессѣ.

Въ настоящее время, на основаніи знакомства съ микроскопическою картиною и на основаніи имѣющихся въ литературѣ счастливыхъ исходовъ операций, исключается злокачественный характеръ этого заболѣванія въ смыслѣ инфекции и въ смыслѣ процесса новообразовательнаго.

Чѣмъ же объяснить быстрый ростъ опухоли (точнѣе объемовъ живота) у подобныхъ больныхъ, нахожденіе въ брюшинѣ кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ, наконецъ, глубокую какексію больныхъ и дурные исходы операций?

Быстрое накопленіе коллоидныхъ массъ, быть можетъ, можно объяснить слѣдующимъ образомъ: такъ какъ содержимое кисты, постепенно накапливаясь, должно растягивать въ соотвѣтственной степени болѣе или менѣе неподатливыя стѣнки кисты, то съ момента разрыва этихъ стѣнокъ устраняется ихъ задерживающее вліяніе на процессъ образованія содержимаго кисты; поэтому въ разорванной кистѣ содержимое ея должно, вѣроятно, формироваться, вообще, быстрѣе, чѣмъ въ кистѣ неразорванной. Что касается нахожденія въ брюшинѣ кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ, то *Strassmann* (loc. cit.) объясняетъ это слѣдующимъ образомъ: овѣ получаютъ, по его мнѣнію, путемъ осумкованія со стороны брюшины коллоидныхъ массъ, въ которыхъ могутъ находиться жизнеспособныя эпителиальныя кѣтки; попадая изъ лопнувшей кисты вмѣстѣ со слизистыми массами на серозный покровъ, эти эпителиальные элементы находятъ удобную для себя почву и, будучи осумкованы, могутъ имитировать настоящую кисту. Какексія у подобныхъ больныхъ является послѣдствіемъ присутствія студенистыхъ массъ, которыя



разносясь перистальтикой кишек по всѣмъ частямъ брюшной полости, обволакиваютъ брюшину и закупориваютъ даже самыя большія лимфатическія полости; брюшина, несмотря на ея значительную всасывательную способность, не можетъ справиться съ этими массами, такъ какъ муцины, входящіе въ составъ ихъ, трудно растворимы и потому трудно всасывается; стремленіе брюшины избавиться отъ нихъ путемъ организаціи даетъ разлитой перитонитъ и массу ложныхъ сращеній, склеивающихъ въ комки всѣ брюшные органы, какъ это было, напр., въ нашихъ случаяхъ; все это рѣзко нарушаетъ функціи брюшныхъ органовъ — нормальное всасываніе и правильную перистальтику кишекъ, — въ результатъ получается глубокій упадокъ общаго питанія. На основаніи этихъ соображеній слѣдуетъ установить положеніе, что разъ диагностировано присутствіе коллоидныхъ массъ въ брюшной полости, слѣдуетъ немедленно приступать съ операціи. Плохіе исходы имѣющихся до сихъ поръ операцій объясняются главнымъ образомъ тѣмъ, что операціи эти предпринимались поздно, въ періодъ непоправимаго истощенія больныхъ; процентъ выздоровленія послѣ этихъ операцій улучшится только тогда, когда будутъ къ нимъ приступать своевременно.

Описанные нами случаи подтверждаютъ, между прочимъ, высказанную мысль.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Schröder*.—Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 4 Aufl. p. 366
- 2) *Péan*.—Diagn. et trait. de tumeurs dell'abdomen et du bassin. 1880.
- 3) *Beinlich*.—Zur Kasuistic der Ovarialtumoren. Charité-Annalen. 1874.
- 4) *Mennig*.—Ueber myxomatose Entartung des Bauchfell bei multiloc. Kystom des Ovarium. 1880.
- 5) *Schröder*.—Kurzer Bericht über 300 Ovariectomien. Berliner klinische Wochenschrift. 1882. № 16.
- 6) *Werth*.—Ueber pseudo-myxoma peritonei. Archiv für Gynäkologie. 1884. Bnd. 24, p. 100.
- 7) *Donat*.—Ein Fall von sogenannten «pseudo-myxoma peritonei» (Archiv für Gynäkologie, 1883, Bnd. 26, p. 478.
- 8) *Сладковский*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1893, стр. 865.
- 9) *Schmieds*.—Основы патологической анатомии. 1895, стр. 241.
- 10) *Strassmann*.—Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigem Inhalt nebst Untersuchungen über peritonitis pseudo-myxomatosa. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1891, Bnd. XXII.
- 11) *Bettmann H. W.*—A case of so called pseudo-myxoma peritonei, with observations on the formation of hyalin. Americ. journ. of the medic. sciences. 1893, Oktober.
- 12) *Тышко*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1892, стр. 784.
- 13) *Майницкий*.—Дневн. Общ. врачей при Казанск. унив. 1887, №№ 10—11
- 14) Проф. *Д. О. Отт*.—Врачъ, 1888, стр. 287.
- 15) *Березницкий*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1888, стр. 663.
- 16) *Мелсико*.—Мед. Обзор., 1896, № 15, стр. 204.
- 17) *Гиммельфарбъ*.—Мед. Обзор., 1896, № 24, стр. 1060—1070.