

V.

Colpotoμία post. или keliotomia vaginalis post., какъ методъ леченія придатковъ матки и ихъ новообразованій.

Проф. И. И. Федорова (Варшава).

Въ 1857 г. *W. Atlee* впервые сдѣлалъ попытку воспользоваться разрѣзомъ влагалища, въ заднемъ сводѣ, для удаленія перерожденнаго яичника. Эта операція—*colpotoμία post.* впоследствии была повторена нѣкоторыми изъ гинекологовъ (*G. Thomas, Davis, R. Battey*) и, по статистикѣ *Mignon*'а, до 1878 г., уже насчитывалось въ литературѣ до 113 кольпотомій. Однако вскорѣ этотъ методъ былъ совершенно оставленъ. Причинъ къ тому было нѣсколько; главною же можно считать то, что въ это время, т. е. въ 70—80 г.г., благодаря началу примѣненія въ хирургіи основъ антисептики, гинекологія вступила въ новую эру развитія своей терапіи и чревосѣченіе сдѣлалось операціею, на которой сосредоточились симпатіи и вниманіе всѣхъ гинекологовъ. Увлечение этимъ методомъ леченія, дошедшее среди нѣкоторыхъ изъ операторовъ до *pruritus secandi*, принесло громадныя услуги дѣлу развитія нашей науки. Удаленныя при чревосѣченіи трубы и яичники, — эти трофеи нерѣдко «безполезныхъ увѣчій», обогатили патолого-анатомическіе кабинеты чрезвычайно цѣннымъ матеріаломъ для детальнаго изученія патологіи и физиологіи женскихъ половыхъ органовъ, что способствовало развитію гинекологической діагностики.

Благодаря тому же увлеченію относительно примѣненія чревосѣченія, не только усовершенствовалась техника самой операціи, но, что особенно важно, въ умахъ наиболѣе наблюдательныхъ гинекологовъ произошла благодѣтельная реакція въ смыслѣ разработки новаго пути, по которому должна слѣдовать раціональная терапія заболѣвшихъ придатковъ матки.

И на этомъ пути гинекологія вскорѣ обогатилась такими методами леченія, какъ: *solutio adhaesiorum perimetricorum* по *Harda*, *incisio ovarii et tubae Fallopii* по *Martin'y* и *Schröder'y*, *oophorhafia* по *Imlach'y*, *salpingoöctomia* и т. п., т. е. методами, которые, по справедливости, могутъ считаться весьма цѣннымъ приобрѣтеніемъ гинекологической терапіи.

И вотъ, когда гинекологія какъ въ смыслѣ своей діагностики, такъ и оперативной терапіи, достигла въ послѣднее время высшаго своего развитія; когда идеаль нашей науки, хотя бы съ чисто терапевтической точки зрѣнія, казался вполне достижимъ, по крайней мѣрѣ, относительно сохраненія и восстановленія болѣзненно-нарушенныхъ половыхъ функций женщины, какъ производительницы рода; когда, наконецъ, чревосѣченіе сдѣлалось операціею не только не жизнеопасною, но и спасительною, въ это время снова появляется на сцену давно оставленная *colpotomia*. Въ 1892 г. она почти одновременно производится въ Россіи проф. *Рейномъ* и д-ромъ *И. Львовымъ*, въ Америкѣ—*Byford'омъ*, во Франціи—*Doyen'омъ*, *Popelen'омъ* и *Jacobs'омъ*, а въ Германіи въ пользу *colpotomiae* рѣшительно высказываются въ послѣднее время *Dührsen* и *A. Martin*.

И хотя въ рукахъ вышеупомянутыхъ гинекологовъ операція черезъ влагалище посчастливилось болѣе, чѣмъ въ рукахъ американскихъ хирурговъ въ періодъ возникновенія ея, тѣмъ не менѣе невольно напрашивается вопросъ: имѣетъ ли *colpotomia* въ настоящее время право на свое существованіе на ряду съ *keliotomia abdominalis* и не служитъ ли восстановленіе этой операціи признакомъ регресса въ оперативной гинекологіи? Намъ кажется, что причины, побудившія *Atlee* создать вагинальный методъ удаленія придатковъ и мотивы современныхъ гинекологовъ, стремящихся къ восстановленію этого метода, достаточно серьезны для того, чтобы не приз-

навать известнаго права на законность существованія этой операціи и въ будущемъ.

Въ 60—70 годахъ, когда чревосѣченіе представлялось операціею крайне жизнеопасною, появленіе вагинальнаго метода оправдывалось весьма естественнымъ стремленіемъ гинекологовъ отыскать путь къ придаткамъ матки, наиболѣе обезпечивающій отъ неизбѣжныхъ случайностей, какія представлялись при вскрытіи живота.

Въ настоящее же время, хотя эти случайности доведены до minimum'a своей вредоносной силы и операція чревосѣченія можетъ считаться дающею 0% смертности, тѣмъ не менѣе и теперь еще продолжаютъ существовать условія недостаточно изученныя и даже совершенно намъ неизвѣстныя, которыя обуславливаютъ нерѣдко весьма серьезные осложненія, какъ напр., сращения между листками брюшины, развитіе грыжъ передней брюшной стѣнки, появленіе *ileus'a*, а также шока; все это осложненія тѣмъ болѣе серьезные, что и самая операція вскрытія живота является теперь едва-ли не самую популярною изъ всѣхъ операцій въ гинекологіи и производится при крайне разнообразныхъ показаніяхъ. Оцѣнивая по существу болѣзненные осложненія, появляющіяся такимъ образомъ вслѣдъ за чревосѣченіемъ или вслѣдствіе послѣдняго, и проводя параллель между страданіями больныхъ передъ операціею и послѣ нея, невольно въ такихъ случаяхъ приходится ставить вопросъ: дѣйствительно ли выигрываетъ больная, избавившись отъ одной болѣзни цѣною развитія новой? Правда, такіе случаи встрѣчаются не часто, тѣмъ не менѣе фактъ остается фактомъ и давно уже побуждаетъ нѣкоторыхъ изъ врачей проповѣдывать крайній консерватизмъ въ гинекологической терапіи. Съ другой же стороны усовершенствованіе техники оперирования черезъ влагалище, какъ напр., при вырѣзываніи міоматозно перерожденной матки, или при операціи *Макенрода*—*vaginofixatio vaginalis uteri*,—естественно дало направленіе мысли примѣнить этотъ путь и для удаленія болѣзненно измѣненныхъ маточныхъ придатковъ. Путь этотъ тѣмъ болѣе представляется заманчивымъ, что здѣсь уже, повидимому, нѣтъ мѣста для развитія осложненій, связанныхъ съ разрѣзомъ живота. Такъ, по заявленію проф. *Рейна*, «при этомъ способѣ рана брюшины

представляется менѣе доступной для проникновенія инфекціонныхъ началъ во время операціи, самое раненіе въ значительной степени меньше, чѣмъ при чревосѣченіи, брюшина и вообще все органы брюшной полости гораздо меньше подвергаются механическимъ insultамъ, наконецъ избѣгается возможность послѣдовательныхъ грыжъ передней брюшной стѣнки, далеко нерѣдкихъ послѣ чревосѣченія». Д-ръ же *Львовъ*, сравнивая кольпотомію съ чревосѣченіемъ въ тѣхъ же случаяхъ, видитъ кромѣ того слѣдующія выгоды первой: а) «болѣе скорое заживленіе раны и болѣе скорое выздоровленіе; б) возможность скорѣе поворачиваться въ постели, сидѣть и ходить; в) меньшую продолжительность строгой діеты, а отсюда меньшее истощеніе, чѣмъ послѣ чревосѣченія и г) возможность скорѣе перейти къ обычной жизни». Въ томъ же смыслѣ высказываются *Byford, Doyen* и др. Если же въ свое время американскіе хирурги, послѣ ряда удачныхъ операцій, и должны были отказаться отъ colpotomiaе, въ виду возможности встрѣтиться съ непреодолимыми трудностями, вслѣдствіе наличности сращеній между органами малаго таза, то въ этомъ отношеніи нельзя не принимать во вниманіе, насколько современная гинекологія стала богаче и діагностическимъ, и оперативнымъ опытомъ, сравнительно съ гинекологіею тѣхъ американскихъ хирурговъ, которые наталкивались на серьезныя осложненія при этой операціи. Обладающій этимъ опытомъ современный гинекологъ въ достаточной степени можетъ быть застрахованъ отъ подобныхъ случайностей, подобно тому, какъ тотъ же опытъ (оперативно-діагностическій) избавляетъ его отъ необходимости столь-же частаго примѣненія операціи, такъ называемаго, пробнаго чревосѣченія, какъ это было въ недавнее еще время,—операціи, которая по этому въ послѣднее время стала все рѣже и рѣже фигурировать въ отчетахъ на ряду съ оконченными чревосѣченіями. Но большинство тѣхъ кольпотомій, какія произведены были въ свое время американскими хирургами, по существу своему носятъ также характеръ «пробнаго разрѣза», когда операторы шли ощупью на встрѣчу случайностей (*Cl. Wing, Battey, Ch. Thomas* и др.). Нельзя братья за ножъ съ цѣлію радикальной операціи, говорить *Veit*, прежде чѣмъ не получено будетъ убѣжденіе, что опе-

рація можетъ быть закончена. А потому выборъ подходящихъ случаевъ есть вѣрная гарантія успѣшности самой операціи. По мнѣнію д-ра *Львова*, подходящіе случаи для colpotomiae post. слѣдующіе: а) «кисты яичниковъ, до дѣтской головы, лежащіе въ заднемъ Douglas'овомъ пространствѣ и тамъ ущемленные или сросшіеся съ сосѣдними частями; б) большыя Fallopі'евы трубы и яичники и широкія маточныя связки en masse, когда онѣ крѣпко сросшены съ окружающими частями и нѣсколько опущены кзади и в) большыя яичники, опущенные кзади, хотя бы и подвижныя». *Byford* также совѣтуетъ примѣнять этотъ методъ только въ случаяхъ, гдѣ придатки смѣщены въ Douglas; кромѣ того онъ высказывается за incisio задняго свода съ цѣлію даже діагностическою, такъ какъ при этомъ, путемъ внутритазоваго ощупыванія (intrapelvic palpation), достигается возможность болѣе точнаго распознаванія случаевъ сомнительныхъ.

Вотъ пока тѣ указанія современнаго опыта, которыми слѣдуетъ руководствоваться при выборѣ случаевъ подходящихъ для colpotomiae post. Съ теченіемъ времени эти указанія несомнѣнно будутъ и полнѣе, и точнѣе, какъ при каждомъ оперативномъ методѣ, который вырабатывается многими и на многихъ. Отрицать же эту операцію въ интересахъ одной только, какъ единственно годной для удаленія придатковъ матки, операціи чревосѣченія,—это значитъ ставить узкія границы на пути свободнаго развитія гинекологіи, какъ науки вообще. Напротивъ, чѣмъ больше вырабатывается методовъ леченія одной и той же болѣзни и чѣмъ эти методы разнообразнѣе, тѣмъ плодотворнѣе дѣятельность врача, обладающаго такимъ образомъ, соотвѣтствующимъ каждому случаю запасомъ средствъ, для индивидуализированнаго леченія. Съ этой точки зрѣнія и возстановленіе операціи colpotomiae post. должно служить доказательствомъ лишь прогрессивнаго развитія гинекологіи, и усовершенствованіе этого метода и въ дальнѣйшемъ несомнѣнно избавить многихъ больныхъ отъ тѣхъ неизбѣжныхъ увѣчій, на какія онѣ теперь бывають обречены въ силу необходимости производства у нихъ леченія маточныхъ придатковъ при помощи чревосѣченія.

Мы лично имѣли возможность примѣнить операцію *colpotomiae post.*, ради удаленія перерожденныхъ яичниковъ, въ 2-хъ случаяхъ.

1-й случай. *Cystis parovarialis dex., ophoritis chr. sin., hydrosalpinx dex., endometritis et metritis chr.*

Е. П—ва поступила въ клинику января 1895 г. Больная 25 л. отъ роду, интеллигентная, первая крови получила на 18 г., вторья пришли черезъ мѣсяць и установились въ типѣ по 4 дня черезъ 4 недѣли безъ боли. Половою жизнью начала жить съ 19 лѣтъ, на 20 г. родила въ срокъ и послѣ родовъ болѣла лихорадкою около 3 мѣсяцевъ; съ тѣхъ поръ считаетъ начало своей настоящей болѣзни. Жалобы больной: общая слабость, ноющія боли въ крестцѣ и внизу живота, головныя боли, запоры на низъ по 3—4 дня, регулы въ послѣдніе 4 мѣсяца стали болѣзненными, сопровождаясь схватко-образными болями и затягиваясь до 10 дней, при чемъ въ промежутокъ между двумя послѣдними регулами больная настолько чувствовала себя нездорово, что пролежала все время въ постели съ лихорадочнымъ повышеніемъ температуры; регулы 20 декабря продолжались всего нѣсколько часовъ. Въ послѣдніе мѣсяцы появились также бѣли, по временамъ, въ обильномъ количествѣ, съ этого времени больная замѣтила и увеличеніе объема живота.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія; сердце и легкіе здоровы, объемъ живота на уровнѣ пупка 75 см., ниже на 5 см. = 84½ см., выше на 5 см. = 72 см. Черезъ наружные покровы его, надъ правой лонной кистью, опредѣляется сегментъ шаровидной опухоли нѣсколько болѣзненной, эластичной, величиною до головки новорожденнаго ребенка; опухоль опускается въ малый тазъ. Наружные половыя органы развиты правильно, на промежности имѣется старый рубецъ отъ разрыва 2 степени; входъ въ рукавъ зияетъ, передняя стѣнка влагалища укорочена до 4 см., задняя имѣетъ до 7 см. Матка увеличена и смѣщена *in toto* лѣво и къзади, влагалищная же часть расположена непосредственно за симфизою, *orif. ext.* пропускаетъ конецъ пальца. Черезъ задне-правый сводъ опредѣляется неправильной формы, фиксированная, болѣзненная и глубоко флюктуирующая опухоль, которая, повидимому, находится въ тѣсной связи съ колбасовидно-расширеннымъ приматочнымъ участкомъ правой трубы. Отъ взаимной комбинаціи этой опухоли и той, которая опредѣляется черезъ наружные покровы, получалось впечатлѣніе какъ бы одной бисквитообразной опухоли. Лѣвый яичникъ увеличенъ и фиксированъ при боковой стѣнкѣ таза, лѣвая труба, повидимому, нормальна. Выдѣленія изъ матки слизисто-гнойнаго характера. 5/1 у больной появились регулы, продолжавшіеся 5 дней, обильно, сопровождались головою болью, тошнотою, схваткообразными болями внизу живота и лихорадочнымъ состояніемъ, доходившимъ до 37,9° на 2 и 4 день. Въ дальнѣйшемъ лѣченіе больной состояло въ методическомъ расширеніи полости матки ламинаріями съ послѣдова-

гельнымъ промываніемъ ея дезинфицирующими растворами и въ примѣненіи 2 раза въ день горячихъ до 38° R. влагалищныхъ сиринцеваній. Подъ вліяніемъ данной терапіи 16/1 отмѣчено обильное выдѣленіе изъ матки сукровичной жидкости (жидкость изливалась по бедрамъ больной, обильно смочила подкладъ и тампонъ), при чемъ бисквитообразная форма опухоли исчезла, а шаровидная ея часть опустилась глубже въ малый тазъ, вслѣдствіе чего объемъ живота ниже пупка уменьшился до 76 см. Въ теченіи времени съ 16/1 по 23/1 выдѣленія изъ матки, хотя и продолжались еще, и по временамъ также въ обильномъ количествѣ, но сдѣлались болѣе слизистыми.

24/1 произведена операція colpotomiae post., съ послѣдовательнымъ удаленіемъ кисты. Подъ хлороформнымъ наркозомъ больной шейка была захвачена Мюзеевскими щипцами и матка низведена ко входу; задній сводъ влагалища вскрытъ вмѣстѣ съ брюшиною поперечнымъ сѣченіемъ до 5 см., и на боковыя края раны наложены швы. При легкомъ надавливаніи на брюшную стѣнку, сегментъ кисты, въ видѣ темнаго пузыря съ тонкими стѣнками, обозначился въ брюшино-влагалищной ранѣ, киста была вскрыта уколомъ ножа, при чемъ изъ полости ея выдѣлилось около 200 к. с. прозрачно-желтоватой, пѣнящейся жидкости; при низведеніи во влагалище стѣнки опорожнившейся опухоли, обозначился вторичный мѣшокъ кисты, изъ которой было выпущено около 300 к. с. жидкости. Славшіяся стѣнки обѣихъ мѣшковъ были затѣмъ легко выведены во влагалище вмѣстѣ съ правою широкою связкою, трубою и яичникомъ, *parovarium* котораго вѣроятно и составлялъ исходную точку для развитія двукамерной опухоли, которая при своемъ ростѣ вышла изъ предѣловъ широкой связки, вытянувъ послѣднюю въ форму объемистой ножки *). Ножка ея была прошита 4 шелковыми лигатурами, а поверхъ наложена одна общая лигатура; правая труба, утолщенная и гиеремированная была оставлена, а лѣвый яичникъ освобожденъ отъ сросеній. Послѣ резекціи опухоли операціонное поле обсушено марлею, концы лигатуръ выведены во влагалище и послѣднее затампонировано, равно какъ и Douglas, іодоформированною марлею. Операцію больная перенесла чрезвычайно легко и послѣопераціонное теченіе прошло безъ всякихъ осложненій со стороны процесса заживленія брюшинно-вагинальной раны. На 4-й день былъ удаленъ тампонъ, на 9-й больная оставила постель, а на 10-й сняты были швы. По удаленіи тампона влагалище ежедневно два раза промывалось растворомъ двуіодистой ртути 1 : 4000.

7/II больная оставила клинику, чувствуя себя вполне здоровою. При изслѣдованіи ея половыхъ органовъ отмѣчено: матка нѣсколько увеличена, въ нормальномъ положеніи, подвижна, бѣлей

*) Согласно изслѣдованіямъ *Kossmann'a* и *Ampfl'a*, пароваріальныя кисты по своему происхожденію, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, должны быть разсматриваемы, какъ *hydroparasalpinx's*, *Centr. f. Gyn.*, № 34, 1895 г.

нѣтъ; черезъ правый сводъ опредѣляется болѣзненное уплотненіе—культя; лигатуры держатся еще довольно прочно, а потому онѣ были обрѣзаны у самой раны и оставлены *in situ*.

2-й случай. *Fibrosarcoma ovarii dex., hydrosalpinx dex., metritis et endometritis chr.*

А. М.—ская поступила въ клинику 25/1—1895 года. Больная 23 лѣтъ отъ роду, крестьянка Варшавской губ.: первая крови получила на 16 г., которая и установилась черезъ 4 недѣли по 3—4 дня въ умѣренномъ количествѣ и безъ болей. На 17 году начала жить половою жизнью, на 18 году сдѣлалась беременною, беременность прошла безъ всякихъ осложнений и закончилась благополучно въ срокъ; на 9-й день послѣ родовъ больная получила лихорадку и пролежала въ постели болѣе мѣсяца; съ тѣхъ поръ и считаетъ себя нездоровою. Жалобы больной: частыя головныя боли, тошнота, боль подъ ложечкою, упадокъ силъ, иногда появленіе конвульсій съ потерею сознания (*hystero-epilepsia*); въ послѣдніе же 6 мѣсяцевъ регулы стали путаться и сопровождаться сильными схваткообразными болями внизу живота, кромѣ того онѣ сдѣлались обильнѣе и продолжительнѣе; боль въ крестцѣ постоянная, бѣли въ обильномъ количествѣ иногда окрашенныя; со времени послѣднихъ кровей прошло уже 5 недѣль и въ теченіе всего этого времени сукровичныя выдѣленія изъ влагалища постоянно продолжаются то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ.

Больная средняго роста, хорошаго питанія, выраженіе лица безучастно апатичное, глаза косятъ; сердце и легкія здоровы, брюшныя органы не представляютъ отклоненій отъ нормы. Наружныя половыя части развиты правильно, на промежности старый рубецъ отъ зажившаго разрыва 2-й степени, слизистая оболочка вокругъ отверстія выводныхъ протоковъ Бартолиніевыхъ железъ сильно гиперемирована, слизистая оболочка влагалища въ состояніи застойной гипереміи; матка увеличена въ объемѣ; отклонена влѣво и къзади, тверда, болѣзненна и неподвижна; влагалищная часть сине-багроваго цвѣта, утолщена, на зѣвѣ боковые разрывы, выдѣленія изъ канала шейки кровянисто-гноевидныя въ обильномъ количествѣ. Черезъ правозадній сводъ опредѣляется опухоль эластическая, состоящая какъ-бы изъ двухъ не одинаковой консистенціи частей и раздѣленная перехватомъ, безболѣзненная, неподвижная и верхнимъ своимъ сегментомъ выходящая изъ малаго таза въ большой до высоты на нѣсколько смтм. надъ симфизою; приматочный конецъ правой трубы шнуровидно утолщенъ и болѣзненный, лѣвые придатки повидимому здоровы.

Въ теченіи времени съ 26/1 по 5/II лѣченіе больной состояло въ примѣненіи горячихъ до 38° влагалищныхъ спринцеваній, общихъ теплыхъ ваннъ, суппозиторій изъ ихтіола и *extr. fl. hydr. canad.* внутрь. Отъ 5/II—7/II отмѣчено было обильное выдѣленіе изъ половыхъ органовъ сукровичной жидкости при сильныхъ схваткообразныхъ боляхъ внизу живота, при чемъ верхняя граница опухоли значительно опустилась книзу, напряженіе сводовъ

сдѣлались значительно меньшимъ и часть опухоли, прилежащей къ Douglas'у, потеряла прежнее свое напряженіе и эластичность. Въ виду несомнѣнно частичнаго опорожненія содержимаго опухоли (трубной) черезъ матку наружу, въ дальнѣйшемъ было примѣнено систематическое расширеніе полости матки ламинаріями. Послѣ каждаго расширенія слѣдовало обильное истеченіе кровянистой жидкости, а 23/II т. е., послѣ 3-го сеанса расширенія, были отмѣчены слѣдующія измѣненія со стороны половыхъ органовъ: эластическая часть опухоли (hydrosalpinx) исчезла совершенно, въ Douglas'овомъ же пространствѣ опредѣлилась плотная, въ апельсинъ величиною, мало подвижная опухоль, съ небольшимъ пузырьковиднымъ флюктуирующимъ придаткомъ при нижнемъ ея сегментѣ.

1/III была произведена colpotomia post. съ послѣдовательнымъ удаленіемъ оставшейся опухоли. Послѣ вскрытія задняго свода и наложенія на сильно кровоточившія края швовъ, опухоль была освобождена отъ ложныхъ сращеній, которыми послѣдняя была окружена со всѣхъ сторонъ и прочно фиксирована въ Douglas'ѣ; среди этихъ перепонокъ находилось небольшое скопленіе прозрачнаго содержимаго. Освобожденная такимъ образомъ отъ сращеній опухоль была захвачена пулевыми щипцами и выведена во влагалище. Выведеніе представлялось довольно труднымъ, частью вслѣдствіе величины опухоли, частью же вслѣдствіе особенной рыхлости и ломкости ткани ея, почему щипцы легко соскальзывали и самая ткань сильно кровоточила. По извлеченіи опухоли, нѣкоторыя изъ болѣе толстыхъ перепонокъ, прикрѣплявшихъ послѣднюю къ маткѣ, были перерѣзаны между лигатуръ; ножка была прошита 4 швами лигатурами, при чемъ были захвачены также приросшая къ опухоли труба и остатокъ перерожденнаго яичника. Культя обсушена марлею, полость брюшины промыта растворомъ двуіодистой ртути, лигатуры выведены во влагалище и послѣднее вмѣстѣ съ Douglas'омъ плотно затампонировано іодоформенною марлею. Спустя 1/2 часа послѣ окончанія операциі у больной, уже пробудившейся отъ хлороформнаго наркоза, вдругъ наступили припадки глубокой асфиксіи; приведенная къ жизни путемъ искусственнаго дыханія, она снова подверглась опасности отъ кровоточенія, которое появилось изъ влагалища въ первую-же ночь послѣ операциі; кровоточилъ одинъ изъ краевъ влагалищной раны, на который пришлось наложить 2 шва. Въ дальнѣйшемъ выздоровленіе больной шло уже безъ всякихъ осложненій и лишь на 7-й день вечеромъ температура поднялась до 38,0° при пульсѣ въ 72 удара, вслѣдствіе задержанія стула. Въ теченіи первыхъ 2-хъ сутокъ пришлось примѣнять морфіи въ видѣ подкожнаго впрыскиванія для успокоенія довольно сильныхъ крестцовыхъ болей (раздраженіе отъ туго заложеннаго тампона). На 3-й день тампоны были удалены, влагалище промыто растворомъ двуіодистой ртути; на 10-й день сняты швы, на 18-й день отпали лигатуры вмѣстѣ съ омертвѣвшею культею и рана влагалища вскорѣ закрылась безъ нагноенія. 1/IV, т. е. черезъ мѣсяць послѣ

операціи, появились крови въ умѣренномъ количествѣ, продолжались 3 дня съ небольшою лишь болью въ крестцѣ и внизу живота. 14/IV матка представлялась увеличенною въ объемѣ, in anteflexio, въ правомъ сводѣ близъ угла матки болѣзненное, въ грецкій орѣхъ величиною, уплотненіе; лѣвые придатки нормальны, въ заднемъ сводѣ на мѣстѣ разрѣза втянутый рубецъ нѣсколько болѣзненный при давленіи; изъ канала шейки выдѣляется гноевидная слизь въ обильномъ количествѣ. Въ виду наличныхъ явленій endometritis произведено abrasio mucosae uteri съ послѣдовательною injectio t-rae jodi въ полость матки и въ дальнѣйшемъ примѣнены 2 раза въ день влагалищныя спринцеванія въ 38,0°R. Внутрь же назначены приемы препаратовъ желѣза.

22/IV больная выбыла изъ клиники при наличности слѣдующихъ явленій со стороны половыхъ органовъ: матка значительно уменьшилась въ объемѣ, подвижна, отдѣленій нѣтъ, чувствительность на мѣстѣ рубца въ заднемъ сводѣ ничтожная, чувствительность въ области культи повышена особенно при глубокомъ давленіи. Самочувствіе удовлетворительное.

Макро-микроскопическое описаніе опухоли. Опухоль яйцевидной формы, плотной консистенціи, поперечникъ ея отъ 6 до 7,5 см.; наружная поверхность ея покрыта обрывками красноватаго цвѣта ложныхъ перепонокъ, подъ которыми находится плотная блестящая соединительно-тканная капсула; послѣдняя легко снимается съ опухоли и непосредственно переходитъ на участокъ уцѣлѣвшей отъ перерожденія ткани яичника. На разрѣзѣ опухоль состоитъ изъ двухъ частей; одна изъ нихъ, составляющая $\frac{2}{3}$ всей опухоли и находящаяся въ непосредственной связи съ остаткомъ яичника, саловидной консистенціи, сочная съ желтоватымъ оттѣнкомъ; другая же темнокраснаго цвѣта, вслѣдствіе обильнаго содержанія въ ней кровеносныхъ сосудовъ, дольчатая и крайне ломкая. Фаллоpieва труба, удаленная вмѣстѣ съ опухолью, имѣетъ толстыя и гиперемированныя стѣнки, просвѣтъ ея расширенъ и фимбріальный конецъ прочно закрѣпленъ ложными перепонками при периферіи опухоли. Уцѣлѣвшая часть яичника содержитъ графовы пузырьки. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли было произведено послѣ предварительной обработки препаратовъ въ спиртѣ и закрѣпленія ихъ въ парафинѣ; срѣзы окрашивались частью пикрокарминомъ, частью же насыщеннымъ воднымъ растворомъ везуина и растворомъ индиго кармина въ 25% спиртѣ. Имѣя въ виду привести болѣе подробное описаніе микроскопическихъ картинъ даннаго новообразованія въ свое время и въ своемъ мѣстѣ, въ настоящемъ мы ограничимся лишь общимъ указаніемъ на то, что дольчатая часть опухоли состоитъ сплошь изъ скопленія большихъ многоядерныхъ кругловатыхъ клѣтокъ, заключенныхъ среди тонко-волокнистой, едва замѣтной, стромы, плотная же часть ея должна быть отнесена къ волокнисто-тканнымъ образованиямъ, и что такимъ образомъ данная опухоль въ своемъ цѣломъ принадлежитъ къ fibrosarcoma ovarii macroglobocellulare. При чемъ саркоматозное перерожденіе нужно разсматривать какъ послѣдо-

вательное осложненіе первично фиброматозной опухоли яичника, что и доказывается расположеніемъ саркоматозной ткани по периферіи fibromae.

Резюмируя клиническія и анатомо-патологическія данныя касательно вышеприведенныхъ случаевъ, мы позволимъ себѣ отмѣтить слѣдующія, не лишеныя нѣкотораго интереса, особенности:

1) Въ томъ и другомъ случаяхъ опухоль яичника развилась совмѣстно съ ретенціонною кистою трубы той же стороны. Эта комбинація, извѣстная подъ именемъ *tumor tuboovarialis*, отличалась въ каждомъ случаѣ особеннымъ расположеніемъ своихъ частей; такъ, въ первомъ случаѣ трубная опухоль занимала самое глубокое мѣсто Douglas'оваго пространства, яичниковая же — располагалась надъ нею и только, послѣ опорожненія первой, перемѣстилась въ нижній отдѣлъ таза; во второмъ же случаѣ отношеніе частей было обратнымъ, т. е. *fibrosarcoma* была срощена съ Douglas'омъ, а *hydrosalpinx* помѣщался надъ яичниковою опухолью. Такое расположение несомнѣнно находилось въ зависимости отъ времени развитія той и другой опухоли, а также и отъ наличности срощеній, фиксировавшихъ первично-развившуюся опухоль *in situ*.

2) Въ томъ и другомъ случаяхъ методическое расширение полости матки ламинаріями способствовало совершенному опорожненію содержимаго тубарныхъ опухолей наружу, вслѣдствіе чего съ одной стороны было достигнуто значительное облегченіе въ техникѣ удаленія яичниковыхъ опухолей при операціи *colpotomiae*; съ другой же — дало возможность въ первомъ случаѣ сохранить самую трубу, такъ какъ констатированныя при операціи послѣдовательныя измѣненія въ ней давали право рассчитывать въ дальнѣйшемъ на относительно полное ея *restitutio ad integrum*.

3) Самая операція *colpotomia post.*, будучи чрезвычайно простою и не сложною въ техническомъ отношеніи, тѣмъ не менѣе требуетъ болѣе тщательнаго ухода за брюшино-вагинальною ранюю, въ смыслѣ основательнаго закрѣпленія краевъ ея швами, чтобы предупредить возможность появленія вторичнаго кровотеченія, какъ показываетъ второй нашъ случай.

4) Тотъ же второй случай интересенъ и съ патолого-анатомической точки зрѣнія, представляя сравнительно рѣдкое фибринозно-саркоматозное перерожденіе яичника.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

Byford.—Vaginal oophorectomy, fibroma of fallopian tube, haematoma and cystic degen. of ovaries, haematosalpinx, retroversio with adhaesions, explorat. incision through the cul-de-sac of douglas. Amer. J. of Obst. New-York, 1892, Bd. XXV, pag. 334—338.

Doyen.—324 opérations sur l'utérus et ses annexes. Arch. prov. de chir., Paris, 1892, Bd. I.

Dührssen.—Über vaginale Kōliotomie bei zwei Fällen von Tubenschwangerschaft. Centr. f. Gyn., 1895, № 15.—Über vaginale Kōlpotomie und konservative vag. Adnexoperationen. Centr. f. Gyn., 1895, № 27.

R. Battey.—Transactions of the Amer. Gyn. Soc. I, 1877.

Goodell.—Transactions of Amer. Gyn. Society, 1877, II.

Jacobs.—Etiologie et traitement des inflam. utérines annexielles. Arch. de Tocol. et de Gyn., Paris, Vol. XX.

Львовъ.—Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичника и придатковъ матки черезъ влагалище. „Врачъ“, 1892 г., № 46.

Львовъ.—Удаленіе кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. „Врачъ“, 1892, № 11.

Львовъ.—Къ вопросу о лѣченіи кистъ яичника разрывомъ черезъ влагалище. „Врачъ“, 1895, № 30.

Mignon.—Thèse de Paris, 1878 г.

A. Martin.—Bedeutung d. Colpotomia ant. für die Operation an den Beckenorganen. Centr. f. Gyn., 1895, № 27.

Olshausen.—Krankheiten d. Ovarien, 1886 г.

Popelin.—Annexites unilatérales opérées par la voie vaginale. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Bull. de la soc. Belge de gyn. et d'obst., № 5.

Рейнъ.—Случай вагинальной оваріотоміи. Протоколъ засѣд. акуш.-гин. Общ. въ Кіевѣ, т. 5, стр. 27.

G. Thomas.—Amer. J. of medical sciences, 1870.

Тепловъ.—Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій черезъ задній сводъ. „Врачъ“, 1894 г., № 47.

Тупяковъ.—Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. „Врачъ“, 1892, № 38.