

№ 56.

121  
21

МАТЕРІАЛЫ

КЪ

УЧЕНІЮ О КИСТАХЪ ШИРОКИХЪ СВЯЗОКЪ.

Клиническое изслѣдованіе.

Изъ Госпитальной Акушерско-Гинекологической клиники  
проф. А. И. Лебедева.

ДИССЕРТАЦІЯ  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
А. Ф. МУЗАЛЕВА.

Цензорами диссертации, по порученію конференціи, были ordinарные профессора: Г. Е. Рейнь и А. И. Лебедевъ и приватъ-доцентъ В. Н. Орловъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія кн. В. П. Мещерскаго. Спасская, № 27.  
1901.

Докторскую диссертацию лекаря А. Ф. Музалова, под заглавием: «Материалы къ учению о кистахъ широкихъ связокъ» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи, было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюмэ (выводовъ) — въ Конференцію и 375 экземпляровъ диссертации — въ академическую бібліотеку).

С.-Петербургъ, 14 Апрѣля 1901 года.

Ученый Секретарь, Ординарный Профессоръ А. Данинъ.

## ВВЕДЕНІЕ.

Среди опухолей женскаго полового аппарата кисты широкихъ связокъ занимаютъ не послѣднее мѣсто. Онѣ представляютъ особенный научный и практическій интересъ какъ по своему генезу, учение о которомъ возбуждаетъ до послѣдняго времени въ гинекологической литературѣ цѣлый рядъ спорныхъ вопросовъ, такъ и по своей вполне своеобразной топографіи, въ силу которой необходимо выработывались оперативные методы леченія, методы нѣсколько иные, чѣмъ при другихъ опухоляхъ женской половой сферы.

Понятіе кисты широкихъ связокъ — понятіе очень растяжимое; при такой терминологіи въ рубрику этихъ кистъ могутъ войти не только тѣ кисты, которыя обыкновенно имѣлись въ виду большинствомъ авторовъ, работавшихъ въ этомъ направленіи, именно кисты пароваріальныя, но и кисты яичниковыя, развившіяся на рубежѣ широкихъ связокъ, вѣроятно изъ элементовъ, находящихся въ hilus'ѣ этого органа и при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ расположившіяся межъсвязочно, дермоиды и другія формы кистъ. Но развитіе нѣкоторыхъ отъ этихъ кистъ среди широкихъ связокъ явленіе необычное для нихъ, а чисто случайное, исключительное и такія формы кистъ поэтому въ большинствѣ случаевъ искусственно исключаются при изученіи кистъ широкихъ связокъ, а посвящается при этомъ лишь вниманіе кистамъ пароваріальнымъ главнымъ образомъ и яичниковымъ. Многіе авторы обыкновенно смѣшивали эти два понятія пароваріальныя кисты и кисты широкихъ связокъ;

хотя, конечно, совершенно ясно из только что сказанного, что онъ и не синонимы, такъ какъ въ группу межсвязочныхъ кистъ въ такомъ случаѣ только вышла бы одна лишь форма кистъ придатко-яичниковаго происхожденія. Названіе «пароваріальная киста», которое опять таки большинствомъ авторовъ стараго и новаго времени относилось по адресу тѣхъ кистовидныхъ образований, свойствомъ которыхъ было: межсвязочная локализация, а именно приблизительно въ той области, гдѣ долженъ находиться нормально придатокъ яичника, извѣстная величина ихъ, представляющая клинической интересъ, медленный ростъ и нѣкоторые другіе симптомы, о которыхъ рѣчь будетъ впереди, названіе это, можетъ быть, не совсемъ правильное. По новѣйшимъ, сравнительно изслѣдованіямъ *Kossmann'a* <sup>1)</sup> кисты эти нельзя по генезу ихъ отнести къ пароварію, почему конечно и терминъ для нихъ «пароваріальные кисты» долженъ былъ бы рушиться. Но теорія эта еще не приобрѣла всехъ правъ гражданства въ литературѣ и вызвала въ свое время оживленные споры. По этому авторы или, по крайней мѣрѣ, многіе изъ нихъ, до сихъ поръ держатся еще прежней терминологіи и, упоминая объ этомъ типѣ кистъ широкихъ связокъ, называютъ ихъ пароваріальными кистами и выдѣляютъ такимъ образомъ ихъ какъ бы въ отдѣльную группу. Въ прилагаемомъ нами матеріалѣ и въ обработкѣ этого вопроса съ клинической стороны, мы будемъ имѣть дѣло главнымъ образомъ только съ двумя типами этихъ интралигаментарныхъ кистъ: съ кистами яичниковаго происхожденія и съ чаще встрѣчающимися случаями придатко-яичниковаго происхожденія. Тутъ необходимо упомянуть еще, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы имѣли какъ бы третій видъ, т. е. такихъ опухолей, точный діагнозъ которыхъ относительно ихъ исходной точки развитія трудно было установить, но съ клинической стороны эти кисты ничѣмъ не отличались ни своими симптомами, ни въ томъ оперативномъ вмѣшательствѣ, которое къ нимъ примѣнялось отъ двухъ вышеназванныхъ. Что касается исто-

<sup>1)</sup> *Kossmann*. Zur pathologie des parovariums. Zeitschrift Bd. 31.

рической стороны этого вопроса по литературнымъ даннымъ, что къ ней нужно относиться съ извѣстною подозрительностью. Скептицизмъ этотъ можно проявить на томъ основаніи, что въ старыя времена, когда не процвѣтала еще смѣлая хирургія настоящаго времени, когда хирургу не сдѣлаютъ упрека, если онъ ради постановки точной діагностики предприметъ лапоротомию, возможны были ошибки въ смыслѣ неточности распознаванія межсвязочныхъ кистъ отъ какихъ нибудь другихъ опухолей. Но какъ бы то ни было съ исторіею этого вопроса считаться нужно, допуская въ нѣкоторыхъ случаяхъ лишь извѣстную вѣроятность правильной постановки діагноза. Въ отдаленное время по богатству имѣющихся литературныхъ данныхъ по вопросу объ этихъ кистахъ занимаютъ первое мѣсто англійскіе, американскіе и французскіе авторы, за то въ послѣдніе два, три десятка лѣтъ выступаютъ нѣмецкіе авторы съ цѣлымъ рядомъ точныхъ статистическихъ данныхъ, внося въ литературу въ высшей степени тщательную, детальную обработку этого вопроса, не только въ изученіи клинической его стороны, но и патолого-анатомической, вмѣстѣ съ изученіемъ самой тонкой микроскопической картины. Но и *Virchow* <sup>1)</sup> еще въ 1847 году высказывалъ мысль о происхожденіи большей части этихъ кистъ изъ канальцевъ придатка яичника и такимъ образомъ одинъ изъ первыхъ пролилъ свѣтъ на гистогенетическую картину этого вопроса. *Dyplay* <sup>2)</sup>, которому принадлежитъ точная разработка вопроса о кистахъ широкихъ связокъ, работа, благодаря которой главнымъ образомъ этотъ родъ кистъ сталъ извѣстенъ во Франціи, говоритъ, что первымъ кто упоминаетъ о большой кистѣ, разрывъ которой вызвалъ внезапную смерть больной, былъ *Richard Bright* (1838). На ряду съ этимъ въ сравнительно очень хорошо и подробно составленномъ *Prochouinck'омъ* <sup>3)</sup> историческимъ обзорѣ всѣхъ оперированныхъ кистъ широкихъ

<sup>1)</sup> *Virchow*. Die Krankhafte Geschwülste.

<sup>2)</sup> *Dyplay*. Des kistes de ligam large. Archives générales de médecine. 1882.

<sup>3)</sup> *Schatz*. Sehr grosse Cyste des lig. latum. Archiv für Gyn. Bd. IX.

связокъ до 1875 года, указывается на первыхъ оперированныхъ подобнаго рода кисты на *Kiwisch'a*, безъ указанія года, и на *Atlee*, который въ Филадельфїи въ 1830 году при помощи одной пункціи извлекъ большую съ кистою правой широкой связки. Конечно, трудно сказать, кому изъ нихъ принадлежитъ приоритетъ; не менѣе трудно рѣшить вопросъ, имѣлъ ли *Richard Bright* дѣйствительно дѣло съ интралигаментарною кистою или съ какою нибудь другою опухолью. Но въ исторїи имена ихъ начертаны.

Въ 1825 году (по *Verneuil'y* <sup>1)</sup>) *Velpcau* въ филomatическомъ обществѣ представилъ свой трудъ объ анатомїи этихъ кистъ. Онъ упоминаетъ о кистахъ небольшой величины съ жидкимъ иногда тягучимъ, кровянистымъ содержимымъ и предлагаетъ имъ названіе экстраоварїальныхъ рудиментарныхъ кистъ. *Gascaux* <sup>2)</sup> въ 1844 году говоритъ о серьезныхъ кистахъ широкихъ связокъ, иногда достигающихъ большой величины, и которыхъ трудно бываетъ отличить отъ оварїальныхъ. Въ 1851 году *Bird* <sup>3)</sup> сообщаетъ довольно подробное изслѣдованіе объ этихъ кистахъ; онъ производилъ изслѣдованіе содержимаго кистъ и характеризуетъ его такъ: оно жидко, прозрачно, какъ родниковая вода, удѣльный вѣсъ его очень незначительный, бѣлка только слѣды; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ заявляетъ, что оперативное вмѣшательство, примѣняемое къ нимъ въ видѣ лапаротомїи ничѣмъ не оправдывается, такъ какъ зачастую для леченія ихъ достаточна однократная пункція. Въ 1850 году *Follin* <sup>4)</sup> знакомитъ съ патологической анатомїею этихъ кистъ; по его мнѣнію, кисты эти образуются накопленіемъ жидкаго секрета въ канальцахъ *Rosenmuller'*овскаго органа. Два года спустя тѣ-же взгляды высказалъ *Verneuil* <sup>5)</sup>. Въ Англіи было сообщено *Spencer Wells'*омъ приблизительно въ началѣ семидесятыхъ годовъ множество наблюденій о кистахъ широкихъ связокъ. О развитїи этихъ

<sup>1)</sup> *Verneuil*. Recherches sur les cystes, de l'organe de Wolf. Memoires de la societe des chirurg. de Paris IV, 1857 г.

<sup>2)</sup> *Dyplay* l. c.

<sup>3)</sup> *Verneuil* l. c.

кисть, объ отношенїи ихъ къ сосѣднимъ органамъ, далъ *Bantock* <sup>1)</sup>; затѣмъ *Bacer Brown* <sup>2)</sup> высказалъ ту мысль, что всѣ тѣ простыя оварїальныя кисты, т. е. диагностированныя за таковыя, исчезновеніе которыхъ наблюдалось подъ вліяніемъ одной лишь пункціи были ничто иное, какъ кисты широкихъ связокъ. Изъ американскихъ авторовъ нельзя не упомянутьъ *Atlee* <sup>3)</sup> и его сочиненія объ яичниковыхъ опухоляхъ (1873 г.). Придерживаясь приблизительно хронологическаго порядка среди нѣмецкихъ авторовъ въ числѣ первыхъ послѣ замолкнувшаго на время ученія *Wirchow'a* о происхожденїи этихъ кистъ, появляется *Spiegelberg* <sup>4)</sup>, оперировавшій такія кисты, сдѣлавшїи сообщеніе о строенїи ихъ и впослѣдствїи разработавшїи вопросъ о діагностическомъ значенїи пункціи. Въ 1876 году *Schatz* <sup>5)</sup> приводитъ очень подробное и всестороннее изслѣдованіе имѣвшагося у него случая очень большой кисты широкихъ связокъ, а вмѣстѣ съ нимъ его ассисентъ *Prochownik* написалъ работу, въ которой собранъ казуистическій матеріалъ всѣхъ опубликованныхъ до 1876 года случаевъ, числомъ 24, кистъ широкихъ связокъ. Работа эта въ томъ отношенїи представляетъ цѣнность, что здѣсь собраны случаи всѣхъ извѣстныхъ авторовъ, вмѣстѣ съ довольно подробными указанїями какъ клинической, такъ и патолого-анатомической стороны дѣла. Затѣмъ появляется *Winckel* <sup>6)</sup>—посвящающїи ученїю объ нихъ цѣлую главу, далѣе *Gusserow* <sup>7)</sup>, *Fischel* <sup>8)</sup>, *Arning* <sup>9)</sup> и

<sup>1)</sup> *Bantock*. *Dyplay* l. c.

<sup>2)</sup> *Baker-Brown*. *Dyplay* l. c.

<sup>3)</sup> *Atlee*. *Dyplay* l. c.

<sup>4)</sup> *Spiegelberg*. *Archiv für Gun.* Bd. I. *Extirpation einer mannskopfgrossen kyste.*

<sup>5)</sup> *Schatz* l. c.

<sup>6)</sup> *Winckel*. *Pathologie der weiblich. sexual organ.*

<sup>7)</sup> *Gusserow*. *Über Cysten des breiten Mitterbandes.* *Archiv für Gun.* Bd. IX.

<sup>8)</sup> *Fischel*. *Ueber parovarial Cysten und parovarielle Kystome.* *Arch. für Gun.* Bd. XV.

<sup>9)</sup> *Arning*. *Archiv für Gynaecol.* Bd. X.

др. Этимъ можно закончить краткій историческій обзоръ о кистахъ широкихъ связокъ.

Вопросъ о томъ, какъ часто встрѣчаются кисты широкихъ связокъ, сравнительно съ другими яичниковыми новообразованиями, расположенными внѣ широкой связки и въ какомъ пропорціалномъ отношеніи онѣ находятся къ общему числу чревосѣченій, можно видѣть изъ ниже слѣдующихъ данныхъ.

*Olshausen* <sup>1)</sup> на 284 оваріотомій нашелъ ихъ въ числѣ 32, что составляетъ 11,3%.

*Fritsch* <sup>2)</sup> даетъ почти совершенно одинаковую цифру изъ матеріала Бреславской женской клиники, а именно 11,8%.

*Schauta* <sup>3)</sup> говоритъ, что онъ нашелъ изъ 198 лапаротомій 18, т. е. 9,1%.

*Péan* <sup>4)</sup> изъ сдѣланныхъ имъ по поводу кистъ 673 лапаротомій встрѣтилъ въ 59 случаяхъ, что даетъ 8,6%.

У *Leopold'a* <sup>5)</sup> за время съ 1883 г. по 1893 г. въ Дрезденской женской клиникѣ на 1000 лапаротомій, изъ нихъ 373 оваріотомій, было 28 разъ пароваріальныя кисты, т. е. въ 7,5%.

У *Sanger* по *Lande* <sup>6)</sup> съ 1881 г. по 1889 г. изъ 200 лапаротомій были 4 раза кисты въ широкихъ связкахъ.

*Keith* <sup>7)</sup> на 50 лапаротоміи имѣлъ 2 случая.

Статистическія данныя о чревосѣченіяхъ въ Россіи даютъ такіе цифры:

Проф. *Феноменовъ* <sup>8)</sup> на 100 чревосѣченій имѣлъ 6 кистъ широкихъ связокъ при 47 кистахъ яичниковыхъ.

У проф. *Лебедева* <sup>9)</sup> изъ 550 сдѣланныхъ имъ чрево-

<sup>1)</sup> *Phannestiel*. Die Geschwülste des Nebeneierstocks.

<sup>2)</sup> *Fritsch*. Die Krankheiten der Frauen.

<sup>3)</sup> *Schauta*. Lehrbuch der Gesamten Gynäcologie.

<sup>4)</sup> *Péan*. Diagnostik et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.

<sup>5)</sup> *Leopold*. Arbeiten aus der Frauenklinik im Dresden.

<sup>6)</sup> *Archiv für Gyn.* Bd. XXXVI.

<sup>7)</sup> *Keith*. British Gynaecological Journal. 1882 г.

<sup>8)</sup> *Oplog.* Клиническій отчетъ о 200 чревосѣченіяхъ. Дисс. Спб. 1893 г.

<sup>9)</sup> Врачъ 1890 г.

сѣченій, среди которыхъ было 250 оваріотомій кисты широкихъ связокъ были въ 60 случаяхъ.

У проф. *Рейна* <sup>1)</sup> изъ 500 чревосѣченій, сдѣланныхъ имъ до 99 года оваріотомій было 332, въ числѣ которыхъ вошли и кисты широкихъ связокъ, а изъ ранѣ произведенныхъ имъ 310 чревосѣченій въ 26 случаяхъ были интралигаментарныя кисты.

У проф. *Сутушина* <sup>2)</sup> на 55 чревосѣченій, среди которыхъ было 35 оваріотомій, 5 разъ были кисты широкихъ связокъ.

*Цандеръ* <sup>3)</sup> на 35 чревосѣченій, изъ которыхъ было 16 оваріотомій, имѣлъ 3 интралигаментарныя кисты.

Такимъ образомъ видно, что въ среднемъ, которое можно вывести изъ вышеприведенныхъ цифръ, частота кистъ широкихъ связокъ сравнительно съ яичниковыми новообразованиями выражается въ 14,8%, а вообще съ другими опухолями женской половой сферы приблизительно въ 7,7%, такъ какъ большинство чревосѣченій имѣло конечною цѣлью чаще всего удаленіе какаго нибудь новообразования. По наблюденіямъ *Strüh* <sup>4)</sup> количество пароваріальныхъ кистъ къ яичниковымъ относится какъ 7:78. Въ общемъ цифры, указывающія количество кистъ широкихъ связокъ, оперированныхъ разными гинекологами, не особенно разнятся между собою. Маленькое несоотвѣтствіе въ этомъ можно объяснить, какъ простою случайностью, такъ и тѣмъ, что въ одну изъ статистикъ вышли всѣ вообще кисты широкихъ связокъ, въ другую только пароваріальныя, наконецъ у авторовъ прежняго времени могли быть погрѣшности въ распознаваніи этихъ опухолей. Такъ *Негаръ* <sup>5)</sup> по поводу этого говоритъ, что пароваріальныя кисты встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ, такъ какъ ихъ принимали нерѣдко за оваріальныя.

<sup>1)</sup> Обзоръ 310 чревосѣченій. Киев. 1892 г.

<sup>2)</sup> Врачъ 1891 г.

<sup>3)</sup> Врачъ 1890 г.

<sup>4)</sup> *Strüh*. Ueber cystische Geschwülste im Nebeneierstock. Jnaug. diss. реф. im Centralblatt 1886 г.

<sup>5)</sup> *Archiv für gyn.* Bd. X.

Но тут, конечно, неизвестно, намекает ли авторь этотъ на то, что допустимы были ошибки въ распознаваніи кистъ различныхъ только по своему генезу, а не по локализации, тогда подобныя ошибки не нарушали бы точности статистики въ нашихъ цѣляхъ, илѣ онѣ вообще допускаетъ иногда невозможность дифференцировать другъ отъ друга эти опухоли.

*Winckel* <sup>1)</sup> нашелъ на 450 вскрытій въ 25 случаяхъ кисты широкихъ связокъ, эта цифра безусловно почтенная, но тутъ рѣчь шла о кистахъ, клиническое значеніе которыхъ сводится къ нулю, такъ какъ величина самой большей изъ нихъ равнялась лѣнному орѣху, а потому онѣ могутъ имѣть лишь теоретическій интересъ. Хотя, съ другой стороны, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторевъ и такія кисты могутъ при различнаго рода условіяхъ еще неизвѣстныхъ достигнуть размѣровъ, когда потребуется вмѣшательство хірурга. Въ виду того, что вопросъ о происхожденіи кистъ широкихъ связокъ вообще и въ частности пароваріальныхъ является до настоящаго времени не вполне выясненнымъ, то мы позволяемъ себѣ нѣсколько остановиться на немъ.

Вопросъ о генезѣ кистъ въ области широкихъ связокъ, какъ самая существенная и интересная часть ученія объ этихъ опухоляхъ, привлекалъ къ себѣ всегда самое большее вниманіе всѣхъ изучавшихъ его и потому, естественнымъ образомъ, породилъ цѣлый рядъ гипотезъ, пытающихся такъ или иначе уяснить его. Несмотря на то, что, всякія теоріи въ этомъ направлеініи начали появляться почти съ половины прошлаго столѣтія, вопросъ этотъ до сихъ поръ еще не имѣетъ подъ собою твердой почвы, хотя, нужно сказать, въ общемъ большинство авторевъ согласны между собою. Прежде чѣмъ перейти къ изложенію теорій генеза данныхъ кистъ не лишнее будетъ сказать нѣсколько словъ объ анатоміи тѣхъ рудиментарныхъ органовъ, которые большинство авторевъ считаетъ за исходную точку развитія кистъ.

<sup>1)</sup> *Winckel* l. c.

При изслѣдованіи половыхъ органовъ зародыша можно замѣтить между листками широкихъ связокъ остатки Вольфова тѣла, состоящіе изъ 2-хъ частей, различныхъ по своей функціи: примордіально-почечной и половой. (Какъ ихъ впервые назвалъ *Waldeyer* <sup>1)</sup>). У мужчинъ отъ первой части получается придатокъ яичка—*epidymis*, а вторая превращается въ *corpus innominatum Giralde* или *Paraidymis*. У женщинъ эти органы съ началомъ внутробной жизни почти совершенно атрофируются. Но при болѣе тщательномъ анатомическомъ изслѣдованіи они могутъ быть найдены, какъ говоритъ *Славянский* <sup>2)</sup>, въ видѣ болѣе или менѣе хорошо сохранившихся железистыхъ канальцевъ, помѣщающихся между листками широкихъ связокъ. Лучше сохраняется половая часть Вольфова тѣла или придатко-яичниковая часть, *Rosenmuller* овскій органъ или наконецъ по номенклатурѣ *Waldeyer* 'а *eroorphogon*. Онъ находится у боковаго края трубы, между ней и яичникомъ, и состоитъ изъ одного главнаго канала, параллельнаго трубѣ, отъ котораго перпендикулярно къ нему отходятъ отъ 10 до 15 маленькихъ извитыхъ канальцевъ, направляющихся къ яичнику; стѣнки ихъ въ 0,05 мм. толщиною состоятъ изъ соединительной ткани съ пучками мышечныхъ волоконъ; наружный слой круговой, внутренней продольный, внутри онѣ покрыты мерцательнымъ эпителиемъ. По изслѣдованіямъ *Popoff* 'а <sup>3)</sup> просвѣтъ канальцевъ наполненъ гомогенною жидкостью, въ которой иногда видна небольшая зернистость; эпителий въ канальцахъ однослойный, цилиндрическій, высокій въ первые мѣсяцы утробной жизни и веретенообразный потомъ. Часть канальцевъ съ наступленіемъ внутробной жизни облитерируется, покровный эпителий безслѣдно исчезаетъ и на мѣстѣ канальцевъ замѣчаются только соединительно-тканные пучки. *Gebhard* <sup>4)</sup> нашелъ, что мускулатура стѣнокъ этихъ

<sup>1)</sup> *Waldeyer*. Eierstock und Ei. 1870 г.

<sup>2)</sup> *Славянский*. Кисты и кистомы яичника.

<sup>3)</sup> *Popoff*. Zar Morphologie und Histologie der Tuben und des Parovariums. Archiv. Fur Gun. Bd. 44.

<sup>4)</sup> *Gebhard*. Pathologische anatomie der weiblichen sexualorgane. 1899 г.

канальцевъ очень развита, за небольшими лишь исключениями, и онъ даже имѣлъ возможность прослѣдить, что мускульныя волокна распространяются съ наружныхъ стѣнокъ пароваріальной трубочки во всѣхъ направленіяхъ далеко въ ткань самихъ широкихъ связокъ; въ силу этого *Gebhard* дѣлаетъ предположеніе, что мускулатура *lig. latum* беретъ свое начало изъ этихъ волоконъ.

Примордіальная—почечная часть Вольфова тѣла, по *Waldeyer'sy* *ragoophoron*, находится между *epoophoron* и маткою и состоитъ изъ многихъ узкихъ анастомозирующихъ между собою канальцевъ, наполненныхъ эпителиальными клѣтками. Выводные протоки Вольфова тѣла, собственно Вольфовы ходы, сохраняются только въ своихъ начальныхъ частяхъ и состоятъ они, по *Kossmann'sy* <sup>1)</sup> изъ соединительно-тканной стѣнки съ однослойнымъ мерцательнымъ эпителиемъ; скудную мускулатуру онъ видѣлъ только около сосудовъ, питающихъ ихъ.

Среди теорій, предложенныхъ для выясненія гистогенеза разбираемыхъ опухолей можно поставить въ числѣ первыхъ, до послѣдняго времени не вызывающихъ существенныхъ возраженій, тѣ, которыя связаны съ именами *Virchow'sa* и *Waldeyer'sa*.

Первый еще въ 1847 году, какъ это было выше упомянуто, высказывалъ свою гипотезу объ этомъ вопросѣ такимъ образомъ: онъ различалъ нѣсколько видовъ кистъ широкихъ связокъ, но вообще упоминалъ только о такихъ, величина которыхъ была очень незначительна; по его мнѣнію, несмотря на то, что Вольфовы каналы, обыкновенно превращающіеся у мужчинъ въ *vas deferens*, а у женщинъ облитерируются, какъ само Вольфово тѣло, все-таки въ ткани широкихъ связокъ могутъ сохраниться нѣкоторые остатки ихъ, изъ которыхъ образуются потомъ кисты; онѣ могутъ достигнуть величины вишни не болѣе и потому имѣютъ лишь генетическій интересъ. Кромѣ того есть еще видъ кистъ очень небольшихъ, которыя

по своей локализациі соответствуютъ мѣсту, гдѣ лежитъ *Rosenmüller's* органъ между яичникомъ и трубою. У дѣтей онъ находилъ въ этой области маленькія кисты въ видѣ слѣпыхъ мѣшковъ, наполненныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, у взрослыхъ же онѣ были всегда облитерированы; объясняетъ онъ ихъ расширеніемъ канальцевъ Вольфова тѣла.

Впослѣдствіи *Virchow* отказался отъ этой теоріи, мотивируя тѣмъ, что не могъ подмѣтить никакой зависимости между возникающими въ области придатка яичника кистами и железистыми элементами этого органа, такъ какъ у взрослыхъ индивидовъ элементы эти всегда уже облитерированы и состоятъ только изъ соединительной ткани, а тѣмъ болѣе не можетъ быть рѣчи о такой натурѣ тѣхъ кистъ, которыя развиваются вдали отъ *ragovarium'sa*.

*Waldeyer* <sup>2)</sup> предложилъ совершенно своеобразную теорію для исторіи развитія этихъ кистъ. Прежде всего онъ допускалъ возможность, что онѣ отчасти могутъ происходить изъ *ragovarium'sa*; далѣе, исходя изъ того, что кисты эти встрѣчаются не только или, по крайней мѣрѣ, не всегда въ области придатка яичника, но и на всемъ протяженіи широкихъ связокъ, онъ существенное значеніе въ дѣлѣ возникновенія этихъ кистъ приписываетъ зачаточному эпителию, остатки котораго при эмбриональномъ развитіи могли затеряться въ листкахъ широкихъ связокъ и при дальѣйшемъ развитіи они могутъ образовать соединительную тканью со всѣхъ сторонъ и, такъ сказать, инкапсулироваться. Эти-то инкапсулированные остатки могутъ съ теченіемъ времени кистовидно переродиться и служить такимъ образомъ основаніемъ для подобнаго рода новообразованій. *Vernueil* <sup>1)</sup> считалъ *ragovarium* за исходную точку развитія этихъ кистъ, причемъ онъ дѣлилъ ихъ на двѣ группы; на кисты съ ножкой и кисты безъ

<sup>1)</sup> *Virchow* l. c.

<sup>1)</sup> *Waldeyer*. Ei und Eierstock. Eierstock und Nebeneierstock. Striker's Handbuch der Lehre von den Geweben Bd. I.

<sup>2)</sup> *Vernueil*. Mémoires de la société de chirurgie de Paris. 1857 r.

нея; по его наблюдениямъ перваго рода кисты болѣе способны къ лопанью, влѣдствіе возможности свободно растягиваться; кисты же безъ ножекъ, развиваясь между листками широкихъ связокъ, имѣютъ болѣе толстыя стѣнки и при медленномъ ростѣ могутъ долѣе существовать не лопаясь. Но, повидимому, онѣ имѣлъ въ виду кисты большія.

*Henle* <sup>1)</sup> описывая придатокъ яичника, между прочимъ говоритъ, что часто одинъ изъ канальцевъ удлиняется и расширение его слѣпного конца образуетъ кисту.

*Luschka* <sup>2)</sup> высказываетъ тотъ взглядъ, что Вольфовы ходы облитерируются вполнѣ до колбовиднаго конца ихъ, который часто можетъ образовать собою гидатиду, величиною отъ булавочной головки до вишни; эти расположены или на листкахъ широкихъ связокъ или на болѣе или менѣ длинныхъ ножкахъ внѣ ихъ. Изъ остатковъ раговаріума, который частью или совершенно подвергается обратному развитію, какъ рудиментарный органъ, могутъ развиться большія и малыя кисты.

*Förster* <sup>3)</sup> считаетъ источникомъ развитія часто бывающихъ на трубахъ и широкихъ связкахъ кистъ — остатки трубочекъ и канальцевъ фетальныхъ органовъ (раговаріума, Вольфовыхъ ходовъ и тѣла, Мюллеровыхъ канальцевъ). Прежде всего онъ упоминаетъ объ остаткѣ Мюллерова хода, часто выступающаго въ видѣ серозной кисты отъ булавочной головки до голубиного яйца величиною около бахромчатого края трубы. Кромѣ того онъ нерѣдко видѣлъ маленькія кисты, наполненныя серозною или коллоидною жидкостью, плоско сидящія или на ножкѣ въ области извитыхъ трубочекъ раговаріума. «Я часто, находилъ, какъ и многіе другіе наблюдатели, у взрослыхъ еще совершенно ясно эпителий въ трубочкахъ пароварія и видѣлъ развитіе кистъ во всѣхъ

стадіяхъ, начиная отъ веретенообразнаго наблюденія до осумкованной опухоли».

*Spiegelberg* <sup>1)</sup> полагаетъ, что наличность въ этихъ кистахъ мерцательнаго эпителия скорѣе всего говоритъ за происхожденіе ихъ отъ трубочекъ пароварія, въ которыхъ этотъ эпителий впервые былъ найденъ *Becker* омъ <sup>2)</sup>. *Veit* <sup>3)</sup> говоритъ, что изъ опухолей, встрѣчающихся въ широкихъ связкахъ, чаще всего бываютъ кисты, а эти въ свою очередь болѣею частью развиваются изъ трубочекъ раговаріума; трубочки эти покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ.

То обстоятельство, что на внутреннихъ стѣнкахъ кистъ широкихъ связокъ часто находятъ мерцательный эпителий, не отрицаетъ, по его мнѣнію, происхожденія ихъ отъ раговаріума, такъ какъ къ наступленію половой зрѣлости въ трубочкахъ придатка яичника можно найти рѣснитчатый эпителий.

Дальнѣйшій шагъ къ уясненію вопроса о возникновеніи кистъ широкихъ связокъ дѣлаетъ *Fabricius* <sup>4)</sup>; онъ считается со всевозможными видами кистъ, которыя только встрѣчаются въ этой области и различаетъ нѣсколько исходныхъ точекъ, изъ которыхъ онѣ могутъ развиваться.

По его мнѣнію встрѣчаются нерѣдко кисты, сидящія прямо на трубѣ приблизительно на ея серединѣ, однокамерныя, наружную стороною онѣ соприкасаются съ широкими связками, содержатъ свѣтлую жидкость и достигаютъ величины не болѣе перечнаго зерна. Далѣе онъ упоминаетъ о Морганіевой гидатидѣ, кистѣ измѣнчивой длины; величиною она обычно не превосходитъ вишневаго зерна. Развитіе ихъ нужно отнести на счетъ передняго конца Мюллерова канала. Кромѣ того есть еще кисты, по

<sup>1)</sup> *Henle*. Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen.

<sup>2)</sup> *Luschka*. Die Anatomie des menschlichen Beckens.

<sup>3)</sup> *Förster*. Handbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie.

<sup>1)</sup> *Spiegelberg* l. c.

<sup>2)</sup> *Becker*. Mollehot's Unters. zur Naturlehre Bd. II.

<sup>3)</sup> *Veit*. Die gynaecologische Diagnostik.

<sup>4)</sup> *Fabricius*. Archiv für Gynaecol. Bd. I. Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und dessen Umgebung.



ислѣдованіямъ *Fabricius*'а, со свойствами, идентичными первымъ изъ упомянутыхъ имъ, располагаются онѣ между трубами и выводными протоками зачаточной почки,—не указывая на ихъ происхожденіе, онъ отрицаетъ однако всякую генетическую связь ихъ съ ерооргономъ. Нѣкоторыя кисты, по мнѣнію этого автора, происходятъ изъ одного изъ канальцевъ *raoovarium*'а и развиваются межезачно, имѣютъ толстую стѣнку, серозное содержимое и внутри покрыты мерцательнымъ эпителиемъ—обыкновенно онѣ бывають не больше боба. «Какъ изъ *raoovarium*, такъ и изъ ерооргонон (номенклатура ерооргонон и *raoovarioon* *Waldeyer*'а не привилась и поэтому авторы часто смѣшиваютъ эти два термина, что имѣетъ здѣсь мѣсто), говоритъ *Fabricius*, могутъ образоваться кисты, безчисленныя трубочки его, согласно нормальному развитію, должны были бы открываться въ зародышевые выводные протоки, но вслѣдствіе ли образованія складокъ въ широкой связкѣ или какихъ либо другихъ причинъ онѣ затерялись въ ней», такимъ образомъ и можно объяснить, какъ образовавшіяся изъ этихъ остатковъ кисты попадають въ различныхъ мѣстахъ широкихъ связокъ. Онъ находилъ еще между листками широкихъ связокъ кисты вышиною съ голубиное или куриное яйцо, расположены эти кисты большей частью симметрично, т. е. въ обѣихъ широкихъ связкахъ по близости большихъ сосудовъ—онъ принимаетъ ихъ за сильно расширившіяся лимфатическія полости; при поперечныхъ срѣзахъ подъ микроскопомъ видно, что онѣ покрыты эндотелиемъ. Между прочимъ *Fabricius*, описывая одинъ видъ кистъ указываетъ на генетическую зависимость ихъ отъ такихъ случайныхъ этиологическихъ моментовъ, какъ предшествовавшее воспаленіе серозной оболочки, именно, онъ говоритъ «нѣкоторыя маленькія кисты, находящіяся подъ серозою трубы, широкой связки и матки, происходятъ такимъ образомъ, что подъ влияніемъ воспаленія, если оно развивается въ области серозы, эпителий начинаетъ расти, размножается и въ случаѣ очень энергичнаго роста, дѣло доходить до выпячиванія поверхности покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ и образованія эпите-

лиальныхъ заворотовъ, мѣшечковъ, которые можно найти подъ серозою, въ рыхлой клѣточной ткани и даже въ мускулатурѣ. Эти эпителиальные мѣшечки напоминають на разрѣзахъ железы. Въ дальѣйшемъ теченіи дѣло доходитъ до отнуровыванія ихъ, клѣтки выдѣляютъ секретъ и получаютъ кисты.»

*Olshausen* <sup>1)</sup> объясняетъ происхожденіе кистъ этой области такимъ образомъ; тѣ изъ нихъ, исходную точку развитія которыхъ можно отнести къ боковой части широкихъ связокъ, возникаютъ изъ половой части Вольфова тѣла—т. е. изъ пароварія, а развивающіяся въ срединной части широкихъ связокъ, ближе къ маткѣ, обязаны своимъ происхожденіемъ почечной части Вольфова тѣла—*raoovarioon*.

Одинаковое мнѣніе съ *Olshausen*'омъ высказываютъ и другіе авторы какъ-то: *Schroeder* <sup>2)</sup>, *Winckel* <sup>3)</sup>, *Scanzoni* <sup>4)</sup>, *Martin* <sup>5)</sup>, *Goodell* <sup>6)</sup> и друг.

*Gusserow* <sup>7)</sup>, считаетъ происхожденіе большинства кистъ широкихъ связокъ изъ пароварія очень вѣроятнымъ, но сомнѣвается въ возможности ихъ генеза изъ почечной части Вольфова тѣла, при этомъ онъ замѣчаетъ, что наличность въ такихъ кистахъ цилиндрическаго или мерцательнаго эпителия или особенностъ строенія стѣнокъ ихъ еще мало говоритъ за генетическую зависимость ихъ отъ пароварія—для этого требуется еще точныя исслѣдованія.

*Rosthorn* <sup>8)</sup> говоритъ, что подъ названіемъ кистъ широкихъ связокъ приурочены всевозможныя кистовидныя образованія, вѣроятно въ силу ихъ одинаковой локализациі, между тѣмъ какъ по анатомическому строенію, такъ и по своему генезу онѣ представляются совершенно различными опухолями. Онѣ почти всѣ обязаны своимъ происхожденіемъ тѣмъ рудиментарнымъ органамъ, остатки

<sup>1)</sup> *Olshausen* Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart. 1886.

<sup>2)</sup> *Schroeder* Handbuch der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 90.

<sup>3)</sup> *Winckel* l. c.

<sup>4)</sup> *Scanzoni*. Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorg.

<sup>5)</sup> *Martin*. Frauenkrankheiten.

<sup>6)</sup> *Goodell*. Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. Цит. по Centralblatt 1888 г.

<sup>7)</sup> *Gusserow*. Ueber cysten des breiten Mutterbandes. Archiv für Gyn. Bd. IX.

<sup>8)</sup> *Rosthorn*. Veit. Handbuch der Gynaecologie 1890 г.

которых можно найти на широких связках. На первом мѣстѣ нужно поставить извѣстныя пароваріальныя кисты, такъ какъ онѣ чаще всего встрѣчаются и, достигая замѣтной величины, представляютъ больше другихъ клинической интересъ. Этотъ видъ кистъ происходитъ изъ *epoorrhoea*, придатка яичника. При тщательномъ изслѣдованіи кромѣ того всегда можно найти на широкихъ связкахъ маленькія кисты, которыя однако не имѣютъ особеннаго значенія, вслѣдствіе своей величины и очень ограниченнаго стремленія расти. Чаще всего такія новообразованія находятся на трубахъ; по *Rosthorn*'у въ нихъ не всегда можно найти мерцательный эпителий, не онъ объясняетъ это тѣмъ, что жидкость находящаяся въ нихъ съ повышеніемъ давленія можетъ сдѣлать его въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣе плоскимъ или заставить совсѣмъ исчезнуть. *Rosthorn* упоминаетъ еще о такихъ же новообразованіяхъ, которыя находятся въ области трубы около самой матки или по боковому краю ея—по всей вѣроятности онѣ происходятъ изъ Вольфовыхъ ходовъ. Въ наружной половинѣ широкихъ связокъ встрѣчаются еще маленькія, съ булавочную головку величиною, желтоватаго цвѣта узелки, которые представляютъ собою ничто иное, какъ добавочныя надпочечныя железы, каковое происхождение ихъ точно установлено было *Marchand*'омъ<sup>1)</sup> и вслѣдствіемъ еще *Chiari*<sup>2)</sup> и *Ulrich*'омъ<sup>3)</sup>. По наблюденіемъ *Meyer*'а<sup>4)</sup> случаи существованія въ области широкихъ связокъ этихъ заблудившихся, если такъ можно выразиться, добавочныхъ надпочечныхъ железъ совсѣмъ не такъ рѣдки, какъ это прежде думали, онъ находилъ ихъ у дѣтей въ 8 случаяхъ изъ 100. *Rosthorn*, присоединяя къ мнѣ-

<sup>1)</sup> *Marchand*. Ueber accessorische Nebennieren im lig. latum. Arch. für path. Anatomie und Physiol. 1883 г.

<sup>2)</sup> *Chiari*. Zur Kenntniss der accessorische Nebennieren des Menschen Zeitschrift für Heil. K. 1884. V.

<sup>3)</sup> *Ulrich*. Anatom. Untersuchungen über ganz und part. verlagerte acc. Nebennieren. Ziegler's Beiträge Bd. XVIII.

<sup>4)</sup> *Meyer*. Accessorische Nebennieren im lig. latum. Zeitschrift für Geb. Bd. XXXVIII.

нію этихъ авторовъ, останавливается на той мысли, не могутъ ли и большія опухоли широкихъ связокъ имѣть исходною точкою своего развитія эти разсѣянныя подточечныя железы; но при этомъ онъ вноситъ тотчасъ-же поправку въ томъ смыслѣ, что подобная теорія требуетъ точныхъ изслѣдованій и является такимъ образомъ вопросомъ будущаго.

*De Synéty*<sup>1)</sup> считаетъ очень сомнительнымъ происхождение такъ называемыхъ пароваріальныхъ кистъ отъ пароварія и какъ бы вскользь высказываетъ мысль, не могутъ ли играть какую нибудь роль въ генезѣ этихъ кистъ прибавочныя яичники (которые встрѣчаются въ 4—5 случаяхъ на 100).

Въ новѣйшее время выступилъ *Kossmann*<sup>2)</sup> со своими совершенно оригинальными взглядами на вопросъ о генезѣ кистъ вообще, а главнымъ образомъ пароваріальныхъ. И такъ какъ смѣлѣе воззрѣнія его поколебали нѣсколько прежде существовавшія теоріи, то, конечно, онъ вызвалъ этимъ довольно оживленную полемику.

*Kossmann* въ своихъ изслѣдованіяхъ пришелъ къ тому выводу, что, такъ называемыя, пароваріальныя кисты, достигающія болѣе или менѣ большихъ размѣровъ, съ серознымъ содержимымъ, выстланныя мерцательнымъ эпителиемъ, по его мнѣнію, гистологически не отличаются отъ существующихъ иногда въ широкихъ связкахъ добавочныхъ трубъ (*accessorische Nebentuben*) и представляютъ собою кистовидное перерожденіе этихъ послѣднихъ. Это свое положеніе онъ пытается доказать на основаніи двухъ слѣдующихъ фактовъ: стѣнки этихъ пароваріальныхъ кистъ, отъ которыхъ легко можно отдѣлить покрывающій ихъ листокъ широкой связки, состоятъ не изъ соединительной ткани, какъ думали всѣ предшествовавшіе изслѣдователи, но изъ компактнаго сплетенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ, что онъ доказываетъ препаратами; онѣ сохраняютъ

<sup>1)</sup> *De Synéty*. Traité pratique de gyn. et des maladies des femmes.

<sup>2)</sup> *Kossmann*. Martin Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebennierstöcke 1899 г. und Zeitschrift für geb. Bd. XXXI.

кромѣ того слѣды продольныхъ складокъ съ мерцательнымъ эпителиемъ; что характерно какъ для главной, такъ и для добавочныхъ трубъ. Эти кисты онъ предлагаетъ назвать *hydrorparasalpingen*; тѣмъ кистамъ, похожимъ на пароваріальныя, въ стѣнкахъ которыхъ находили неизмѣненныхъ придатокъ яичка, въ силу чего происхождение ихъ относили на счетъ *paroophoron*, онъ даетъ то-же самое названіе. *Kossmann* убѣжденъ, что пароваріальная трубочка, при тщательномъ изслѣдованіи, можно всегда найти въ капсулѣ *hydrorparasalpingen* и онъ принадлежитъ не собственной стѣнкѣ кисты, что должно было бы быть, если-бъ кисты происходили изъ расширения одной изъ трубочекъ пароваріи, но листкамъ широкой связки, на которыхъ онѣ всегда остаются по вылученіи изъ нихъ кисты. *Kossmann* говоритъ, что онъ допустилъ бы для *eroophoron* роль исходной точки для развитія этихъ кистъ, если бы ему доказали, что стѣнки пароваріальныхъ трубочекъ обладаютъ секреторными способностями, но оно уже потому невѣроятно, что тогда бы всегда во всѣхъ случаяхъ *parovagium* должно было бы претерпѣвать кистовидное перерожденіе, такъ какъ онъ не знаетъ, чтобы пароваріальныя трубочки имѣли какое нибудь сообщеніе, съ внѣшнимъ міромъ, или съ брюшиною полостью, или съ какою нибудь другою полостью, а разъ этого нѣтъ, то значить непременно накопленіе въ нихъ секрета рождало бы кисту. Невозможно даже предположить, продолжаетъ *Kossmann*, чтобы при существованіи какихъ нибудь воспалительныхъ или другихъ процессовъ секреторная способность въ нихъ какимъ нибудь образомъ проявлялась въ болѣе сильной степени, такъ какъ часто находили кисты очень большихъ размѣровъ, безъ участія какихъ бы то ни было патологическихъ измѣненій, и съ другой стороны часто бывающіе въ этой области воспалительные процессы не влекутъ за собою появленія кистъ. Единственно *glomeruli* обладаютъ этою способностью, но онѣ бесслѣдно исчезаютъ, *parovagium* же, *paroophoron*, гертнеровы каналы, это выводные протоки, и въ силу этого они никогда не обладали тѣмъ болѣе въ состояніи своего обрат-

наго развитія секреторными функціями, да кромѣ того не имѣютъ для того достаточно хорошую сосудистую систему. Дальнѣйшія его основанія отрицать всякую генетическую стязь пароваріальныхъ кистъ отъ придатка яичника заключались въ томъ, что пароваріальныя трубочки, по его наблюденіямъ, не имѣютъ собственной мышечной оболочки и мерцательнаго эпителия, и такъ какъ *parovagium* органъ рудиментарный, то онъ не допускаетъ ни малѣйшей возможности для него продуцировать такія большія кисты, какъ это часто встрѣчается; кромѣ того онъ, по его мнѣнію, имѣютъ часто ножку. На встрѣчу его совершенно своеобразнымъ гипотезамъ выступилъ *Ruge*<sup>1)</sup>, не признавшій никакой зависимости между пароваріальными кистами и добавочными трубками, затѣмъ и *Gebhard*<sup>2)</sup>; послѣдній заявилъ, что большинство интралигаментарныхъ кистъ, однополостныхъ, съ жидкимъ содержимымъ непременно происходятъ отъ *parovagium* и наличность въ нихъ мерцательнаго эпителия подтверждаетъ только этотъ ихъ генезъ, такъ какъ онъ самъ не разъ имѣлъ возможность наблюдать въ пароваріальныхъ трубочкахъ мерцательный эпителий. Относительно того вопроса, насколько *parovagium*, будучи рудиментарнымъ органомъ, можетъ служить исходнымъ пунктомъ развитія такихъ большихъ пароваріальныхъ кистъ, *Gebhard* противопоставилъ ему его же взглядъ на *Nebentuben*, такой же рудиментарный органъ, который будто бы способенъ быть генетическимъ моментомъ для тѣхъ же опухолей. Еще болѣе слабое мѣсто *Kossmann* въ отрицательномъ доказательствѣ происхожденія этихъ кистъ отъ *parovagium*—это часто будто бы встрѣчающаяся наличность ножки у этихъ кистъ, *Gebhard* отвергъ тѣмъ правильнымъ возраженіемъ, что, собственно, анатомической ножки у такихъ опухолей не наблюдается; происхожденіе же ея только лишь искусственное.

<sup>1)</sup> *Ruge*. Centralblatt 1894. Polemisches die Pathologie des Parovarium's betreffend.

<sup>2)</sup> *Gebhard*. Centralblatt 1894 I. c.

*Nagel* <sup>1)</sup> тоже полемизируя по этому поводу, держится того взгляда, что простые кисты, съ жидкимъ серознымъ содержимымъ, съ правильнымъ расположеннымъ низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, обязаны своимъ генезомъ рагоорогоноу почечной части Вольфова тѣла, другія же, покрытыя мерцательнымъ эпителиемъ, кистовидныя образования происходятъ изъ половой части, изъ раговаріума. Найденныя на стѣнкахъ кистъ гладкія мышечныя волокна принадлежатъ, по его мнѣнію, широкимъ связкамъ, какъ ихъ нормальная принадлежность. Но въ кистахъ большого калибра стѣнки такъ тонки, что трудно вообще найти какую нибудь мускулатуру.

*Phannenstiel* <sup>2)</sup> лишь считаетъ возможнымъ, допустимымъ взглядъ *Kossmann*'а, въ послѣднее время еще подтвержденный *Ampf* омъ <sup>3)</sup> постольку, поскольку *Nebentuben* могутъ быть истиннымъ развитіемъ маленькихъ на ножкѣ, сидящихъ кистъ въ области *ala vesperilionis*, но не для всѣхъ; а тѣмъ болѣе большихъ, которыя, по его мнѣнію, развиваются исключительно почти изъ трубочекъ *epoorogon*'а.

*Recklinghausen* <sup>4)</sup>, въ самое послѣднее время изслѣдуя стѣнку пароваріальной кисты имѣлъ возможность блестящимъ образомъ убѣдиться въ присутствіи пароваріальныхъ трубочекъ не только въ наружномъ слоѣ стѣнки, но и во внутреннемъ, гдѣ онъ даже ясно видѣлъ сообщеніе просвѣта такой трубочки съ самою полостью кисты. Это послѣднее обстоятельство вселило въ него твердое убѣжденіе въ гистогенетической зависимости этихъ кистъ отъ раговаріума.

Этимъ исчерпываются взгляды большинства авторовъ, изслѣдовавшихъ вопросъ о кистахъ широкихъ связокъ съ этой точки зрѣнія и если не упомянуты еще многія имена,

<sup>1)</sup> *Nagel*, Centralblatt 1894, I. c.  
<sup>2)</sup> *Phannenstiel*. Die Geschwülste des Nebencierstocks. Die Erkrankungen des Eierstockes und des Nebencierstockes, in Veit's Handbuch der gynecologie.  
<sup>3)</sup> *Ampf*. Zur Histologie des Parovarium und der Cysten des lig. latum. Centralblatt für Gun. 1895 r.  
<sup>4)</sup> *Recklinghausen*. Die Adenomyome und Cystoadenoma, Berlin 1896 r.

то только потому, что въ общемъ они высказывали гипотезы совершенно аналогичныя съ нѣкоторыми изъ приведенныхъ и потому ничего характернаго, существенно интереснаго не представляютъ.

Сопоставляя теперь вмѣстѣ всѣ эти теоріи, невольно рождается вопросъ, кто изъ авторовъ былъ ближе всѣхъ къ истинѣ. Относительно происхожденія тѣхъ маленькихъ кистъ, которыя очень часто встрѣчаются по всей области широкихъ связокъ, такъ какъ онѣ представляютъ, какъ это само собою понятно, только лишь теоретической интересъ, всѣ авторы высказываются какъ бы вскользь, не долго останавливаясь, и на этой почвѣ особенныхъ спорныхъ пунктовъ нельзя отмѣтить. Въ вопросѣ же о тѣхъ большихъ одностороннихъ съ серознымъ содержаніемъ кистахъ, хотя и громадное большинство изслѣдователей пришло къ заключенію о ихъ зависимости въ исторіи развитія отъ раговаріума, на чемъ и основано данное имъ и до сего времени удерживающееся названіе «пароваріальныхъ», но все-таки явились противники этого ученія, въ числѣ которыхъ можно назвать *de Synéty*, *Kossmann* и друг. Быть можетъ въ будущемъ дальнѣйшія изслѣдованія оправдаютъ и докажутъ правильность этихъ взглядовъ, но въ настоящее время эти попытки отрицать совершенно участіе въ генезѣ раговаріума и во влеченіе въ эту роль добавочныхъ трубъ—кажутся нѣкоторымъ насиліемъ надъ истинною, чѣмъ и можно объяснить ту горячую оппозицію, которую вызвалъ *Kossmann* по обнародованіи своихъ изслѣдованій. Сомнѣніе это можетъ ужъ явиться потому; 1) что статистика съ одной стороны даетъ довольно большой процентъ заболѣваній этими кистами широкихъ связокъ, съ другой стороны *Nebentuben* находили одинъ, два автора и то подъ вопросомъ, какъ сами нѣкоторые изъ нихъ говорили. 2) За пароваріальный гистогенезъ говорить какъ ихъ локализція, довольно точно установленная, и анатомическое строеніе, такъ и громкія имена многихъ авторитетовъ; наконецъ и послѣднее изслѣдованіе *Recklinghausen*'а, которому очень серьезное значеніе придаетъ

и *Gebhard* 1) только лишній раз подтверждает это. Изъ факторовъ, имѣющихъ второстепенное значеніе въ развитіи кисты широкихъ связокъ, которые являются предрасполагающими, благоприятствующими моментами нужно указать на возрастъ больныхъ, общую конституцію организма, ту или другую дѣятельность половой сферы и т. д.

Относительно возраста *Winckel* говоритъ, что излюбленнымъ являются преимущественно годы половой дѣятельности, въ періодъ же менопаузы заболѣванія эти встрѣчаются сравнительно рѣдко. По *Olshausen*у чаще всего бываютъ эти кисты въ первые годы половой дѣятельности, по *Rhannenstiel*у въ эпоху 3-го и 4-го десятилѣтія. У *Koerberle* была больная въ возрастѣ 15 лѣтъ, съ другой стороны въ клиникѣ проф. Лебедева была больная 68 лѣтъ. Изъ статистики *Prochownik*'а изъ 24-хъ случаевъ 15 приходится на возрастъ до 30 лѣтъ и одинъ только случай въ періодъ климактеріи. Изъ собранныхъ *Terrillon*омъ случаевъ на зрѣлый въ половомъ отношеніи возрастъ приходится 39 изъ 66 при условіи, что въ 14 случаяхъ возрастъ былъ неизвѣстенъ. Изъ статистики *Lawson Tait*'а видно, что изъ 102 случаевъ 28 заболѣваний были въ возрастѣ 20—30 лѣтъ, 31 въ возрастѣ 20—30 лѣтъ, 31 въ возрастѣ 30 и 40 лѣтъ, 24 между 40 и 50 годами.

У *Struh* изъ 6 больныхъ 5 были въ возрастѣ 20—35 лѣтъ. У *Olshausen*'а на возрастѣ до 20 лѣтъ приходится 2 случая, отъ 20—25 лѣтъ 8 случаевъ, 6 до 30 лѣтъ, 11 до 40 и 5—свыше 40. Нашъ казуистическій матеріалъ изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Лебедева даетъ такія цифры: изъ 41 больной 10 были въ возрастѣ между 20—30 годами; 11 между 30 и 40; 15 между 40 и 50, причемъ 12 случаевъ изъ нихъ падаетъ на первое пятилѣтіе; 2 между 50—60; наконецъ 3 между 60 и 68 годами. Такимъ образомъ мы видимъ, что никакой почти возрастъ не составляетъ исключенія, развѣ только ранній дѣтскій, и что въ нашихъ слу-

1) *Gebhard* l. c.

чаяхъ большій процентъ заболѣванія далъ возрастъ между 40 и 50 годами, что не отвѣчаетъ наблюденіямъ *Olshausen*'а, но приближается больше къ таковымъ *Phannenstiel*'я.

По сколько вліяетъ на возникновеніе заболѣваній дѣятельность половой сферы, трудно сказать что нибудь определенное, но нѣкоторую параллель съ возрастомъ можно провести; такъ изъ вышеприведенныхъ статистическихъ свѣдѣній получается, что изъ 133 случаевъ заболѣваній на замужнихъ женщинъ приходится 86 изъ нихъ 14 были стерильны; по наблюденіямъ de *Sunty*, заболѣванія чаще бываютъ у стерильныхъ женщинъ. Въ нашемъ матеріалѣ изъ 41 случая мы имѣемъ 35 замужнихъ женщинъ, изъ нихъ 16 имѣли беременность и роды:

I парае . . . . .	7	больныхъ
II „ . . . . .	3	„
III „ . . . . .	2	„
IV „ . . . . .	1	„
V „ . . . . .	2	„
XII „ . . . . .	1	„

Также не поддается наблюденію то обстоятельство, имѣетъ ли какое нибудь замѣтное вліяніе, хотя даже отдаленное, общее состояніе на развитіе данныхъ опухолей: указаній въ литературѣ въ этомъ направленіи никакихъ не имѣется, можно лишь сдѣлать общее предположеніе, что всякій вообще болѣе слабый организмъ представляетъ *locus minoris resistentiae* для всевозможныхъ патологическихъ измѣненій въ тканяхъ.

Переходя теперь къ оцѣнкѣ клинической стороны этого вопроса, мы представимъ сначала этотъ матеріалъ, на основаніи котораго нами сдѣланы наблюденія надъ этою формою заболѣванія.

## ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

## № 1.

25 октября 1884 года прибыла в клинику больная Е. Г. съ жалобой на боли внизу живота и поясницъ и частые позывы на мочеиспускание. Считаетъ себя больною 9 мѣсяцевъ, именно съ того момента, какъ она упала спиною на тротуаръ. Е. Г., 35 лѣтъ отъ роду, уроженка г. Москвы, по занятію швея. 1 *menstrua*— на 15 году; до заболѣванія онѣ были всегда правильны, появляясь по типу 3 нед., 5—6 дней. Со времени настоящаго заболѣванія начали приходиться раньше—черезъ 2 недѣли, продолжаясь 2—3 дня. Замужемъ больная не была и беременностей не имѣла. Изъ прежде бывшихъ заболѣваній указывать на воспаление почек, которое она перенесла 4 года тому назадъ.

Больная средняго роста и тѣлосложенія, слабо упитана и очень малокровна. Объемъ живота на взглядъ значительно увеличенъ. Размеры его слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка—72, наибольшая—80; отъ пупка до мечевиднаго отростка—19, до лоннаго соединенія—21,5, до правой *sp. il. ant. sup.*—18, до лѣвой—17 *cm*. При пальпации живота опредѣляется флюктуирующая эластичная опухоль, гладкой поверхности. Верхняя граница ея стоитъ пальца на 3 выше пупка, нижній же сегментъ скрывается въ полости малого таза. Она свободно подвижна справа на лѣво, но въ направленіи снизу въ верхъ подвижность ея значительно ограничена. При перкуссии по всей поверхности опухоли тупой тонъ, переходящій по бокамъ и кверху въ тимпаническій. *Per vaginam*: *portio vaginalis* опредѣляется сильно смѣщеною вверхъ и влѣво, укорочена, цилиндрической формы. Матка слегка увеличена, плотна, безболѣзненна, въ положеніи *anteversio*, подвижность ея довольно ограничена. Длина полости—8 *cm*. Правый и задній своды сильно растянуты и выполнены эластическою опухолью, съ ясною флюктуацией и нечувствительною,—при изслѣдованіи; справа граница этой опухоли достигаетъ *lin. inno.*, а слѣва непосредственно приближается къ поверхности матки. Констатированное отношеніе опухоли къ маткѣ подтвердилось и изслѣдованіемъ по методу *Neega's*, такъ какъ величина передвиженія опухоли черезъ брюшныя покровы равно отражалась на маткѣ, движущейся въ томъ же направленіи.

Диагнозъ.—*Cystoma ovarii dextri intraligamentosum* \*). Установивши на данныхъ изслѣдованія интралигаментарную опухоль, по ея отношенію къ маткѣ и около лежащимъ органамъ, ясно было уже и тогда, что удалить эту опухоль цѣлкомъ не представлялось возможнымъ. Въ виду этого профессоръ Лебедевъ, основываясь на соображеніяхъ, приведенныхъ въ вышеупомянутой его статьѣ, рѣшилъ примѣнить свой методъ оперативной помощи, доселѣ еще не практиковавшійся, а именно: резекціи возможно большей поверхности кисты и перевязку питающихъ опухоль сосудовъ. Такъ какъ необходимымъ условіемъ этого приема было серьезное сокращеніе кисты, то наканунѣ операциі сдѣлана была пробная пункция. Выпущенная жидкость оказалась, какъ это и было предположено, совершенно прозрачна, почти безъ форменныхъ элементовъ, серьезнаго характера.

Операциа произведена 21 ноября 1884 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи разрезомъ, идушимъ отъ пупка къ лонному соединенію.

Передняя стѣнка кисты пунктирована и вынучено 1650 к. ц. прозрачной, серозной жидкости. Спаянная опухоль была изслѣдована рукою, при чемъ оказалось, что стѣнки ея совершенно гладки и что она лежитъ между листками правой широкой связки, доходя съ одной стороны до правой безымянной линіи, а съ другой—непосредственно прилегая къ правому углу матки. По передней поверхности опухоли тянется расширенная и наполненная жидкостью правая Фаллопиева труба. Этимъ же изслѣдованіемъ констатировано, что дно опухоли подходит къ самому своду влагалища и прилежитъ тѣсно ко всему правому краю матки. Такъ какъ при такихъ анатомическихъ отношеніяхъ опухоли вылушеніе ея не представляется возможнымъ, безъ риска ранить вылушеніе ея не представляется возможнымъ, безъ риска ранить окололежащія части, рѣшено было примѣнить предположенный ранѣ методъ операциі. Стѣнка кисты, насколько возможно, была ампутирована, причемъ по мѣрѣ удаленія оставшіеся участки были захватываемы въ Т-образные пинцеты. Вслѣдъ затѣмъ губками удалена оставшаяся въ полости матки серозная жидкость и приступлено къ обкалыванію краевъ неудаленной части кисты. Швы при этомъ накладывались такимъ образомъ, что каждымъ послѣдующимъ швомъ захватывался участокъ ткани, уже перевязанный предыдущимъ швомъ. Получилась непрерывная цѣпь, которую свободные края остатка кисты бытъ

\*) Случай этотъ подробно изложенъ въ статьѣ профессора Лебедева «Клиническія оперативнаго леченія интралигаментарныхъ кистъ» (Еж. Клинич. газ. 1885 г. № 5).

притянуты такимъ образомъ, что культи напоминала собою шейку не совсѣмъ стянутаго киста. Отверстіе, оставленное между стянутыми такимъ образомъ краями, было настолько мало, что пропущено 1 палецъ. — Окончивши съ обкалываніемъ, внутренняя поверхность кисты была обсыпана іодоформомъ и приступлено къ перевязкѣ сосудовъ. *Art. spermatica* была опунана въ *lig. pelvisum* и оказалась значительно утолщеною. На нее наложены 2 лигатуры, зачѣмъ захвачены въ одну глубокую лигатуру вѣтви *art. uterinae* въ области праваго угла матки выѣтъ съ правой Фаллопиевой трубой. Брюшная рана зашита глубокими и поверхностными швами и наложена повязка. Операция длилась 1 ч. 15 м.

Состояніе больной въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ было довольно удовлетворительно. Температура держалась между 36,4 и 38°, пульсъ не превышалъ 90 въ минуту. Единственно, что можно было отмѣтить, какъ выдающееся, это упорная вѣкота, не покидающая больную даже во время сна. Въ теченіе вторыхъ сутокъ, однако, появилось нѣкоторое затрудненіе глотанія, которое на 3 сутки развилось на столько, что больная не могла переносить даже мысли объ этомъ. Температура держалась ниже 38,0, пульсъ около 100. Животъ не вздутъ, не чувствителенъ. Къ вечеру 3 дня былъ замѣченъ парезъ всей лѣвой половины тѣла и разница въ температурѣ правой и лѣвой половины тѣла. Все эти явленія рѣзко усилились въ теченіе 4 сутокъ. Приглашеннымъ специалистомъ было констатировано параличъ верхней и нижней лѣвыхъ конечностей съ полною потерю сухожильныхъ рефлексовъ, парезъ *n. facialis* и повышенную болевую чувствительность пораженной стороны тѣла. На основаніи этихъ данныхъ имъ былъ поставленъ діагнозъ: ограниченный процессъ въ правой половинѣ продолговатаго мозга выше перекрестка *n. facialis*. Въ теченіи 4-хъ сутокъ пульсъ поднялся до 120, при чемъ температура оставалась ниже 38,0. На 5 сутки пульсъ дошелъ до 150 ударовъ въ минуту, температура доходила до 39,1. Въ 4 часа на 6 день послѣ операціи больная умерла.

Вскрытіе дало слѣдующее: на днѣ 4 желудка съ правой стороны эпидима размячлена на пространствѣ  $\frac{1}{2}$  квадратнаго сантиметра; она буроваго цвѣта. Размягченіе распространяется и на вещество мозга. Со стороны органовъ брюшной полости ничего патологическаго незамѣчено. Брюшная рана склеена на всемъ протяженіи. *Peritoneum* нормальнаго блеска. Эксудата въ брюшной полости нѣтъ. Матка отклонена влѣво. Справа отъ нея остатокъ спаившагося мѣшка кисты широкой связки. При оттягиваніи стѣнокъ мѣшка одной отъ другой замѣтны перепонки, пересекающія полость въ разныхъ направленіяхъ.

Большая, княжна Т., поступила въ клинику 28 сентября 1885 г. съ жалобой на опухоль живота и боли внизу его. Большая дѣвица, 33 лѣтъ, уроженка Тифлиса. Первые регулы — на 17 году. Обыкновенно появлялись черезъ 3 недѣли по 7 дней, за время болѣзни продолжаютъ только по 3 дня. Больна 2 года, когда она впервые замѣтила опухоль въ правой половинѣ живота, величиною въ яблоко.

Брюнетка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Животъ рѣзко увеличенъ. Окружность его на уровнѣ пупка—84, наибольшая 90, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка 15, до лоннаго соединенія—22, до правой *sp. il. ant. sup.* 21, до лѣвой—18 $\frac{1}{2}$ . При опущиваніи живота опредѣляется опухоль, занимающая низъ живота и главнымъ образомъ правую его сторону. Она неравномерно плотна, ограниченно-подвижна. При опущиваніи опухоли получаютъ явленія крепитанціи. При перкуссии въ области опухоли тупой тонъ. Наружные органы нормальны для *puella intacta*. При изслѣдованіи *port. vaginalis* обращено впередъ, конической формы. Матка въ anteflexio, смѣшена влѣво, мало подвижна. Въ правомъ сводѣ—segmentъ упомянутой выше опухоли.

Діагнозъ.—*Cystoma ovarii dextri intraligam.* 26 октября 1885 г. произведена операція. Брюшныя стѣнки вскрыты по *lin. alba*, начиная пальца на 3 выше пупка и обходя его слѣва до *symphysis*. Опухоль опорожнена отъ содержимаго. Такъ какъ оказалось, что опухоль близко подходитъ къ слѣвой кишкѣ и прилегаетъ довольно тѣсно къ боковой стѣнкѣ матки,—сначала приступлено къ отдѣленію ея отъ слѣвой кишки. Здѣсь наложено пять лигатуръ, послѣ чего дно кисты вылучено изъ широкой связки и приподнято. Ниже этого мѣста на широкую связку наложена двойная лигатура и она перевязана въ два пучка. Операция длилась 1 час. 50 м.

Послѣоперационное теченіе вполне нормально, безъ лихорадки. На 10 день сняты швы; срощеніе полное. На 24-й день больная выпущена здороваго.

Выпущенная жидкость коллоиднаго характера, въ размѣрѣ 3540 к. с. Въся плотная часть опухоли 480.

Больная М. П. прибыла въ клинику 11 декабря 1885 года съ жалобой на боли внизу живота и поясницѣ, во временахъ отданія въ правую ногу до колѣна. Она 25 лѣтъ отъ роду, крестьянка Олонецкой губерніи, въ Петербургѣ живетъ уже нѣсколько лѣтъ,

кухарка. Первые месячные явилась на 17 году. В дальнейшем они правильно появлялись через каждые 3 недели, продолжались по 6 дней. Характер их не изменился и за время болезни. Большая 2-й год замужем; беременной не была. До настоящего заболвания, появившегося, по ее словам, около 4 недель тому назад, М. П. всегда была здорова. Увеличение живота замечала раньше, но не придавала этому значения и потому точно времени появления опухоли указать не может.

Болезнь среднего роста и телосложения, анемична. При ощупывании живота определяется опухоль, эластической консистенции, простирающаяся вверх на 16 см. от лонного соединения и имеющая наибольший поперечный размер 12 см.; подвижность ее справа налво и в особенности кверху очень ограничена. Чувствительность при ощупывании живота заметна только в паховых областях и больше на правой стороне. Размеры живота следующие: окружность на уровне пупка — 70, наибольшая — 75; расстояние от мечевидного отростка до пупка 17, от пупка до лонного соединения 17, — до правой *sp. ilei. ant. sup.* — 14, до левой — 14. При перкуссии тупой тонь по всей поверхности опухоли.

Наружные половые органы нормального вида. При исследовании *per vaginam*: матка нормального объема (длина полости 7,5 см.), плотна, почти неболезненна при давлении, мало подвижна; определяется смещенною в левую сторону. *P. vaginalis* конической формы, нормального объема. В левом своде определяется несколько увеличенный и болезненный яичник. Все остальные своды заняты опухолью, эластической консистенции, неболезненною при давлении. Граница между опухолью и маткою выражается незначительной бороздой, которая тянется по всему правому краю матки. Приподнимая опухоль кверху через брюшные покровы — движение ее резко отражается на матке, — перегибается в том же направлении. — При исследовании грудных органов отклонений не найдено.

Основываясь на вышеприведенных данных исследования, был поставлен диагноз паровариальной кисты, развившейся в правой широкой связке, и большой предложена операция. — В течение дальнейшего наблюдения температура больной все время оставалась нормальной. Операция произведена при обычно установленных в клиникѣ мѣрах антисептики 15 января 1886 года.

Брюшная стѣнка вскрыта по белой линии разрезомъ в 14 см. длиною и подлежащая въ разѣ стѣнка кисты пунктирована троакаромъ среднего размера. Выпущенная жидкость, въ размѣрѣ 1400 в. д., серознаго характера, свѣтла, прозрачна. Исследую спавшуюся опухоль, оказалось, какъ это и прежде предположено, что киста

помѣщается справа отъ матки, вдаваясь между листками правой широкой связки въ глубину праваго свода и смѣшая матку сильно въ лѣвую сторону. Правая фаллопиева труба тянется по задней поверхности опухоли, тамъ же определяется и правый яичникъ. Сросеній съ соприкасающимися органами нѣтъ. На *ligam. lat.* параллельно правому краю матки между этимъ послѣднимъ и стѣнкою кисты проложены двойныя лигатуры. Вслѣдъ за этимъ рукою захвачено дно кисты и произведено вылуценіе глубоко лежащаго отрѣзка ее. На образованную, такимъ образомъ новую, состоящую изъ дупликатуры широкой связки, наложена двойная лигатура, опухоль была отрѣзана. Ниже этихъ лигатуръ лѣткі широкой связки были обколоты еще 8 швами, часть же *ligamenti*, лежащая выше лигатуръ, отрѣзана. Такъ какъ киста помѣщалась глубоко между листками широкой связки, то ниже предыдущаго ряда лигатуръ для закрытія могущей образоваться тамъ полости наложено еще рядъ въ 4 шелковыхъ лигатуръ. — Брюшная рана зашита 7 глубокими и 7 поверхностными швами и наложена повязка. Операция длилась около 1 ч.

Послеоперационное состояніе прошло безъ всякихъ осложненій. Температура оставалась все время нормальной (высшая 37,7 на 2 день послѣ операціи), пульсъ не превышалъ 70 ударовъ въ минуту. На 7 день послѣ операціи показались крови, длившіяся 4 дня. На 10 день сняты швы. Сроеніе брюшной раны *per primam* на всемъ протяженіи. На 27 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполне хорошо. Исследованіемъ при выпискѣ определено: матка нормальной величины, въ *anteflexio*, слегка чувствительна, подвижна. Въ правомъ сводѣ прощупывается уплотненіе, величиною въ небольшое куриное яйцо, слегка чувствительное при давлении. Остальные своды нормальны, не чувствительны.

#### № 4.

3 Февраля 1886 года въ клинику поступила крестьянка Калужской губерніи П. И., жалующая на сильныя боли внизу живота и опухоль; въ послѣднее время къ этому присоединились частые позывы на мочеиспусканіе и чувство напирания. Больная — 28 лѣтъ, портниха по ремеслу, не замужняя, 1 *menstr.* — на 18 году; обыкновенно раньше приходили черезъ 4 недѣли, продолжались 5—6 дней; За время болезни начал опаздывать, появляясь черезъ 5—6 недѣль, продолжаясь непостоянно отъ 2—7 дней. Беременная была одинъ разъ 7 лѣтъ тому назадъ и выкинула на 4 мѣсяцѣ. Съ этого времени больная чувствуетъ себя нездоровою, хотя опухоль внизу живота она замѣтила позже, около 8 мѣсяцевъ.



Болезнь слабого тѣлосложенія, средняго роста и питанія, малокровна. При ощупываніи живота въ правой паховой области опредѣляется рѣзко ограниченная опухоль, пальпа на 4 выдающаяся надъ лоннымъ соединеніемъ. Пальпация ея чувствительна. При перкуссии въ области опухоли рѣзко тупой тонъ. Размѣры живота слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка—61, наибольшая—86; отъ пупка до мечевиднаго отростка—12, до лоннаго соединенія 4, до правой sp. il. ant. sup. 12; до лѣвой sp. il. ant. sup.—12.

При вагинальномъ изслѣдованіи опредѣлено: матка нѣсколько большаго противъ нормы объема (длина полости 8 cm.) плотна, слегка болѣзненная, въ рѣзкой arteflexio, смѣщена влѣво, подвижна, но справа наибѣе подвижность ея значительно ограничена. P. vaginalis направлена впередъ и вправо, нѣсколько увеличеннаго объема. Зѣвъ и цервикальный каналъ ничего особеннаго не представляютъ. Въ глубинѣ праваго свода, вблизи матки опредѣляется круглаго очертанія эластическая опухоль, величиною нѣсколько больше кулака взрослого человѣка. Она подвижна по направленію вверхъ, но при каждомъ движеніи вмѣстѣ съ нею тянется и матка. Между послѣднею и опухолью находится широкое соединеніе, тянущееся вдоль праваго края матки. При пальпации—опухоль не чувствительна. Въ лѣвомъ сводѣ, въ области яичника прощупывается плотнѣе, принимающее по направленію къ лѣвому углу матки нѣсколько удлиненную въ видѣ шнура форму. Пальпация этой опухоли очень чувствительна.

Діагнозъ. *Cystoma ovariorum dextrae. Perisalpingitis et hydrosalpinx sin. Cystoma incipiens sinistri.* Установивши приведенными данными указанный выше діагнозъ, въ виду тяжелаго самочувствія больной и вслѣдствіе невозможности больной продолжать свою работу при данномъ состояніи здоровья, ей была предложена операція, которая и произведена 12 февраля 1886 года.

Брюшная стѣнка вскрыта по блѣдой линіи разрѣзомъ въ 10 cm. длиною. Ручнымъ изслѣдованіемъ черезъ брюшную рану подтверждено, что опухоль правой стороны дѣйствительно интралигаментарная киста. Внутренній край ея прилегалъ на нѣкоторомъ протяженіи къ правому краю матки, дно кисты однако лежало не особенно глубоко въ сводѣ. Правый яичникъ покрытъ ложными перепонками, нормальнаго объема, помѣщается на задней поверхности опухоли. Киста была пунктирована тонкимъ троакаромъ; выпущенная жидкость свѣтла, прозрачна, серознаго характера. Затѣмъ отверстие, оставленное троакаромъ, на протяженіи стѣнки кисты было расширено и введенною въ полость ея рукою захвачена слизистая обложка кисты и вылучена изъ широкой связки почти на всемъ ея протяженіи. Неподалеку вылученіе кисты только на одномъ очень ограниченномъ пространствѣ, гдѣ

она представляла особенно тѣсное соединеніе съ подлежащею брюшиной. Такъ какъ участокъ этотъ былъ слишкомъ малъ по своему протяженію и въ полномъ удаленіи его не было необходимости, онъ захваченъ въ лигатуру и киста отрѣзана. Въ виду паренхиматознаго кровотеченія, открывшагося съ внутренней поверхности вновь образованной полости между листками широкой связки, на ватномъ тампонѣ былъ введенъ растворъ подурторно-хлористаго желѣза (1:4). Затѣмъ верхній отрѣзокъ широкой связки захваченъ въ лигатуру и перевязанъ. Ниже этой лигатуры на подлежащую поверхность широкой связки наложена еще двойная лигатура и вновь образованная полость широкой связки закрыта такимъ образомъ двумя швами. Вышележащій участокъ широкой связки былъ отрѣзанъ надъ лигатурами.

При осмотрѣ лѣвой стороны, яичникъ оказался окруженнымъ ложными перепонками и увеличеннымъ до размѣровъ голубинаго яйца. Фаллопиева труба растянута, также окружена ложными перепонками и срослена съ яичникомъ. По вскрытіи полости трубы вылилась прозрачная серозная жидкость. Ложныя перепонки, окружающія трубу и яичникъ, были раздвинуты и освобожденные такимъ образомъ отъ сросшеній; придатки были перевязаны 4 лигатурами и удалены. Брюшная полость закрыта 9 шелковыми лигатурами и наложена повязка. Операція длилась 1 ч. 10 минутъ.

Послѣоперационное теченіе не сопровождалось отклоненіями, если не считать учащеніе пульса до 110 ударовъ въ минуту въ продолженіи 2—3 сутокъ, что, вѣроятно, стояло въ связи со рвотою, безпозволившею первые 3 сутокъ больную. Температура 1 разъ вечеромъ на 9 день послѣ операціи поднялась до 38,3, все остальное время она колебалась между 37,0 и 37,8. На 11 день послѣ операціи сняты швы; брюшная рана срослась первымъ натяженіемъ на всемъ протяженіи. Черезъ полтора мѣсяца послѣ операціи больная выписана изъ клиники съ хорошимъ самочувствіемъ. При этомъ изслѣдованіемъ опредѣлено: въ лѣвомъ сводѣ на мѣстѣ удаленной трубы и яичника развитое плотнѣе, слегка чувствительное отъ пальпации; правый сводъ свободенъ, въ глубинѣ его опредѣляется яичникъ, нѣсколько увеличенный въ объемѣ и чувствительный.

#### № 5.

7 октября 1886 года въ акушерскую академическую клинику поступила больная мѣщанка Ярославской губерніи, Е. Г. Она 60 лѣтъ отъ роду, давно уже живетъ въ Петербургѣ. 1-я мѣсячная полудцала на 16-мъ году. Прежде приходили правильно черезъ 3 недѣли,

продолжались по 5 дней. 10 летъ уже мѣсячныхъ не имѣть. Большая вдова; замужъ вышла 16 летъ. Два раза была беременна и правильно родила. Первые роды на 19 году жизни, послѣдние 36 летъ тому назадъ. До настоящаго заболѣванія была всегда здорова. Начало своей болѣзни считаетъ 1 1/2 года тому назадъ, когда она въ первый разъ замѣтила опухоль внизу живота. Съ тѣхъ поръ животъ постепенно увеличивался и теперь на столько беспокоитъ больную, что она съ трудомъ можетъ ходить и страдаетъ постоянной и тяжелой одышкой. Въ послѣднее время начали отекаютъ ноги, въ особенности лѣвая.

Больная очень истощена и малокровна. Животъ представляется сильно увеличеннымъ, брюшные покровы растянуты, напряжены. Размѣръ живота окружность на уровнѣ пупка—122, наибольшая—122, отъ пупка до мечевиднаго отростка 28, до лобка—30, до правой ср. п. ant. sup.—33, до лѣвой 36.—При ощупываніи вся полость живота занята напряженною и флюктуирующею по всемъ направлениямъ опухолью. Благодаря сильно растянутымъ и напряженнымъ брюшнымъ стѣнкамъ и величинѣ опухоли, ловить подвижности послѣдней не удастся. Перкусія даетъ тупой тонъ по всей поверхности живота, за исключеніемъ *scrobiculum cordis et reg. hypochondr.* обѣихъ сторонъ. При изслѣдованіи *per vaginam*—матка опредѣляется высоко приподнятой и вытянутой вверхъ, какъ придатокъ опухоли сзади и слѣва ея. Она плотной консистенціи, нечувствительна, очень мало подвижна. Длина полости матки—15 см. *P. vaginalis* стоитъ высоко, цилиндрической формы. Своды, въ особенности лѣвый, какъ и матка, приподняты сильно вверхъ.

Изслѣдованіемъ грудныхъ органовъ опредѣлено: надъ правой ключицей и подъ ней притупленіе тона, вибрація и субкрепитирующіе хрипы. Поперечникъ сердца увеличенъ до правой линіи, толчекъ опредѣляется между 3—6 ребромъ; тоны сердца чисты. Печень опредѣляется съ 5 ребра. Артеріи склерозированы.

Діагнозъ: *Cystoma ligamenti lati sinistri.*

20 октября 1886 года произведена операція. Брюшные покровы вскрыты разрезомъ по белой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ на протяженіи 21 см. Какъ и было предположено, вся передняя стѣнка кисты оказалась приращенною къ паріетальному листку брюшины, поэтому, не опорожня кисты, поверхность ея была отдѣлена на нѣкоторомъ протяженіи рукою. Затѣмъ троакарномъ съѣланъ проколъ предлежащей въ ранѣ стѣнки кисты и вышущено громадное количество серозноколлоидной жидкости (количество жидкости 18,500 к. п., весь ея 18140 гм.). Изслѣдуя спаившуюся опухоль и постепенно раздѣляя рукою ея сплошныя сращения, удалось справа проникнуть

въ полость *peritonei*. Такъ какъ сращения передней стѣнки кисты съ брюшиной поверхностью передней стѣнки живота шли настолько далеко вверхъ, что отдѣленіе ихъ отсюда представляло большія затрудненія, помимо того, такъ какъ, слѣдуя этимъ путемъ, нельзя было опредѣлить, существуютъ-ли подобныя же сращения съ поперечной частью ободочной кишки, рѣшено было изслѣдовать опухоль съ задней ея поверхности. Съ этою цѣлью лѣвая рука введена была въ правую половину полости брюшины и, обойдя опухоль справа, направлена отъ задней поверхности къ верхнему его отрѣзку. Константировавъ отсутствіе сращеній опухоли съ поперечнымъ отрѣзкомъ ободочной кишки, введенной рукою постепенно, начали отдѣленіе опухоли отъ передней брюшной стѣнки по направлению отъ мечевиднаго отростка къ пупочной области, въ то время, какъ правой рукою тѣже манипуляціи производились въ обратномъ направленіи, на встрѣчу лѣвой руки. Послѣ того, какъ эти сращения были раздѣлены, отдѣленіе боковыхъ поверхностей опухоли не представляло особенныхъ затрудненій. Освобожденная такимъ образомъ киста была фиксирована теперь въ брюшной полости только въ своемъ нормальномъ мѣстѣ и была свободно выведена наружу, брюшная-же полость для остановки паренхиматознаго кровотока изъ области раздѣленныхъ сращеній была заложена большими губками. Чтобы ориентироваться относительно мѣстоположенія ножки кисты и отношеній опухоли къ маткѣ, полость ея была вскрыта широкимъ разрезомъ и изслѣдована полною рукою. При этомъ оказалось, что дно кисты, глубоко раздѣливъ листки широкой связки, доходитъ почти до лѣваго свода, прилегая съ одной стороны ко всему лѣвому краю матки и достигая, съ другой, почти до *flexura sigmoidea*. Помимо того опредѣлено, что все основаніе опухоли соединено цѣлымъ рядомъ ложныхъ перепонокъ какъ съ маткою, такъ и съ окололежащими органами. Отдѣливъ эти сращения, матка вмѣстѣ съ основаніемъ тумора была захвачена въ эластическую лигатуру и вышележащій отрѣзокъ кисты удаленъ. Освободивъ такимъ образомъ поле операціи, рукою была захвачена внутренняя поверхность кисты и начато выдушеніе дна ея изъ широкой связки. Но попытка къ этому не увѣнчалась успѣхомъ, тонкая оболочка разрывалась при малѣйшемъ насиліи и отрывалась только маленькими участками отъ подлежащей ткани. Въ виду этого рѣшено было обшить дно кисты непрерывною цѣпью лигатуръ и удалить остатокъ новообразованія вмѣстѣ съ перитонеальнымъ его покровомъ. Несмотря на затрудненія, обусловленные глубокимъ положеніемъ дна новообразованія, начиная отъ лѣваго угла матки и вплоть до *flexura sigmoideae* было наложено 12 шлевыхъ лигатуръ и такимъ образомъ цѣпью оболочка широкой связки на всемъ ея протяженіи. Послѣ этого остатокъ новообразова-

ния и лишній участок широкой связки были сняты ножницами, а края обрѣза широкой связки соединены между собою непрерывнымъ обвивнымъ швомъ изъ катгута. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами и наложена, принятая въ клиникѣ, повязка съ бинтомъ проф. Лебедева. Операция длилась 2½ часа. Весь плотной части удаленной опухоли 660 grm. Въ общемъ весь удаленной кисты достигалъ такимъ образомъ до 18800 grm.

Въ теченіе послѣоперационнаго періода и въ даномъ случаѣ нельзя отмѣтить какихъ-бы то ни было уклоненій отъ нормы. Температура въ теченіе первыхъ сутокъ послѣ операціи, правда, была нѣсколько повышенной (высшая 38,6), но въ теченіе всего остального времени не превышала 37,6. Пульсъ 1 разъ на 1 сутки послѣ операціи далъ 106 ударовъ въ минуту, остальное время онъ колебался между 60—90.

На 11 день послѣ операціи смѣнена первая повязка и сняты швы съ брюшной раны. Срошеніе полное на всемъ протяженіи ранаго ранаго.

30 ноября 1886 года больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполне здоровою. При выпискѣ: матка въ нормальномъ положеніи, нормальнаго объема (длина полости ея 8 см.) нечувствительна. Правый сводъ свободенъ. Въ лѣвомъ сводѣ плотный, безболѣзненный при пальпации экзудатъ, подвижной, величиною въ небольшое куриное яйцо.

Въ виду вялости и избытка ткани растянутыхъ брюшныхъ покрововъ данъ совѣтъ по возможности всегда носить бинтъ на животѣ.

## № 6.

Больная Л. М. Поступила въ клинику 27 января 1887 года съ жалобой на опухоль живота и сильныя боли. Мѣщанка Новгородской губерніи, 28 л., православная вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые мѣсячныя на 13; обыкновенно бываютъ правильно, по типу черезъ 3 недѣли, по 6—7 дней. Замужъ вышла на 20 году; родила 1 разъ правильно, на 21 году жизни. Выкидышей не было. Больна 1 годъ.

Status praesens. Блondинка, средняго тѣлосложенія и питанія, невысокаго роста, малокровна. Животъ представляется увеличеннымъ въ своемъ объемѣ. Брюшныя стѣнки тонки, упруги. При опущиваніи опредѣляется въ полости живота опухоль, стоящая дномъ своимъ нѣсколько выше пупка. Она эластична, съ неровными контурами, яйцевидной формы, очень мало подвижна. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи—port vaginal нормальнаго объема, цилиндрической формы, обращена впередъ. Матка немного

увеличена, вытянута вверхъ, подвижна, неболезненна, лежитъ въ anteversio и сдвинута опухолью влѣво. Въ правомъ сводѣ легко достигаема сегментъ вышеупомянутой эластической опухоли, находящейся въ соосѣдствѣ съ боковою стѣнкою матки. Лѣвый яичникъ опредѣляется нормальнымъ и на нормальномъ его мѣстонахожденіи. Полость матки—11 смт.

Диагноз—Cystoma colloïd. intraligamentod. dextrum.

Операция произведена 31 января 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по l. alba между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ на протяженіи 12 с. При изслѣдованіи полною рукою опухоли, какъ и было предположено, оказалось, что она была расположена между листками правой широкой связки, но не особенно глубоко вдвигалась въ соответственный сводъ. Стѣнка ея пунктирована, но такъ какъ густое содержимое опухоли съ трудомъ выдвигалось черезъ троакаръ, послѣдній былъ удаленъ и киста вскрыта широкимъ разрывомъ; послѣдовательно вскрыты другіе отдѣлы опухоли, послѣ чего она, на сколько возможно, была выведена наружу, дно ея вылучено изъ широкой связки и подъ него наложено 6 цѣлебныхъ захватывающихъ другъ друга лигатуръ. Послѣ закрѣпленія ихъ, киста удалена. Брюшная рана зашита 10 шелковыми лигатурами. Операция длилась 35 минутъ.

Послѣоперационное состояніе прошло безъ осложненій и при нормальной температурѣ.

На 10 день сняты швы, срошеніе полное, первымъ натяженіемъ. На 14 день больная начала ходить, а на 21 здоровой выписалась изъ клиники.

## № 7.

Жена надворнаго совѣтника А. С. поступила въ клинику 4 февраля 1887 года съ жалобой на опухоль въ животѣ, сильныя боли въ немъ, особенно за послѣднее время, общую слабость, аноракду, онѣмѣніе конечностей, рвоту, тошноту, полное отсутствіе аппетита и одышку, которая настолько сильна, что больная можетъ спать только въ полусидячемъ положеніи.

Больная С.-Петербургская уроженка, замужемъ 15 лѣтъ. Беременна не была ни разу. Menstrua въ первый разъ появились на 15 году и установились по типу 4 нед. 3 дня. Были всегда правильны, но со времени настоящаго заболѣванія не появлялись ни разу. Больная нѣсколько лѣтъ тому назадъ перенесла тифъ, обыкновенно же была здорова. Считаетъ себя больною только около мѣсяца, когда она въ первый разъ замѣтила опухоль внизу живота.

Лихорадочное состояние началось, по рассказу больной, несколько дней тому назад. Перед прибытием в клинику, на дому больной была произведена пробная пункция, причем получена прозрачная, серозного характера жидкость.

Болезнь блондинка, среднего роста, с крайне истощенным общим видом, анемична. Температура кожи и конечностей повышена на ощупь. Размеры живота значительно увеличены: окружность на уровне пупка—82, наибольшая 85, от пупка до мечевидного отростка—13, до лобка 19, до правой *s. ilei ant. sup.*—21, до левой 18. При ощупывании покровы живота тонки, напряжены; внизу живота определяется резко контурируемая опухоль, дающая ясную флюктуацию по всем направлениям, подвижная. Пальпации крайне чувствительна. При перкуссии живота—тугой тон по всей поверхности опухоли, переходящий по боковым поверхностям живота и области *epigastri* в тимпанический. *Per vaginam*: матка смещена сильно взад, нормального объема (длина полости 7 *cm.*), плотной консистенции, чувствительна; подвижность ее значительно ограничена. *P. vaginalis*—направлена вперед, нормального объема, зев и цервикальный канал без особенных изменений. В переднем, сильно выпятившемся сводѣ определяется сегмент флюктуирующей опухоли. Исследование по Гегару указывало на очень тесную связь опухоли с маткой, так как каждое движение первой через брюшные покровы сейчас же отзывалось и на матку, которая двигалась в том же направлении. Остальные своды нормальны. Со стороны сердца и легких отклонений не определено.

Диагноз. — На основании приведенных данных исследования была диагностирована киста и, вероятно, с интралигаментарным ростом, судя по тесной связи ее с маткою. Что касается причины лихорадочного состояния больной, то на основании дальнейшего наблюдения, которое указывало на нагноительный характер температуры (утром на цифрах нормальной температуры, а вечером всегда около 39 и даже 40°), эту причину можно было искать только в содержимом самой кисты. В виду предполагаемого нагноительного процесса в кистѣ, день операции был ускорен. Она произведена была 12 февраля 1887 года.

Брюшные покровы вскрыты — линейным разрезом по белой линии, начиная от пупка до *symphysis pubis*. Длина разреза 17 *cm.* Передняя стѣнка кисты оказалась срощенною с париетальным листком брюшины в области пупка связками ложными перепонками. Отделивши пальцем эти рыхлые срощения, стѣнка кисты была захвачена Неллатоновскими щипцами и пунктирована. Киста и было предположено, вышущее содержимое кисты представлялось

густой, гнойною, зеленоватого цвета жидкостью, с отвратительным зловонным запахом. Количество этой жидкости простиралось до 4200 к. п. Так как стѣнки кисты оказались при осмотрѣ настолько тонкими, что при дальнейших манипуляциях можно было опасаться разрыва их, а стало быть и излития остатков зловонного содержимого опухоли в полость *regionis*, поэтому прежде всего рѣшено было по возможности тщательно дезинфицировать полость кисты. С этою цѣлью полость опухоли была несколько раз наполнена теплым раствором щавелевой кислоты (1:2000) и сверху того промыта 5% раствором карболовой кислоты, причем остатки содержимого были вытерты губками. Исследуя по всем направлениям спаившуюся опухоль, она оказалась в верхней части срощенной на довольно значительном пространстве с салгником, с левой стороны на небольшом протяжении с *S. Romanum*. Сальник был перевязан в три пучка лигатурами и отрезан от опухоли, срощения же с толстой кишкой легко были разъединены рукою. Так как ручным исследованием полости кисты было констатировано, что основание опухоли заложено между листками правой широкой связки и на значительной глубинѣ, было приступлено къ вылучению опухоли из ее ложа. Слизистая оболочка дна опухоли была захвачена пальцами и шаг за шагом отдѣлена от надлежащей ткани широкой связки. Приподнявши отдѣльно этим способом дно кисты, разъединенные листки широкой связки были сшиты 8 лигатурами таким образом, что швы представляли из себя непрерывную цѣпь, идущую под основанием опухоли, начиная от праваго угла матки и кончая свободным краем праваго *ligam. infundibuli pelvisi*. Окончивши с этим — киста и излившийся участок широкой связки были удалены ножницами. Брюшина рана зашита 12 глубокими и 2 поверхностными швами и наложена обычная в клиникѣ повязка. Операция длилась 1 час 15 мин.

Послеоперационное состояние первые 10 дней плохое при нормальной температурѣ и пульсе, не смотря на продолжительную рвоту и тошноту, мучившая большую почти во продолжении всей первой недели послѣ операции. На 11 день сняты швы; срощение полное, первым натяжением. На 12 день появился кашель; температура достигла 38,4 и держалась на лихорадочных цифрах до 15 дней послѣ операции. Въ дальнейшем выздоровление пошло гладко и на 24 день больная выписалась из клиники с вполне хорошим самочувствием. При выпискѣ матка в *retroversio*, нечувствительна, въ правом сводѣ безболѣзненный, плотный эскудат.

## № 8.

Мѣщанка С.-Петербургской губернии, Е. В., поступила въ клинику 28 сентября 1887 года съ жалобой на тяжесть внизу живота и опухоль. Больной 25 лѣтъ отъ роду, menstrua съ 15 лѣтъ, правильно появляются черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 4—5 дней. Беременности не было. Опухоль въ животѣ замѣтила годъ тому назадъ.

Больная средняго роста, блондинка, хорошаго питанія. Брюшные покровы напряжены и растянуты. При опусываніи живота опредѣляется опухоль эластической, равномерной консистенціи. Верхняя граница ея достигаетъ до scrobiculum, нижнимъ-же сегментомъ она теряется въ полости малаго таза. По всему протяженію опухоли ясная флюктуанція и тупой тонъ при перкуссіи; въ regio epigastrica и reg. lumbal. тонъ тимпаническій. Перкуссія и пальпація живота не чувствительны. Размѣры живота слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка—85, наибольшая—86, отъ мечевиднаго отростка до пупка—17, отъ лоннаго соединенія—18, отъ правой *sp. ilei ant. sup.*—18, отъ лѣвой *sp. ilei ant. sup.*—18. При осмотрѣ наружные половые органы вполнѣ нормальны.

*Per. vaginam:* *p. vaginalis* стоитъ низко, направлена впереди. Матка нѣсколько увеличена въ объемъ, смѣщена кзади въ *anteflexio*. Въ переднемъ сводѣ прочувствуется сегментъ эластической опухоли, выполняющей брюшную полость. Она тѣсно прилежитъ къ поверхности матки. При оттягиваніи опухоли черезъ брюшные покровы вверху, матка сейчасъ-же отходитъ по тому-же направленію. *Per rectum* въ лѣвой половинѣ таза ясно опредѣляется смѣщенный кзади лѣвый яичникъ. Длина полости матки 8½ сант.

Диагнозъ *Cystoma ovariorum dextrae intraligamentosa*.

7 октября 1887 года произведена операція. Брюшная стѣнка вскрыта по белой линіи послоннымъ разрезомъ, между пупкомъ и *symphisis*, длиною въ 15 см. Стѣнка кисты пунктирована троакаромъ, причѣмъ выпущено 4900 к. ц. прозрачной, серозной жидкости, уд. вѣсъ 1006. Черезъ расширенное отверстіе въ стѣнкѣ кисты, поною рукою произведено изслѣдованіе ея внутренней поверхности и глубины положенія ея нижележащаго сегмента, причѣмъ оказалось, что, несмотря на относительно глубокое его положеніе среди широкой связки, послѣдняя могла быть перевязана подъ дномъ. На широкую связку наложены цѣбеобразно 4 шелковыхъ лигатуры и опухоль удалена ножницами. Брюшная рана закрыта 14 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція длилась 50 мин.

При осмотрѣ пренарата, киста оказалась однополостною, съ тонкими гладкими стѣнками. Вѣсъ ея 180 грам. На поверхности ея лежатъ личинки и фаллопиева труба. Ширина ножки 14 см.

Послѣоперационное состояніе больной было вполнѣ нормально. Температура за все время не была выше 38,0, пульсъ колебался между 72—98. На 10 день сняты швы и смѣнена первая повязка. Сращеніе первымъ натяженіемъ по всему разрезу. На 17 день больная встала, а на 21 день послѣ операціи выписана изъ клиники. При изслѣдованіи найдено: рубецъ безболѣзненный, чувствительности при пальпаціи живота нѣтъ. Матка въ *anteflexio*, занимаетъ нормальное положеніе, подвижна, нечувствительна. Своды свободны, нечувствительны.

## № 9.

Е. Р. поступила въ клинику 26 ноября 1887 года. Жена псаломщика, Тверской губернии, 41 года отъ роду. Первые регулы получила на 14 г., типъ ихъ правильныхъ все время: черезъ 3 недѣли по 3 дня;—за время болѣзни безъ измѣненій. Замужемъ 20 лѣтъ, рожала 5 разъ—всегда правильно; первые роды на 28 г., послѣдніе 5 лѣтъ тому назадъ. Опухоль впервые была замѣчена больною около 5 лѣтъ тому назадъ въ правой половинѣ живота, а около года тому назадъ она начала замѣчать опухоль и съ лѣвой стороны. Жалуется на опухоль живота, сильную одышку и отѣмніе правой ноги.

*Status praesens.* Больная блондинка, средняго роста, умѣреннаго питанія, довольно анемична. Брюшные покровы сильно напряжены. На обоихъ ногахъ значительно развиты *varices*. При перкуссіи по всему животу, не исключая и поясничныхъ областей, тупой тонъ; печень смѣщена вверхъ. При опусываніи опредѣляется бугристая, довольно плотная опухоль неравнобѣрной консистенціи, ограниченно подвижна какъ справа нагѣво, такъ и сверху внизъ. Опухоль эта выполняетъ всю правую и значительную часть лѣвой половины полости живота. Въ лѣвой половинѣ прочувствуется вторая опухоль, значительно меньшей величины и гораздо болѣе подвижная. Измѣреніе живота показало: окружность на уровнѣ пупка 108, наибольшая 118, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка 31½, до лоннаго соединенія 17, до правой *sp. il. ant. sup.* 22, до лѣвой 26 см. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ изъ половой щели выстопить какъ передняя, такъ и задняя стѣнка влагалища. *Per vaginam:* матка нормальной величины (полость 8½ см.) и консистенціи, приподнята вверхъ и отъсѣнена въ лѣвую сторону.

Подвижность ее значительно ограничена. Своды также оттянуты кверху, свободны. Сегментъ опухоли через рукавъ не достигается. Мочевой пузырь нѣсколько вытннутъ кверху. Rectocele. Диагнозъ — *Cistoma intraligament duplex*.

Операция произведена 16 декабря 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты, обхода пупокъ съ лѣвой стороны, разрезомъ длиной въ 27 см., причемъ вылилось довольно большое количество свѣтлой, асцитической жидкости.

Такъ какъ было очевидно, что опорожнение многополостной опухоли не могло быть настолько значительно, чтобы достигнуть нужнаго уменьшения опухоли, — она была извлечена не уменьшеною въ объемѣ. Послѣ отдѣленія срощеній съ покрывавшимъ переднюю ее поверхность салынкомъ было приступлено къ осмотру ножки, причемъ опухоль держалась, какъ и въ теченіе производства дальнѣйшихъ манипуляцій, — на вѣсу.

Очень широкая и короткая ножка кисты оказалась идущею отъ праваго угла матки до слѣпой кишки. При этомъ разстояніе между стѣнкою кисты и правымъ угломъ матки было настолько коротко, что киста совершенно вплотную прилежала къ этому участку маточной стѣнки. Наложеніе лигатуръ было начато отъ угла матки, причемъ первыя лигатуры были наложены въ виду вышеуказаннаго отношенія опухоли, такимъ образомъ, что они проходили черезъ толщу стѣнки правой стороны и соответствующаго угла матки.

Перевязывая небольшими участками, ножка была такимъ образомъ обколота до того мѣста, гдѣ она, идя къ слѣпой кишкѣ, скрывалась въ глубинѣ таза и дѣлалась недоступною зрѣнію. Во избѣжаніе детальной перевязки безъ контроля зрѣнія, рѣшено было перевязывать ножку большими участками и постепенно отрезать опухоль, чтобы такимъ образомъ по возможности уменьшить напряженіе ткани. Такая предварительная лигатура была проведена съ наружной стороны, связка выше ее отрезана, и по возможности ближе къ опухоли. Несмотря на это послѣднее, ткань выскользнула изъ лигатуры и получилось сильное кровотеченіе изъ *arteria spermatica* и вѣтвей ея.

Чтобы слѣзая въплоть доступнымъ зрѣнію поле операциі, опухоль быстро была отрезана и приступлено къ остановкѣ кровотеченія. Большого труда стоило отыскать ускользнувшую въ глубь широкой связки *art. spermatic.* и перевязать ее. За этимъ на оставшуюся перевязанною часть широкой связки было наложено еще нѣсколько лигатуръ. Состояніе больной, благодаря внезапно измѣнившимся условіямъ внутрибрюшиннаго кровообращенія послѣ быстрого удаленія опухоли, съ одной стороны, и, можетъ быть, подѣ

вліяніемъ потерь крови — съ другой — было настолько серьезно, что потребовало примѣненія всѣхъ мѣръ, возбуждающихъ дѣятельность сердца, и заставило торопиться окончить операцию.

Киста лѣвой стороны быстро была извлечена изъ брюшной полости; ножка ее перевязана въ два пучка и опухоль была отрезана. Убѣдившись въ полной остановкѣ кровотеченія, брюшная рана была закрыта 25 шелковыми швами. Операция длилась 1 ч. 9 м. Тяжесть операциі, конечно, не могла отразиться на послѣоперационномъ состояніи больной. Паденіе силы пульсовой волны, начавшееся во время операциі, и по окончаніи ея еще болѣе увеличилось. Температура доходила въ первые часы до 35,7, при холодномъ потѣ и безучастномъ отношеніи больной. До 6 ч. вечера больная поддерживалась эфиромъ, коньякомъ съ чернымъ кофе, грѣлками на голову, горячими компрессами на сердце и т. д. Къ 6 ч. вечера температура и сила пульса начали повышаться и больная постепенно пришла къ обычному состоянію лапоротомированныхъ больныхъ.

Температура и пульсъ, въ теченіе трехъ первыхъ сутокъ держались выше нормы, на четвертые сутки пришли близко къ нормѣ: температура колебалась между 37 и 37,7, пульсъ держался ниже 100 ударовъ въ минуту. Состояніе больной было вполне удовлетворительное. На 10-е сутки температура вдругъ повысилась до 39,5. На 11-е сутки, при снятіи швовъ и первой повязки, вблизи пупка на протяженіе большой раны оказался абсцессъ, выдѣлившій значительное количество гноя съ фекальнымъ запахомъ. Послѣднее обстоятельство, заставившее въ началѣ предполагать о существованіи кишечной фистулы, въ дальнѣйшемъ объяснилось совершенно иначе. Такъ какъ отдѣленіе гноя продолжалось и въ слѣдующіе дни, причемъ гной не давалъ ни малѣйшаго запаха, то вышеприведенный фактъ могъ быть объясненъ только диффузіей газовъ кишечника въ полость абсцесса, что при сильной атоніи кишечника вполне могло имѣть мѣсто. Съ этого времени то болѣе то меньшіе абсцессы вскрывались въ различныхъ участкахъ брюшной раны. Температура соответственно этому то держалась въ нормальныхъ размѣрахъ, то поднималась до 38,5 — 39,0. Такое состояніе продержало больную въ постели до 35 дня послѣ операциі.

На 63 день больная выписалась изъ клиники, причемъ найдено: матка нормальной величины въ *anteversio*. Въ заднемъ сводѣ небольшой, плотный экзудатъ. Самочувствіе больной не оставляетъ желать лучшаго.

Описаніе препарата: опухоль оказалась правой вѣстой съ бугри-

стою поверхностью; всѣить 11492 грамма; по поверхности тянется Фаллопиева труба на протяженіи 14 см. Ширина ножки—24 см. Опухоль состоитъ изъ цѣлаго ряда болѣе или менѣе мелкихъ полостей, изъ среды которыхъ вышущено тягучей, коллоидной реакціи жидкости 1013 $\frac{1}{2}$  гр. Лѣвая киста, оказавшаяся тоже многополостною, всѣила 343 $\frac{1}{2}$  грам. Фаллопиева труба тянется по поверхности опухоли на 16 см. Широкая связка сильно растянута опухолью. Жидкости вышущено изъ полостей кисты—2732 грамма.

## № 10.

А. Г. поступила въ клинику 10 января 1888 года. Жена чиновника, родилась въ Петербургской губ., 33 лѣтъ отъ роду, замужемъ съ 24 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація на 17 году; регулы всегда были правильны: черезъ 3 недѣли по 7 дней; за время болѣзни онѣ не измѣнялись. Беременностей не было. Считаетъ себя больной 3 года, когда появились сильные боли внизу живота и была замѣчена опухоль.

Жалуется на боли и опухоль въ правой сторонѣ живота внизу его.

Status praesens. Больная—шатенка, хорошаго сложенія и питанія. Измѣренія живота дали слѣдующіе результаты: окружность на уровнѣ пупка 76, наибольшая 81; разстояніе отъ пупка до мечвиднаго отростка—12, до лоннаго соединенія 18, до правой sp. il. ant. sup.—15, до лѣвой 14 см. При опущиваніи живота внизу его и справа прощупывается опухоль эластической консистенціи, нечувствительная при давленіи. Per vaginam: матка нормальной величины (длина полости 8 $\frac{1}{2}$  с.) и консистенціи, находится въ ante-flexio и смѣщена влѣво. P. vaginalis конической формы, обращено къзади. Въ правомъ и переднемъ сводахъ опредѣляется опухоль, эластической консистенціи, мало подвижная, безболѣзненная, величиною въ апельсинъ; значительный сегментъ ея выстоитъ надъ входомъ въ малый тазъ. Опухоль тѣсно прилежитъ ко всему правому краю матки.

Диагнозъ—Cystoma parovariorum dextri intralig.

Операція произведена 23 января. Брюшныя стѣнки вскрыты по lineae albae на протяженіи 18 см. При изслѣдованіи полною рукою, киста оказалась покрытою небольшимъ количествомъ ложныхъ перепонокъ и лежащей въ средѣ широкой связки. По отдѣленіи срощенія, опухоль была выведена въ брюшную рану; на широкую связку ниже дна опухоли наложены двѣ лигатуры, выше которыхъ ножка и перерѣзана. Опухоль удалена уменьшенной въ объемѣ.

Брюшная рана зашита 12 шелковыми лигатурами. Операція длилась 30 минутъ. Послѣоперационное теченіе не представляло ничего нормальнаго. Т-ра, за исключеніемъ однократнаго повывшенія до 38,1° на 3 день послѣ операціи—держалась, какъ и пульсъ, на нормальной высотѣ. На 10 день сняты швы и смѣнена первая повязка. Брюшная рана срослась первымъ натяженіемъ. На 16 день больная встала съ постели, а на 20 выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполне здоровой. При вышкѣ найдено: опущиваніе живота безболѣзненно, матка въ ante-flexio, совершенно подвижна, своды свободны, нечувствительны.

При осмотрѣ опухоль оказалась тонкостѣнною, многополостною кистою, наполненною прозрачнымъ, серознымъ содержимымъ. На протяженіи половины ея окружности, тѣсно прилегая къ опухоль, тянется фаллопиева труба, абдоминальный конецъ которой оказался нѣсколько расширеннымъ. На поверхности же опухоли лежатъ, почти неизмѣнный, яичникъ.

## № 11.

А. П. поступила въ клинику 12 января 1888 года. Больная крестьянка Выборгской губерніи, 48 лѣтъ отъ роду. Мѣсячныя начала носить съ 13 лѣтъ; онѣ всегда были правильны, черезъ 28 дней по 4 дня. За время болѣзни—безъ измѣненій. Замужемъ больная съ 17 лѣтъ. 5 разъ рожала и вполне нормально. 1 родъ на 33 году, послѣдній 7 лѣтъ тому назадъ. Больною себя считаетъ съ марта мѣсяца 1887 года.

Жалуется на опухоль, тяжесть и боли въ животѣ, а также запоры и затрудненное мочеиспусканіе.

Status praesens. Брюнетка, высокаго роста, хорошаго сложенія, питаніе—посредственное. Животъ значительно увеличенъ въ своихъ размѣрахъ: окружность его на уровнѣ пупка 101, наибольшая 102, разстояніе отъ пупка до мечвиднаго отростка 19, также и до лоннаго соединенія, до правой sp. il. ant. sup. 22 $\frac{1}{2}$ , до лѣвой—23. При пальпаціи живота опредѣляется опухоль, выполняющая всю полость его, эластической консистенціи, очень мало подвижна. По всей поверхности опухоли отъ serobiculum cordis до лоннаго соединенія тупой тонъ, который переходитъ въ поясничныхъ областяхъ въ тимпаническій. Per vaginam матка увеличена въ объемѣ (длина полости 10 $\frac{1}{2}$ ), плотной консистенціи, очень мало подвижная, смѣщена вверхъ, впередъ и влѣво.

Задній сводъ выполненъ эластической опухолью, тѣсно прилегающей къ маткѣ. Она неподвижно лежитъ въ маломъ тазу и связи

съ опухолью, выполняющею полость живота не изгнать. Яичники не определяются.

Диагноз—*Cystoma ovarii dextri et cystoma parovarii sinistri*.

Операция произведена 30 января 1888 года. Брюшные стѣнки разрезаны по белой линии между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, причемъ выдѣлилось нѣкоторое количество асцитической жидкости. При изслѣдованіи рукою оказалось ерошеніе кисты съ переднею брюшною стѣнкою на значительномъ протяженіи. По отдѣленіи этихъ ерошеній въ области пупка разрезъ брюшной стѣнки былъ продолженъ вверхъ, обходя пупокъ съ лѣвой стороны. Длина разреза—19 см. Опухоль была пунктирована, но такъ какъ напряженіе стѣнки ея было настолько сильно и послѣдняя была такъ тонка, что легко разорвалась при захватываніи и содержимое изливалось мимо троакара, послѣдній былъ удаленъ и киста вскрыта широкимъ разрезомъ.

По освобожденіи кисты отъ ея содержимаго, она была отдѣлена отъ оставшихся ерошеній, причемъ на нѣкоторыя изъ нихъ были наложены лигатуры. На ножку наложены двѣ лигатуры и опухоль была отрезана. Вторая опухоль, какъ это и предполагалось, лежала покрытою ложными перепонками, глубоко, между листками лѣвой, широкой связки, прилегла къ лѣвому краю матки и доходила съ другой стороны до flexura sigmoidea. По отдѣленіи ерошеній, опухоль была выведена въ разрезъ въ брюшныхъ стѣнокъ и содержимое ея опорожнено троакаромъ. Жидкость оказалась серознаго характера, прозрачною. На широкую связку, подъ основаніемъ опухоли, было наложено 6, цѣпью идущихъ, шелковыхъ лигатуръ и опухоль отрезана. На брюшную рану наложено 14 глубокихъ и два поверхностныхъ шва. Операция длилась 1 часъ. Послѣ операции въ теченіе первыхъ трехъ сутокъ <sup>10</sup> неоднократно поднималась выше 38, доходила даже раза два до 39,0°. При этомъ сильная рвота, довольно значительный метеоризмъ. Пульсъ, однако, все это время былъ ниже 100 ударовъ въ минуту. Съ 4 дня послѣ операции температура пала до нормы и оставалась таковою до дня выписки больной; причемъ въ теченіе послѣоперационнаго состоянія не было никакихъ осложнений. На 10 сутки сняты швы и сшита первая повязка. Ерошеніе раны—первымъ натяженіемъ. На 17 день встала съ постели, а на 24 выписалась изъ клиники, причемъ найдено: матка въ *anteversio*, увеличена, совершенно подвижна, своды пусты, нечувствительны, самочувствіе вполне хорошее.

Лѣвая опухоль при осмотрѣ оказалась содержащей одну полость съ гладкими стѣнками. По задней ея поверхности на значительномъ

протяженіи тянется расширенная фаллопиева труба. Здѣсь-же лежитъ личинка.

№ 12.

И. С. поступила въ клинику 11 февраля 1888 года. Крестьянка Пермской губерціи, 33 лѣтъ, не замужняя. Менструруетъ съ 14 лѣтъ, обыкновенно черезъ 4 недѣли по 5 дней; за время-же болѣзни черезъ 3 недѣли по 3 дня. На 21 году забеременѣла и родила нормально.

Жалуется на боли внизу живота, преимущественно во время регуль, которая въ первый разъ появилась около 5 л. тому назадъ. Особенно же сдѣлались онѣ (боли) упорны въ теченіе послѣдняго года.

Status praesens. Больная—бронетка, крѣпкаго сложенія, высокаго роста, хорошаго питанія. Животъ не увеличенъ, стѣнки нормальны. При ощупываніи внизу живота и справа определяется круглаго очертанія опухоль, наибольшимъ своимъ сегментомъ лежащая въ полости малаго таза. Per vaginam: p. vag. цилиндрической формы, обращена влѣво. Матка увеличена въ объемъ, плотна, ограниченно подвижна въ *anteflexio*, сшита влѣво. Правый сводъ занятъ опухолью эластической консистенціи, неболезненнымъ, мало подвижною, величиною въ кулакъ взрослого. Опухоль прилегаетъ къ правому краю матки и тѣсно соединяется съ нею. Придатки не определяются.

Диагноз: *Cystoma parovarii dextri intraligament*.

Операция произведена 20 февраля. Для того, чтобы приподнять опухоль, въ рукавъ положенъ колыпейринтеръ. Брюшная стѣнка разрезана по белой линии на протяженіи 17 см., между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Для болѣе удобнаго оттягиванія брюшныхъ стѣнокъ, съ каждой стороны наложено по 2 провизорныхъ лигатуры. При изслѣдованіи рукою опухоль, какъ и было предположено, оказалась лежащей между листками правой широкой связки, съ одной стороны, прилегла ко всему правому краю матки, а съ другой—доходя до соответственной стѣнки таза. Пункціей выпущено 500 к. с. прозрачной, серозной жидкости, послѣ чего отверстие въ стѣнкѣ кисты было расширено и изслѣдована внутренняя поверхность ея. Опухоль оказалась однополостною, съ гладкими и тонкими стѣнками; нижній отдѣлъ ея имѣлъ настолько глубокое положеніе, что непосредственно соприкасался со сводами влагалища. Имѣя въ виду такое положеніе опухоли и характеръ ея анатомическаго строенія, было рѣшено окончить операцию по способу проф. Лебедева. Послѣ перевязки *arter. spermatica* и вѣтвей *art. uterinae* въ



соответственной мѣстѣ, стѣнка кисты обшита цѣлообразно 5 лигатурами и выше ихъ насколько возможно больше резецирована. Глубина оставшейся полости равнялась приблизительно 5 см. Брюшная рана закрыта 14 глубокими и двумя поверхностными лигатурами. Наложена обычная повязка. Операция длилась часъ.

Послѣоперационное теченіе безъ малѣйшихъ осложненій, высшая температура 37,7°, высшій пульсъ 92. Швы сняты на 10 день, тогда-же смѣнена и первая повязка. Сроченіе—первымъ натяженіемъ по всему разрѣзу. На 16 день больная начала ходить, а на 24 выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполне здоровою. При этомъ найдено: матка подвижна, въ правомъ сводѣ прощупывается плотный, слегка чувствительный, сращенный съ окружающими частями узелокъ, величиною въ сливу. Въ лѣвомъ заднемъ сводѣ определяется смѣщенный яичникъ.

## № 13.

П. А. поступила въ клинику 17 февраля 1888 года. Уроженка Петербургской губерніи, 22 лѣтъ, дѣвица, учительница. Регулы появились въ 16 году, обыкновенно были черезъ 5 недѣль, продолжались по 5 дней; за время-же болѣзни приходили черезъ 4 недѣли.

Жалуется на сильныя боли внизу живота, слѣва, отдающія въ лѣвую ногу и по временамъ затрудненное мочеиспусканіе. Больна 5 мѣсяцевъ.

Status praesens. Больная блондинка, низкаго роста, средняго тѣлосложенія, анемична. Животъ нормальнаго объема. При перкусіи живота, тимпаническій тонъ, за исключеніемъ лѣвой паховой области, гдѣ на небольшомъ пространствѣ существуетъ притупленіе. При опцупиваніи—чувствительность слѣва, внизу живота. Per. vaginae: матка нормальной величины, въ anteflexio, смѣщена кзади. Въ переднемъ и отчасти лѣвомъ сводѣ определяется опухоль, величиною въ апельсинъ, довольно плотной консистенціи, подвижна. Она легко можетъ быть смѣщена и влѣво и вправо, но приподнимается вверху только съ лѣвой стороны матки. Справа определяется нормальный яичникъ. На основаніи сказанныхъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ кисты лѣваго яичника. Cystes intraligament. sinistrum. Операция произведена 24 февраля 1888 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 12 см. Введенною въ полость живота рукою опухоль была легко захвачена и извлечена наружу. При осмотрѣ ножка оказалась состоящею изъ широкой связки и фаллопиевой трубы, такъ что опухоль развилась между листами широкой связки, именно, въ ala ves-

peritoneales. Не широкая ножка была перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Брюшная рана закрыта 12 глубокими и тремя поверхностными швами. Операция длилась 25 минутъ. Въ послѣоперационномъ теченіи, за исключеніемъ учащеннаго пульса въ первые сутки послѣ операции и однократнаго повышенія температуры до 38,1°,—нельзя отмѣтить ничего особеннаго. Швы сняты и смѣнена первая повязка на 11 день. На 22 день больная встала съ постели, а на 31 день выписалась изъ клиники вполне здоровою. При изслѣдованіи найдено: матка въ anteversio, подвижна, своды свободны, нечувствительны.

Описаніе препарата: киста величиною въ апельсинъ, вѣситъ 250 грм. Она тонкостѣнна, наполнена серознымъ, прозрачнымъ содержимымъ, и состоитъ изъ одной полости. Но поверхности кисты тянется неизмѣненная фаллопиева труба, причемъ она очень тѣсно прилежитъ къ опухоли. На противоположномъ отъ абдоминальнаго конца трубы полость находится, тѣсно прилегающей къ стѣнкѣ кисты, неизмѣненный яичникъ. Внутренняя поверхность кисты гладкая.

## № 14.

Е. И. поступила въ клинику 25 февраля 1888 года. Мѣщанка г. Митавы, 56 лѣтъ отъ роду. Регулы больная имѣетъ съ 15 лѣтъ. Они всегда были правильны, появляясь черезъ 3—4 недѣли и продолжаясь по 7 дней. Съ 46 лѣтъ регулы прекратились. Замуземъ больная съ 24 лѣтъ, беременной не была. Въ продолженіи послѣднихъ 17 лѣтъ больная довольно часто страдала со стороны половой сферы и ни разу не лечилась въ больницахъ. Опухоль въ животѣ замѣтила года два тому назадъ. Считаешь себя большою—17 лѣтъ. Жалуется на опухоль, тяжесть и боли въ животѣ, одышку и частые позывы на мочеиспусканіе.

Status praesens. Больная—брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста и питанія. Брюшныя стѣнки истончены, растянуты. На голеняхъ и бедряхъ обѣихъ ногъ значительные варикозные узлы. При пальпации черезъ брюшныя стѣнки определяется опухоль, выходящая изъ малаго таза, она занимаетъ всю брюшную полость и дномъ своимъ стоитъ на 3 см. выше пупка и на 25 см. выше лоннаго соединенія. Опухоль эта ограниченно подвижна какъ сверху внизъ, такъ и справа на лѣво; въ области ея—ясная флюктуация. Измѣреніе живота показало: окружность на уровнѣ пупка—80, наибольшая—90, разстояніе отъ пупка до мочевидаго отростка—13, до лоннаго соединенія—27, до правой sp. il. ant. sup.—20, до лѣвой—20 см.

При перкусии въ области опухоли—тупой тонъ. Наружные половые органы нормальны. Рег. vaginae: матка сильно уменьшена въ объемъ (длина полости 4 см.), определяется смѣшенной кзади и вправо. P. vaginalis совершенно атрофирована, помѣщается въ лѣвомъ углу, укороченнаго до длины 4 см.—влагалища. Здѣсь опредѣляется круглаго очертанія отверстие, ведущее въ полость цервикальнаго канала и матки. Въ переднемъ сводѣ прощупывается незначительный сегментъ опухоли, выполняющей полость живота. Яичники не опредѣлены. При изслѣдованіи мочевого пузыря катетеромъ оказывается, что онъ частью лежитъ впереди опухоли, частью же между нею и маткою,—положеніе, напоминающее собою песочные часы.

Диагнозъ: *Cystoma intraligamentos. sinistr.*

Операция была произведена 9-го марта 1888 года. Стѣнка брюшной полости вскрыта по бѣлой линіи, отъ пупка до лоннаго соединенія, не доходя пальца на 3 до постѣяннаго. Введенною черезъ брюшную разрѣзъ рукою опухоль была изслѣдована полною рукою, причѣмъ оказалось, что она, какъ и было предположено, лежала интралигментарно и при томъ такимъ образомъ, что матка лежала позади опухоли. При этомъ ретіонемъ лѣвой боковой стѣнки таза былъ на столько приподнятъ вверхъ, что *flexura sigmoidea* почти по всему соответствующему краю оказалась тѣсно прилежащею къ опухоли. Для того, чтобы сдѣлать себѣ наиболее доступнымъ нижній отрѣзокъ опухоли,—брюшную разрѣзъ былъ продолженъ внизъ настолько, что въ общемъ онъ простирался до 20 см. Послѣ этого киста была пунктирована троакаромъ и по мѣрѣ ея опорожненія насколько возможно вытянута наружу.

Собрано 3000 к. с. (и около того же количества было потеряно) прозрачной жидкости, соломенно-желтаго цвѣта, щелочной реакціи, уд. в. 1012. По опорожненіи опухоли, отверстие, оставленное троакаромъ въ стѣнкѣ ея, было расширено ножницами и внутренняя поверхность кисты была изслѣдована рукою. При этомъ оказалось, что въ нижнемъ участкѣ опухоли, на днѣ ея находится цѣлый конгломератъ вторичныхъ, небольшихъ полостей, вдающихся въ про- свѣтъ главной полости. Одна изъ нихъ, слабо наполненная, по своему положенію настолько напоминала слабо растянутый мочевой пузырь,—который, какъ ранѣе было сказано, опредѣлялся очень тѣсно прилежащимъ къ опухоли,—что было произведено одновременное изслѣдованіе мочевого пузыря катетеромъ. Послѣ того какъ было установлено, что вышеупомянутый мѣшокъ не есть мочевой пузырь—приступлено къ вылученію опухоли. Оно начато было съ

краевъ разрѣза опухоли и доведено, постепенно углубляясь, до края матки и нижняго отрѣзка кисты.

Здѣсь вслѣдствіе тѣснаго отношенія опухоли къ маткѣ встрѣтилось наибольшее затрудненіе, однако медленно удалось преодолѣть и это. Такимъ образомъ киста была вылучена изъ среды широкой связки и подлежащей кѣтъчатки цѣлкомъ. Вслѣдъ за этимъ растянутая, широкая связка была перевязана 5 шелковыми лигатурами и излишекъ ея удаленъ. Брюшная рана закрыта 15 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операция длилась 50 минутъ. Состояніе оперированной въ теченіе первыхъ 10 дней было вполне хорошо. Т—ра, за исключеніемъ двукратнаго повышенія до 38,2° и 38,4°, на 1 и 4 сутки послѣ операции, держалась около 37,5°. Пульсъ колебался около 90 ударовъ въ минуту. На 10-й день сняты швы, сращеніе—первымъ натяженіемъ по всему протяженію раны. Начиная съ 15 дня больная начала лихорадить, что продолжалось около 2 недѣль: т—ра, давая значительныя утреннія послабленія, по вечерамъ держалась между 38,5° и 39,0°. Такъ какъ со стороны лѣснаго теченія процесса осложненій не замѣчалось, больная не разъ была показываема спеціалистамъ терапевтической клиннки, которые высказались за легкую инфекционную форму заболѣванія неопредѣленнаго характера. На 30-й день больная встала съ постели, чувствуя себя вполне здоровою. На 38-й день выписалась изъ клиннки. При этомъ найдено: P. vaginalis атрофирована матка, незначительной величины, совершенно подвижна. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется плотная нечувствительная опухоль, продолговатой формы. Остальные своды свободны, нечувствительны.

Описание препарата: киста оказалась состоящею изъ одной большой полости и цѣлага ряда болѣе мелкихъ полостей, развѣвшихся, главнымъ образомъ, въ нижнемъ участкѣ опухоли. Стѣнки совершенно гладкія, по всей остальной поверхности здѣсь были покрыты напилломатозными разрастеніями. Всѣ плотной части опухоли (съ неопорожненными мелкими полостями) равняется 430 грам.

№ 15.

Н. С. поступила въ клинику 6 февраля 1888 года. Больная крестьянка Тверской губерніи, 25 лѣтъ отъ роду, незамужняя. Мѣсячныя появились на 18 году, обыкновенно бывали черезъ 3 недѣли по 3 дня; тотъ-же характеръ имѣютъ и за время болѣзни. Родила правильно 1 разъ 4 года тому назадъ. Постродовой періодъ прошелъ правильно, но черезъ 6 недѣль появилось кровотеченіе, которое періодически возобновлялось почти въ теченіе цѣлаго года.

По этому поводу больная лежала в больнице. Жалуетса на боли внизу живота слева, отдающія в лѣвую ногу. Считаетса себя больною со времени послѣднихъ родовъ 4 года тому назадъ.

Status praesens: Больная блондинка, слабаго тѣлосложенія, плохого питанія, средняго роста. Животъ нормальныхъ размѣровъ. При опущиваніи его кромѣ небольшой чувствительности слева внизу, ничего ненормальнаго не опредѣляется. Per vaginam матка нормальнаго объема, плотной консистенціи, находится въ retroversio смѣшена влево. Въ лѣвомъ сводѣ опухоль величинной въ большой апельсинъ, эластической консистенціи, мало подвижная, прилежитъ къ лѣвому краю матки довольно близко. Приподнимая опухоль къ верху, замѣтно одновременно оттягиваніе по тому же направленію и лѣваго свода.

Диагнозъ: Cystoma intraligament. sinistrum.

Операция произведена 16 марта 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, ниже пупка на протяженіи 15 см. Киста пунктирована и выпущено 300 к. д. зеленовато-бурого цвѣта, — жидкости коллоидной (щелочной реакціи уд. в. 1020). При изслѣдованіи черезъ расширенное отверстіе въ стѣнкѣ кисты, она оказалась однополостною, съ гладкими незначительной толщины стѣнками.

Помѣшалась опухоль между листками широкой связки, прилегая довольно тѣсно къ лѣвому краю матки. Глубина положенія нижняго отрѣзка кисты позволяла надѣяться однако на перевязку широкой связки ниже основанія опухоли, къ чему и было приступлено. Наложено 5 цѣвью идущихъ лигатуръ подъ основаніе опухоли и послѣдняя удалена. Брюшная рана зашита 10 шелковыми лигатурами. Операция длилась 42 минуты.

Послѣоперационное теченіе вполне нормально: высшая температура 37,7°, высшій пульсъ—90. Швы сняты и перемѣнена первая повязка на 10 день. Срошеніе брюшнаго разрѣза—первымъ натяженіемъ. Встала съ постели на 14 день, а на 19 день послѣ операции выписалась изъ клиники. При этомъ найдено: матка въ retroversio, подвижна. Правый сводъ свободенъ и безболѣзненъ. Въ лѣвомъ—инфильтратъ, слегка болѣзненный при давленіи, продолговатой формы. По положенію своему онъ соответствовать кульбѣ широкой связки. Самочувствіе больной прекрасное.

№ 16.

П. П. поступила въ клинику 20 января 1889 года. Больная 42 лѣтъ, швея, мѣщанка, уроженка г. Рыбинска, православнаго

вѣроповѣданія. Первые крови появились на 15 году, типъ ихъ установился 4 нед. по 7 дней. Теперь они отсутствуютъ уже три года. Замужъ вышла на 21 году, беременной не была. Въ первый разъ на 24 году почувствовала значительныя боли въ правой паховой области. Обратилась къ врачамъ и получила значительное облегченіе. На 37 году повторились боли въ той же области, которыя также скоро прошли. По словамъ больной, особенно безпоясочно появившееся кровотеченіе въ меж-менструальномъ періодѣ. На 39 году регулы стали уменьшаться въ количествѣ и измѣнили въ тоже время свой правильный типъ. Съ этого же времени начинаютъ замѣчать увеличеніе живота и появились тупыя боли въ паховыхъ областяхъ, принимавшія иногда острый характеръ.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія.

Размѣръ живота: окружность на уровнѣ пупка 91 сант., наибольшая окружность 92 сант., отъ пупка до лобка 22 сант. Опущиваніемъ опредѣляется въ полости живота гладкая опухоль, величинной съ голову взрослого человѣка, эластической консистенціи, мало подвижная.

При перкуссии въ области опухоли получается тупой тонъ, по всей же периферіи имѣется поясъ ясно тимпаническаго характера.

При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ: port. vaginal атрофирована, конической формы. Матка, повидимому, въ состояніи старческой атрофіи, нормальной консистенціи, ограничено подвижна, не болѣзненна; длина полости не опредѣлена, вследствие атріи наружнаго отверстія матки. Правый сводъ выполненъ эластической опухолью, опредѣляемой при наружномъ изслѣдованіи, она тѣсно прилежитъ къ маткѣ, вверхъ не приподнимается.

Диагнозъ. Cystoma intraligament. dextrum et atresia canalis cervicis.

Операция 26 января 1889 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной въ 18 сант. При разрѣзѣ брюшныя ножницами была случайно поранена верхушка высокоподнятаго мочеваго пузыря, но тутъ же рана зашита десятью тонкими шелковыми лигатурами, пузырь вытанутъ впередъ и къверху, брошина подъ нимъ зашита и онъ укрѣпленъ, такимъ образомъ, экстраперитонеально. Опухоль для уменьшенія ея размѣра проколота троакаромъ и выпущено 6437 граммъ жидкости уд. в. 1,025 мутнаго, коричневаго цвѣта. По отдѣленіи срошеній съ peritoneum parietale киста извлечена наружу, на пошку наложено 2 двойныхъ лигатуры

и отрезана ножницами. На брюшную рану наложено 17 глубоких швов. Операция продолжалась 55 минут.

Описание препарата:

Опухоль—киста левой широкой связки. Состоит из одной полости с довольно толстыми гладкими стенками. Весь мѣшок безъ жидкости 201 граммъ. Послеоперационное течение безъ осложнений, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На десятый день сняты швы—первое натяжение. На 28 день выписалась изъ клиники въ удовлетворительномъ состояніи здоровья.

#### № 17.

Н. Б. поступила въ Маринскую больницу—28 января 1889 г. Большая вдова, 45 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые менструаціи появились на 17 году, всегда были неправильны и выделялись въ скудномъ количествѣ; съ годъ, какъ онѣ совсѣмъ прекратились. Рожала одинъ разъ—правильно. Въ 1871 году въ первый разъ замѣтила опухоль соответственно лѣвому яичнику, въ 1873 году опухоль эта исчезла, чтобы появиться вновь въ 1877 году соответственно правому яичнику.

Жалуется на опухоль, частое и болѣзненное мочеиспусканіе и боли внизу живота.

Status praesens. Больная средняго роста и тѣлосложенія, плохого питанія. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаружено.

При осмотрѣ брюшныхъ покрововъ находимъ, что нижняя лѣвая часть живота выпячивается впередъ; при ощупываніи находимъ въ этомъ мѣстѣ опухоль, величиной съ голову взрослого человѣка, эластической консистенціи, съ ясною флюктуаціей; смѣщаемость опухоли больше изъ стороны въ сторону, чѣмъ сверху внизъ и обратно. Справа опредѣляется такая же опухоль, но въ половину меньше. При бимануальномъ изслѣдованіи port. vaginal. конусообразной формы и отдалено влѣво и вверхъ. Длина полости матки 13 сант. Черезъ своды опредѣляются сегменты эластической опухоли.

Диагнозъ. *Cystoma intralig. duplex.*

Операция *Laparocystectomy* 5 февраля 1889 г.

Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной въ 23 сант. По вскрытіи брюшной полости найдено, что обѣ опухоли располагаются интралигаментарно и состоятъ изъ нѣсколькихъ полостей. Лѣвая лежала глубоко въ клетчаткѣ и на внутренней поверхности стѣнки одной изъ полостей имѣла папилломатозныя разрастенія. Подъ основаніе опухоли

наложены цѣпочные швы, сверхъ нихъ опухоль отрезана. Пульсъ во время производства операціи былъ нитевидный. Ко времени удаленія первой опухоли онъ сталъ быстро падать и сдѣлался еле ощутимымъ. Въ виду сего другая опухоль справа, тоже интралигаментарная, спускавшаяся въ малый тазъ и выполнявшая Дугласово пространство, была лишь пунктирована и на мѣстѣ прокола наложены швы.

Брюшные стѣнки сшиты 18 глубокими швами и наложена обычная повязка.

Операция продолжалась 1 часъ.

Послеоперационное теченіе до десятаго дня безлихорадочное, съ десятаго дня идетъ повышеніе температуры до 39,2° (37,2—39,2°), такъ продолжается двѣ недѣли, затѣмъ 1° приходитъ къ нормѣ и больная выписалась на 27 день послѣ операціи. Повышеніе температуры объясняется образоваемъ двусторонняго периметрическаго экссудата на мѣстѣ опухолей.

#### № 18.

А. Г. поступила въ клинику 3 марта 1889 года. Больная 41 года, православнаго вѣроисповѣданія, мѣщанка Тверской губерніи, по занятію портниха. Первые мѣсячныя крови показались на 16 году, типъ ихъ установился черезъ 3 недѣли по 7 дней. Замужъ вышла на 20 году, рожала 1 разъ въ срокъ и 1 былъ выкидышъ на 4 мѣсяцѣ 17 лѣтъ тому назадъ.

По словамъ больной, лѣтъ 10 тому назадъ появилась внизу живота небольшая опухоль, которая черезъ годъ достигла величины куриного яйца. Нѣсколько времени спустя, при случайномъ паденіи съ лѣстницы эта опухоль лопнула, послѣ чего явились весьма сильныя боли въ области живота, сопровождавшіяся рвотой, лихорадочнымъ состояніемъ. Мѣсяца черезъ три, четыре больная стала замѣчать вновь растущую опухоль, повидимому, такого же характера. Эта опухоль также, приблизительно, черезъ годъ лопнула. Спустя два мѣсяца послѣ этого, снова появилась опухоль, которая увеличивалась сначала медленно, но съ осени прошлаго года стала расти весьма быстро. Съ осени же появилась и боль внизу живота, увеличивающаяся во время регулъ.

Status praesens.

Брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. При наружномъ осмотрѣ больной замѣчается рѣзкое увеличеніе живота до размѣровъ, какое онъ обыкновенно имѣетъ на 9 мѣсяцѣ беременности. Наибольшая окружность 93 сант. Опухоль плотно-эла-

стической консистенции, продольный размеръ ея 29 сантим., поперечный 33 сантим. Опухоль, повидимому, приращена къ передней брюшной стѣнкѣ, дасть ясную флюктуацию. При бимануальномъ изслѣдованіи влагалитная часть матки отклонена влѣво; тѣло матки пригнуто немного къверху и влѣво, увеличено и болѣзненно. Въ правую сторону сдѣлать невозможно. Длина ея полости 12 $\frac{1}{2}$  сантим. Въ правомъ и заднемъ сводѣ прощупывается узловатая опухоль, довольно плотная, которая, какъ будто, съ первой опухолью ничего общаго не имѣетъ. Первая опухоль или главная довольно трудно достгается пальцемъ со стороны влагалитца. Растетъ, повидимому, intraligamentar'но изъ лѣвой широкой связки и тянетъ за собою матку влѣво и къверху. Опухоль, прощупываемая въ правомъ и заднемъ сводѣ, принадлежитъ, по всей вѣроятности, правой фаллопиевой трубѣ.

Диагнозъ. *Cystoma ovarii intraligament. sinistr.*

Терапія. *Laparocystectomy* 15 марта 1889 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи выше пупка дл. = 23 сантим. По вскрытіи брюшной полости вытекло большое количество водянистой жидкости. Киста съ очень толстыми стѣнками пунктирована троакаромъ и выпущено 3900 куб. сантим. мутной зеленовато-грязного цвѣта жидкости. При изслѣдованіи черезъ рану полной рукой оказывается, что опухоль сверху и спереди и внизу справа сросена съ салникомъ, но сращения эти неплотныя, разорваны рукой, опухоль растетъ интралигаментарно съ лѣвой стороны, идетъ позади матки и переходить на правую сторону ея; на лѣвой сторонѣ опухоли замѣчается сильно растянутая жидкостью фаллопиева труба. При выведеніи опухоли изъ брюшной полости труба лопнула, и изъ нея вытекла серозная жидкость. Мѣшокъ кисты былъ вскрытъ широкимъ разрезомъ ножницами и сдѣлана попытка вылученія кисты съ краевъ, но, благодаря очень тѣсному плотному сращенію, это сдѣлать не удалось. Тогда вошли рукой въ полость кисты, разорвали другой отдѣлъ опухоли, лежавшей снизу и сдѣла: отдѣлъ болѣе плотный и представлявшій изъ себя полость, наполненную папилломатозными разрастеніями. Разрастенія эти полностью удалены рукой, послѣ чего представлялась возможность приподнять дно кисты отъ подлежащей ткани. На широкую связку подъ дно кисты наложено 6 цѣнеобразныхъ швовъ. Опухоль сръзана; культи опущена въ брюшную полость. Брюшная рана зашита 24 глубокими шелковыми швами, наложена обычная повязка. Операция продолжалась 1 часъ 45 мин. Постоперационный періодъ протекъ безъ осложнений. Самая высокая температура 38,4° на 4 день. Выписалась здоровой на 28 день послѣ операции.

И. З. поступила въ клинику 10 декабря 1889 года. Больная 31 года, православнаго вѣроисповѣданія, Московской губерніи, дворянка. Первая менструація на 14 году, тѣмъ регуляръ до заболѣванія черезъ 4 недѣли, по 7 дней, во время болѣзни черезъ 4 недѣли по 4—5 дней. Замужъ вышла на 24 году, беременной не была. 6 лѣтъ болная стала чувствовать тяжесть въ животѣ и увеличеніе его. 3 года появились сильныя боли въ крестцѣ и поясницѣ. Отправленія кишечника неправильныя, часто поносы съ тенезмами. 12 апрѣля сего года была сдѣлана пункция и выпущено 35 ф. воды. Мѣсяцъ тому назадъ животъ опять сталъ быстро расти.

Жалуется на опухоль, боли въ животѣ, поясницѣ и лѣвомъ боку.

*Status praesens.* Больная брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Животъ представляется на взглядъ значительно увеличеннымъ, при измѣреніи: окружность на уровнѣ пупка 119 сантим., наибольшая окружность 122 $\frac{1}{2}$  сантим., отъ мечевиднаго отростка до пупка 27, отъ пупка до лоннаго соединенія 24, отъ прав. sb. il. ant. sup. до пупка 27, отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 28 сантим. Перкуссия даетъ тупой тонъ по всему животу. При ощупываніи находимъ въ полости живота опухоль эластической консистенціи, флюктуирующую; опухоль подвижная доходить до пупка и глубоко спускается въ полость малаго таза. Въ полости живота—ascites. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалитная часть конической формы, небольшого объема, тѣло матки не опредѣляется; черезъ своды особенно прав. прощупываются сегменты, эластической опухоли, выполняющей и выпячивающей своды кулака.

Диагнозъ—*Cystoma intraligament. parovarii dextr.*

21 декабря для облегченія дыханія больной была сдѣлана пункция, причемъ было выпущено 8000 куб. с. кровянистой жидкости. 24 декабря произведена операция. Разрѣзъ по бѣлой линіи 22 сантим. При вскрытіи брюшной полости вылилось большое количество кровянистой жидкости. Опухоль была сросена съ *perit. parietal.* и салникомъ. Она, по отдѣленіи сращеній, была пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено 1400 куб. с. зеленовато коллоидной жидкости. Киста оказалась многополостной и отдѣльныя полости ея были опорожнены. Затѣмъ она была извлечена изъ брюшной полости: оказалось, что она сидитъ на широкимъ основаніи, глубоко въ полости малаго таза. Полное удаленіе оказалось невозможнымъ и поэтому было рѣшено предпринять открытый способъ леченія. На осно-

ваніе опухоли наложенъ былъ эластическій жгутъ и стѣнки опухоли на сколько возможно срезаны; затѣмъ основаніе опухоли выше жгута было перетянуто двумя кистевыми швами; ножка опухоли вшита въ нижній уголъ брюшной раны катgutовыми швами. Верхняя часть брюшной раны и нижняя закрыты 18 глубокими шелковыми швами. Поверхность ножки опухоли смазана 01. Martis и наложена обычная повязка.

Продолжительность операціи 1 ч. 30 м.

Послеоперационный періодъ протекалъ первое время безлихорадочно, а затѣмъ при повышенной температурѣ, которая пришла къ нормѣ только за 16 дней до выхода больной изъ клиники. На 10 день сняты швы—первое натяженіе раны. На 17 день удаленъ жгутъ. Рана постепенно гранулировалась и выходили ключья омертвѣвшей ткани. На 112 день переведена въ I хирургическое отдѣленіе клиническаго госпиталя. При изслѣдованіи найдено на мѣстѣ культи фистулезное отверстіе. Удаленная опухоль представляетъ собою многополостную кисту; стѣнки ея не вездѣ одинаковой толщины; внутренняя поверхность ихъ во многихъ мѣстахъ покрыта напильма-тозными разроженіями желтоватаго цвѣта. Въ одномъ мѣстѣ съ правой стороны онѣ проросли на наружную поверхность опухоли. Удаленная жидкость коллоиднаго характера. Вѣсъ опухоли 475 grm. Длина 21 с., ширина 18 сант.

#### № 20.

A. X. поступила въ клинику 14 ноября 1889 года. Больная 23 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, дворянка, родилась въ Подгавской губерніи, дѣвица. Первые крови появились на 12 году и съ самаго начала стали сопровождаться болями внизу живота, преимущественно съ правой стороны. Боли начинались за недѣлю до регулъ и особенно сильно въ теченіе первыхъ трехъ дней, затѣмъ постепенно ослабвали. Регулы приходятъ черезъ 3 недѣли, но болѣею частью гораздо раньше и продолжаются отъ 4 до 9 дней. Послѣдній годъ состояніе больной значительно ухудшилось; боли внизу живота сдѣлались почти постоянными, присоединилось не-пріятное чувство напиранія на низъ и усилились нервные пестрические припадки, которыми страдаетъ уже съ дѣтства. Блондинка, средняго роста, слабого тѣлосложенія и питанія. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія ничего особеннаго не замѣчается. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны; ходитъ съ трудомъ, болѣею частью съ помощью другихъ лицъ.

Наружные половые органы нормальны, дѣвственная плева цѣла,

полулуиной формы. Изслѣдованіе произведено per gestum, при чемъ констатировано слѣдующее: въ маломъ тазу сѣва отъ матки пемѣщается опухоль величиной въ два кулака, эластической кони-стенщи, совершенно гладкая, опухоль выводится изъ полости малого таза и при оттягиваніи кверху верхній край ея становится на 1 палецъ выше пупка; лѣвый сводъ при этомъ затѣмъ вытягивается.

Матка смѣщена вправо и не можетъ быть выведена изъ этого положенія, величина ея нормальна, изгибъ ея кпереди.

Диагнозъ. *Cystoma intraligamentosum sinistrum.*

Операція 26 ноября 1889 года. Хлороформированіе удалось довести до глубокаго наркоза съ нѣкоторымъ трудомъ, т. к. по временамъ дыханіе останавливалось. Брюшная стѣнка вскрыта отъ пупка внизъ по *lin. alba* на 16 сант. Опухоль, представлявшая дѣйствительно кисту лѣвой широкой связки, выведена наружу, ножка проколота тупой иглой съ двойной шелковой лигатурой, затянута на обѣ стороны и затѣмъ еще разъ обведена вокругъ всей культи и завязана. Киста отрезана ножницами. Правые придатки не представляли видимыхъ измѣненій. Брюшная рана зашита 14 глубокими шелковыми узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 25 минутъ.

Послеоперационный періодъ протекъ безъ осложненій при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 9 день сняты швы—*prima intentio*.

На 32 день послѣ операціи начались регулы, дня за два до ихъ появленія появились припадки съ потерєю сознанія и исчезли на 3 день отъ начала регулъ. Регулы продолжались 8 дней, все время въ теченіи ихъ больная ходила съ трудомъ (сильная слабость въ ногахъ), по окончаніи менструаціи двигательная способность въ нижнихъ конечностяхъ внезапно возросла въ значительной степени.

На 66 день больная выписалась изъ клиники здоровой. Нервные припадки исчезли.

Описаніе препарата: опухоль яйцевидной формы, имѣетъ въ длину 11 сант., въ ширину 9 сант. Брюшина, покрывающая ее, гладка, блестяща, на передней поверхности опухоли находится темно-багровое пятно, величиной съ серебрянный пятакъ. Это пятно, какъ видно на разрѣзѣ стѣнки, представляетъ собою кровоизліаніе распространенное въ слои брюшины и идущее дальше ея въ стѣнку кисты. На поверхности кисты проходитъ фаллопиева труба, не представляющая видимыхъ измѣненій. Вѣсъ всего препарата 440 grm. Киста состоитъ изъ двухъ отдѣльныхъ полостей: одна величиной съ небольшое куриное яйцо, наполнена густой коллоидной жидкостью—

совершенно прозрачнаго желтоватаго цвѣта, другая полость образуетъ остальную массу опухоли и содержитъ 375 грм. мутной жидкости.

## № 21.

Е. Б. поступила въ клинику 16 декабря 1889 года. Больная дворянка, Тверской губернии, живеть въ Новгородской губернии, 66 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія. Первые регулы пришли на 13 году, тѣшь ихъ черезъ 4 недѣли, 6—7 дней. Замужъ вышла на 20 году, рожала 4 раза, послѣдніе роды 40 лѣтъ тому назадъ. 7 лѣтъ тому назадъ стали отекають ноги, затѣмъ животъ, руки и лицо; бывало сердцебиеніе. Подъ вліяніемъ леченія въ теченіе 4 лѣтъ значительно уменьшились. Около года тому назадъ больная стала замѣчать увеличеніе живота, но не рѣзко. Въ февралѣ мѣсяцѣ появилась тупая боль въ лѣвомъ паху, по временамъ усиливающаяся. Въ концѣ мая показались крови, отсутствовавшія 20 л., продолжались недѣлю, затѣмъ прекратились на 1½ недѣли, открылись снова и продолжались 2 мѣсяца. Весною животъ сталъ быстро расти, ноги, особенно правая,—отекають. Крови больше не показывались.

## Status praesens.

Брюнетка, умѣреннаго тѣлосложенія, высокаго роста, плохаго питанія. Животъ представляется увеличеннымъ, размѣръ его на уровнѣ пупка 122 сант.; наибольшая окружность 122 сант.; отъ мечевиднаго отростка до пупка 36 сант. отъ пупка до лоннаго соединенія 25 сант.; отъ прав. Sp. il. sup. до пупка 32 сант., отъ лѣв. ant. sp. il. ant. ant. до пупка 32 сант.

При бимануальномъ изслѣдованіи: влагал. часть нормальнаго объема, цилиндрической формы, направлена книзу и взади, тѣло матки отклонено взади и влѣво, плотной консистенціи, увеличено, подвижно. Длина полости 11 сант. Правый сводъ, а также и задній выпонаны эластической опухолью, которая занимаетъ почти всю брюшную полость. Опухоль представляется гладкой, равномѣрной по всей своей поверхности.

Диагнозъ: *Cystoma intraligamentodes dextrum. Post operationem: cystoma intraligamentodes sinistr. et peritonitis serosa partialis.*

3 января 1890 года сдѣлана пункція по средней линіи живота на 4 поперечныхъ пальца ниже пупка; троакаръ прошель въ инкапсулированную полость, содержащую асцитическую жидкость. Выпустивъ достаточное количество жидкости, не вынимая троакара, сдѣланъ проколъ стѣнки кисты.

Асцитическая жидкость соломенно-желтаго цвѣта, удѣльный вѣсъ = 1017, реакція щелочная, количество 5400 куб. сант. Жидкость, выпущенная изъ кисты = 4000 куб. сант., кофеино-краснаго цвѣта, удѣльн. вѣса 1019, реакція слабо-щелочная. Послѣ пункціи наибольшая окружность живота 98 сант. Операция 5 января 1890 г. Разрѣвъ проведенъ черезъ расширенное пупочное кольцо по бѣлой линіи длиной въ 22 сант., вышло значительное количество асцитической жидкости. Для уменьшенія раздѣловъ кисты, она пунктирована троакаромъ и выпущена жидкость совершенно таково-же характера, какъ и раньше выпущенная за день до операціи. При изслѣдованіи черезъ рану опухоль оказалась срощена справа и сверху съ петлей тонкихъ кишечъ посредствомъ тонкой перепонки и съ правой нижней брюшной стѣнкой. Эти срощенія разрѣзаны между двумя лигатурами; въ нижнемъ углу раны опухоль была срощена дожными перепонками, содержащими крупныя венозные сосуды, также съ передней брюшной стѣнкой; повидимому, этотъ пучокъ ткани былъ остатокъ нижней части сальника въ области мочевого пузыря, а затѣмъ при дальнѣйшемъ ростѣ кисты отдѣлившася отъ остальнаго сальника. На эти перепонки наложены двѣ лигатуры и затѣмъ отдѣлены ножницами. По отдѣленіи срощеній опухоль извлечена наружу. Ножка ея оказалась довольно значительной ширины, около 10 сант., образована лѣвой широкой связкой и перекручена по своей оси справа налѣво. Она перевязана двойной шелковой лигатурой въ два пучка и опухоль отрѣзана.

Послѣ этого прилеплено къ наложенію швовъ на брюшную рану; дойдя до пупка, съ той и другой стороны былъ эксцидированъ избытокъ утонченнаго пупочнаго кольца и брюшина немного отсепарована отъ кѣтъчатки. Всѣхъ швовъ наложено 22. Операція продолжалась 40 минутъ.

## Описание препарата:

Интралигаментарная киста лѣвой стороны развилась, повидимому, изъ *hulus ovarii sinistri*. Торсированная ножка образована лѣвой широкой связкой. По поверхности кисты тнзается труба. Стѣнки кисты послѣ ея вскрытія оказываются немного отечными, неодинаковой толщины, мѣстами образуя патные бугры соединительной ткани, на внутренней поверхности кое гдѣ видны папиллярныя разроженія.

Вѣсъ мѣшка кисты 1860 граммъ.

Количество выпущенной жидкости = 4000 куб. сант. при микроскопическомъ изслѣдованіи содержитъ характерныя блестящія коллоидныя шары, детритъ и небольшое количество бѣлыхъ и красныхъ шариковъ.

Послѣоперационное состояніе: Первые 8 дней теченіе безлихора-

дочное. На 9 день начинает повышаться температура, в этот же день сняты швы, — из всех швов значительное выделение гноя. Температура все время лихорадочная, по временам доходит до 39,5° сь рѣзкими утренними паденіями до 36 и даже до 35,5°. Вь верхнемь углу раны на 48 день послѣ операциі появилось свищевое отверстие, изь котораго выдѣляется значительное количество прозрачной жидкости, повидимому, изь ограниченного асцита; затѣмь это отдѣленіе принимаеть гноевидный характерь сь запахомь. На 63 день открывается вь области пупка другой свищъ, изь котораго также выдѣляется весьма значительное количество серозной жидкости сь запахомь сѣроводорода; къ этому отдѣленію вкорѣ примѣшивается гной.

Больная постепенно слабѣетъ, худѣетъ, лишается сна и аппетита и, несмотря на соответствующую терапію, на 77 день послѣ операциі умираетъ.

При вскрытіи найдено слѣдующее:

На животѣ по средней линіи, надъ пупкомъ замѣчается рана, проникающая вь полость ретитонеі; покрыта грануляціями. Отъ этой раны вверху продолжается рубецъ на протяженіи 5 сант. и кверху такой-же рубецъ на протяженіи 4,5 сант. Выше пупка на рубцѣ представляется отверстие свищеваго хода, ведущаго вь подкожную ткань около 3 mm. диаметра. Ретитонемъ почти по всей поверхности окрашенъ вь сѣроаспидный цвѣтъ, вь полости его мѣстами гноевидная жидкость. Между кишками, брюшными стѣнками и сѣбными органами имѣются многочисленныя, старыя сращения. Печень приросена старыми перепонками къ диафрагмѣ и кишкамъ, сильно мускатна; вь правой додѣ серозная киста сь глубинное яйцо. Селезенка немного увеличена, плотно прирашена къ диафрагмѣ, блѣдна. Почка нѣсколько увеличена поверхность особенно правой почки зерниста, ткань блѣдна, дряблa, капсула напряжена и снимается сь трудомъ. S. Romanumъ плотно приросена къ маткѣ и на мѣстѣ приросенія представляетъ на слизистой оболочкѣ нѣсколько небольшихъ отверстій свищеваго хода, ведущаго изь, подъ слизистой ткани вь полость брюшины, около матки. Матка длиной вь 7,5 сант., шириной около 5 сант., полость нѣсколько растянута, слизистая оболочка утолщена, гиперемирована, покрыта слизью; на задней стѣнкѣ около дна бѣловатая, плотная опухоль вь лѣвой орѣхъ. Правый яичникъ сморщенъ, содержитъ серозную кисту вь лѣвой орѣхъ. Широкиа связки, особенно лѣвая, сморщены. Лѣваго яичника не найдено.

Ө. А. поступила вь клинику 5 Февраля 1890 года. Крестьянка, 30 лѣтъ, горничная. Регулы сь 14 лѣтъ, типъ ихъ: черезъ 3 недѣли по 7 дней, безъ болей. Последніе регулы, вь количествѣ нѣсколькихъ капель, были 18 января. Рожала 2 раза, послѣдній разъ 2 1/2 года тому назадъ.

Жалуется на тошноту вь теченіе послѣднихъ 3 недѣль, рвоты не было.

Status praesens. Хорошаго сложенія, немного исхудалая, кожа и скелеры слегка иктеричны. Вь лѣвой подвздошной области опухоль овальной формы, величиною сь гусяное яйцо, эластической консистенціи, подвижная во все стороны. Матка увеличена, дно ея стоитъ пальца на 1 1/2 надъ лобкомъ, характерной консистенціи для беременности. Отъ лѣваго бока матки къ опухоли прощупывается шпурокъ.

Diagnos: Cystoma ovarii sinistri. Graviditas.

Ovariectomy 22 апрѣля 1890 г. Тонкая ножка перевязана вь 2 пучка. Рана закрыта 9 шелковыми швами. Послѣ операционное теченіе гладкое. Вь первый вечеръ послѣ операциі температура была 38,3°, пульсъ 68, дыханіе 18. Швы сняты на 8 день—первое натяженіе. Черезъ 2 недѣли послѣ операциі послѣдовала выкидышь 2 1/2 мѣсячный, котораго теченіе было также правильное. Выписалась здоровой на 35 день послѣ операциі.

Описание препарата:

Киста лѣваго яичника развившаяся межсвязочно. Удаленъ наружный конецъ фаллопеевой трубы на протяженіи 5 см.

Т. В. поступила вь клинику 16 февраля 1890 года. Больная 44 лѣтъ, замужня (замужемъ 28 лѣтъ), православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Ярославской губерніи; крестьянка, занимается деревенскимъ хозяйствомъ.

Первыя регулы пришли на 18 году, приходили всегда правильно какъ до болѣзни, такъ и во время нея: черезъ 3 недѣли по 5—6 дней; вь послѣднее время стали только нѣсколько обильнѣе. Замужъ вышла на 17 году, беременна не была ни разу. Была всегда здорова. 3 году тому назадъ она замѣтила вь полости живота, вь нижней части его сь лѣвой стороны, небольшую опухоль. Опухоль мало беспокоила ее, пока не достигла большихъ размѣровъ; появилась одышка при ходьбѣ и тяжесть внизу живота.



30 июля 1889 года въ Ярославѣ была сдѣлана пункция опухоли. послѣ чего она совсѣмъ опала и больная около 5 мѣсяцев чувствовала себя хорошо, ходила, работала, какъ и прежде, пока опухоль не достигла прежнихъ размѣровъ.

Status praesens. Шагенка, среднего роста, умѣренного питанія. Животъ представляется равномерно шарообразно увеличеннымъ; подложечная ямка значительно углублена. Окружность на уровнѣ пупка 105 сант., наибольшая окружность живота 105.

Отъ пупка до мечевиднаго отростка . . . . .	26 сант.
Отъ пупка до лоннаго соединенія . . . . .	23 сант.
Отъ пупка до прав. sp. il. ant. sup. . . . .	25 сант.
Отъ пупка до лѣв. sp. il. ant. sup. . . . .	26 сант.

При перкуссии соответственно выпяченной части живота повсюду тупой звукъ. Выше опухоли и въ поясничныхъ областяхъ тимпаническій звукъ. При пальпации опредѣляется въ полости живота большая шарообразная опухоль, ясно флюктуирующая повсюду, за исключеніемъ верхнихъ частей, гдѣ опухоль имѣетъ плотную консистенцію. Опухоль имѣетъ ограниченную подвижность во всѣ стороны. Наружные половые органы нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis конической формы нѣсколько увеличена, плотна, обращена назадъ и влѣво, наружный зѣвъ узокъ; матка плотна, немного увеличена, болѣзненна, въ ante-flexio et latero versio dextra подвижность ея ограничена; длина полости зондомъ 12 сант. Черезъ задній сводъ опредѣляется тѣло плотной консистенціи, величиной въ куриное яйцо, продолжающееся далѣе вправо. Черезъ лѣвый сводъ можно прощупывать нижній сегментъ большой опухоли, опредѣляемой наружными приемами. Per rectum эти данныя подтверждаются, причемъ матка представляется замѣтно вытянутой вверхъ. Негаг'овскимъ способомъ изслѣдованія убѣждаемся, что опухоль, оттягиваемая въ сторону, влечетъ въ томъ-же направленіи и матку. Диагнозъ. Cystoma ovarii sinistri intraligamentod. et fibroid. subserosum uteri.

Терапія—овариотомія 10 марта 1890 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, но такъ какъ разръзъ оказался недостаточнымъ для извлеченія опухоли, то онъ былъ продолженъ вверхъ (обходя пупокъ влѣво), длина всего разръза 17 сант. Стѣнка кисты вскрыта широкимъ разръзомъ, причемъ вытекло значительное количество серозной жидкости буровато-рвѣта и опухоль уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. Киста дѣйствительно оказалась интралигаментарной, многополостной, развьившейся изъ лѣваго яичника. Стѣнка кисты была срослена въ двухъ

мѣстахъ съ салъникомъ и съ flexura sigmoidea, эти сросненія были такъ плотны, что пришлось ихъ перерѣзать между двумя лигатурами.

Для удаленія опухоли, подъ ея основаніе, черезъ широкую связку проведено 9 лигатуръ, именно: 3 двойныхъ и 3 одиночныхъ. Опухоль поверхъ лигатуръ сръзана ножницами, а изъ культи оставшаяся часть кисты вышущена, ножка опущена въ брюшную полость.

Правые придатки оказались неизмѣненными, а опухоль, прощупываемая черезъ правый и задній сводъ, есть небольшой субсерозный фиброидъ, величиной въ куриное яйцо, исходящій изъ праваго угла матки. Онъ былъ удаленъ послѣ перевязки ножки его въ два пучка, двѣиной шелковой лигатурой, ножка опущена въ полость таза.

Брюшная рана зашита 15 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операция продолжалась 1 часъ. Кровотеченіе незначительное. Хлороформу истрчено 60 граммъ. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. На 28 день выписалась изъ клиники здорова.

## № 24.

М. С. поступила въ баракъ Рождественской больницы 5-го мая 1890 года. Вдова писаря, 56 лѣтъ, портниха, православнаго вѣроисповѣданія. Регулы на 17 году, черезъ 4 недѣли по 7 дней въ обильномъ количествѣ и съ болями. Регулы кончились 12 лѣтъ тому назадъ. Всегда была здорова и только съ годъ тому назадъ животъ сталъ увеличиваться и теперь достигъ значительной величины. За это время больная сильно похудѣла.

Больная среднего роста, плохого питанія. Животъ представляется значительно увеличеннымъ: окружность 109 сант., отъ лобка до пупка 25 сант., до мечевиднаго отростка 52 сант. Брюшные покровы растянуты, подкожныя вены сильно развиты. Въ полости живота прощупывается опухоль эластической консистенціи, круглой формы. Верхняя ея граница лежитъ на серединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Опухоль не срослена съ наружными покровами и имѣетъ полную подвижность во всѣ стороны. Въ опухоли опредѣляется ясная флюктуация, а въ полости живота присутствіе асита. Наружныя половыя части и рукавъ находятся въ состояніи старческой атрофіи. Матка стоитъ высоко, шейка ея очень небольшой величины. Ни дно матки, ни нижній сегментъ опухоли не прощупываются.

Диагноз: *Cystoma ovarii*; post. operationem *cystoma ovarii sinistri intraligamentodes*.

Терапія.—Овариотомія 13 мая 1890 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 16 сант. По разрѣзѣ брюшной стѣнки вытекло много водяночной жидкости. Киста оказалась двѣсторонней, межсвязочной, съ широкой ножкой, на половину перекрученной. Опухоль лежала въ правой половинѣ таза, отгбъсна матку влѣво и вверхъ. При проколѣ кисты вытекло 4000 к. сант. мутной жидкости. Ножка опухоли перевязана въ 7 пучковъ, причѣмъ въ 2 пучка захвачена часть стѣнки матки. Опухоль срѣзана, культи обколота и прижжена Пахленомъ, такъ какъ изъ нея показалось кровотеченіе. Опухоль была плотно срощена съ салыникомъ. Брюшная рана зашита 15 глубокими швами. Опухоль многополостная киста съ небольшими пилломатозными разроженіями по внутренней ея поверхности. Постъ-операционное теченіе шло влѣдъ гладкое. На 11 день сняты швы—первое натяженіе. На 21 день выписалась здоровой.

#### № 25.

О. Б. поступила въ клинику 19 ноября 1890 года. Жена офицера, 33 лѣтъ, уроженка Томской губерніи, живетъ въ Мервѣ, по занятію акушерка, православнаго вѣроисповѣданія. Первые мѣсячныя крови пришли на 17 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 2—3 дня. За время болѣзни являютя такъ-же, исключая трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ 90 года (май, іюнь и іюль), когда регулы повторялись черезъ каждыя двѣ недѣли и длились по 5—6 дней. Въ апрѣлѣ мѣсяцъ 90 года замѣтила въ первый разъ внизу живота съ лѣвой стороны опухоль, величиной съ дѣтскую головку, совершенно безболѣзненную; въ маѣ подобная опухоль была замѣчена и съ правой стороны, величиной съ небольшое яблоко. Въ сентябрѣ лѣвая опухоль исчезла, правая же стала быстро расти. Въ апрѣлѣ 1888 года было воспаление праваго яичника. Жалуется большая на боль и оѣмѣніе правой конечности и боль внизу живота.

*Status praesens*. Брюнетка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.

Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего ненормальнаго не замѣчается.

При ошупываніи живота опредѣляется подвижная во всѣ стороны, плотная, круглая опухоль, помѣщающаяся больше въ правой сторонѣ живота. Высота ея надъ лобкомъ 16 сант., наибольшая ширина 14 сант.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка расположена впереди и влѣво

въ *anteversio*, черезъ правый сводъ опредѣляется опухоль круглаго очертанія, эластическая, выполняющая, главнымъ образомъ, всю правую половину таза, отъ дна матки она ясно отграничена бороздой. При движеніи опухоли немного движется и матка. Диагнозъ колеблется между кистой праваго яичника и правой интралигаментарной.

Терапія—овариотомія 12 декабря 1890 года.

Разрѣзъ проведенъ по бѣлой линіи отъ пупка по направленію къ лонному соединенію длиною 14 сант.; брюшина вскрыта ножницами.

Опухоль оказалась кистой правой широкой связки. Троекратомъ выпущена изъ нея прозрачная, серозная жидкость; послѣ неудавшейся попытки вылущить кисту, такъ какъ стѣнки ея легко рвались при вылушеніи, сдѣлана частичная резекція кисты, причѣмъ удалена большая часть стѣнки кисты (кусочекъ длиною въ 10 сант., шириною въ 6 сант.). На остатокъ мѣшка кисты наложенъ кистеобразный шовъ (5 лигатуръ). Кровотеченія при резекціи не было. Брюшная рана зашита наглухо 14 глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція длилась 40 минутъ.

Постъоперационный періодъ протекъ безъ осложненій. Наибольшее повышеніе температуры было разъ 38,5 у большой, нѣсколько разъ тошнота и рвота, метеоризмъ и сильныя боли въ животѣ.

Швы сняты на 9 день, рана зажила первымъ натяженіемъ; на 18 день встала; на 27 день выписалась изъ клиники здоровой. При выпискѣ найдено: матка въ *anteversio*, своды свободны и нечувствительны.

Количество выпущенной жидкости 1100 куб. сант., реакція нейтральная, удѣльный вѣсъ 1,014.

#### № 26.

А. П. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 23 сентября 1890 года. Крестьянка, 39 лѣтъ, занимается хлѣбопашествомъ. Регулы начала носить съ 18 лѣтъ, типъ ихъ черезъ 3 недѣли по 6 дней, послѣдній годъ довольно обильные. Рожала 12 разъ, послѣдній разъ около 7 мѣсяцевъ тому назадъ.

Около  $\frac{1}{2}$  года тому назадъ замѣтила въ животѣ опухоль, величиной съ кулакъ, которая стала постепенно расти. Въ теченіе послѣднихъ трехъ лѣтъ, мѣсяца черезъ 2—3 являютя боли въ лѣвой подвздошной области, отдающіяся въ переднюю поверхность лѣваго бедра.

Большая средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, анемичная. Животъ представляется увеличеннымъ опухолью, занимающей всю

его нижнюю половину. Округлость живота 98 сант. Высота опускается 21 сант., ширина 17 сант. Опухоль поперечно-овальной формы, величиной съ голову взрослого человѣка. Поверхность ея гладкая, консистенція эластическая (флюгуируеть). Опухоль совершенно безболѣзненна, подвижна во все стороны. Отъ нижней поверхности опухоли отходить длинная шнуровидная ножка и направляется къ лѣвому углу матки. Матка въ anteversio, увеличена, полость 9 сант., вродѣ подвижна. Правые придатки матки легко прощупываются, на нормальное мѣстѣ, лѣвые же не прощупываются.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii sinistr. intraligament.*

Овариотомія 12 октября 1890 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 24 сант. Опухоль извлечена наружу, ножка ея шириной въ 10 сант., перевязана въ два пучка и опухоль сръзана. Брюшная рана зашита 21 шелковыми швами.

Продолжительность операциі 40 минутъ. Послѣ операциі чувствовала себя хорошо, рвоты не было. Со 2 на 3 день повышение температуры до 38,5° при пульсѣ 72, дыханіе 28.

На 9 день сняты швы—первое натяженіе; небольшое нагноеніе въ уколахъ 4 среднихъ швовъ. Выписалась на 33 день послѣ операциі здоровой.

Удаленная опухоль однополостная, межсвязочная киста лѣв. яичника. Размѣры 15—16 сант., отрѣзокъ фаллопеевой трубы 17,5 сант.

## № 27.

Е. П. поступила въ клинику 20 февраля 1890 года. Больная 27-ми лѣтъ, солдатка, Новгородской губ., православнаго вѣроисповѣданія, по занятію сидѣлка. Первая мѣсячная крови получила на 16 году и типъ ихъ установился черезъ 3 недѣли по 4—5 дней, въ настоящее время измѣненія въ регулахъ не замѣчается. Замужъ вышла на 18 году, ни разу не рожала.

Жалуется на опухоль живота, боли внизу его и поясищъ.

*Status praesens.* Животъ немного увеличенъ. Въ полости его прощупывается гладкая, круглая опухоль, эластической консистенціи, величиной съ голову взрослого человѣка, совершенно неподвижна.

При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginal. конической формы, направлена вправо, тѣло матки направлено влѣво и впереди, увеличено, плотно. Правый и задній своды выполнены сегментомъ вышеупомянутой эластической опухоли.

Диагнозъ. *Cystoma parovariorum dextri intralig. retroperitoneale.*

Операция—*Laporo-cystectomy.*

Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 23 сант. Опухоль пунктирована троакаромъ и изъ нея выпущена серозно-коллоидная жидкость, затѣмъ стѣнка ея была разрѣзана и, введенной въ полость ея рукой, была изслѣдована внутренняя поверхность кисты, причѣмъ найдено, что опухоль, кромѣ своего глубокаго положенія въ полости малаго таза, поднимается вверхъ и на большомъ протяженіи отслаивается *peritoneum* отъ позвоночника и непосредственно помѣщается на большихъ сосудахъ брюшной полости. Полнаго удаленія опухоли, въ виду опасности раненія большихъ сосудовъ и глубокаго положенія кисты, сдѣлать было нельзя и поэтому, удаливъ большую часть мѣшка, остатокъ его былъ шитъ въ нижній уголокъ раны шелковыми швами и наложена повязка.

Операция продолжалась 1 часъ 10 мин. Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій, на 11 день сняты швы; постепенно выходили куски омертвѣвшей ткани. 15 апрѣля 1890 года, въ виду закрытія клиники, переведена въ хирургическую клинику проф. Ратимова, откуда выписалась здоровой и служила снова въ сидѣлкахъ.

Киста однополостная съ гладкими, тонкими стѣнками и серозно-коллоиднымъ содержимымъ.

## № 28.

Больная А. М. поступила въ клинику 1893 г. 3 января. Мѣщанка Спб. губ., 41 года отъ роду, служить надзирательницей въ школѣ. Жалуется на общую слабость, боли внизу живота, въ особенности съ лѣвой стороны, главнымъ образомъ усиливающимися передъ регулами. Первая менструація появилась у нея на 14 году; типъ ихъ—черезъ 4 недѣли по 3 дня, за время болѣзни онѣ появлялись раньше и были обильнѣе; больная ни разу не рожала, считаетъ себя больной около 3 лѣтъ.

*Status praesens:* Больная правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, плохого питанія; животъ представляется нѣсколько увеличеннымъ съ лѣвой стороны внизу. Размѣры его: на уровнѣ пупка—78, наибольшая—81, отъ мечевиднаго отростка до пупка—14, отъ пупка до лоннаго соединенія—19, отъ правой *sp. il. ant. sup.* до пупка—15, отъ лѣвой—17. Перкуссия даетъ внизу живота съ лѣвой стороны притупленіе тона. При изслѣдованіи *per vaginam*—матка опредѣляется въ положеніи *anteversio*, смѣшена нѣсколько вправо; она слегка увеличена, плотной консистенціи, съ нормальною подвижностью, немного болѣзненна, длина полости ея 8 сант. *Portio vagin.* направлена назадъ, нормальнаго объема, зѣвъ и цервикальный каналъ безъ особыхъ

измѣненій. Въ переднемъ, заднемъ и лѣвомъ сводѣ прощупывается эластическая опухоль. Правый яичникъ нормаленъ, лѣвый не опредѣляется.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii sinistri intraligamentosa*.

Операция 27 января 1803 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиною въ 17 сант. По вскрытіи брюшной полости пальцемъ раздвинуты были дряблыя ерошенія опухоли съ салынкомъ; троакаромъ была выпущена серозно-кровоистая жидкость изъ кисты, ножка кисты была перегнута двумя лигатурами и опухоль отрѣзана. На брюшную рану положено 11 швовъ и обычная повязка. Операция продолжалась 35 мин. Постоперационное теченіе протекало при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 9 день сняты швы—первое натяженіе. На 20 день выписалась изъ клиники здоровой.

№ 29.

Больная дворянка Ярославской губ. г. Рыбинска, Е. Д., 40 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 1 апрѣля 1893 г. съ жалобами на опухоль въ животѣ, частую тошноту и неправильность регулъ. Первые менструаціи у нея появились на 14 году и обыкновенно появлялись черезъ 3 недѣли и продолжались по 7 дней. Во время болѣзни онѣ сдѣлались неправильными. Замужъ вышла на 21 году. Считаешь себя больной 4 года. До замужества больная страдала только малокровіемъ. На первомъ году замужества у больной былъ выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности, сопровождавшійся значительными болями и кровотеченіемъ. Черезъ годъ у больной развился, по словамъ врачей, ее пользовавшихъ, орхоритисъ, сначала односторонній, потомъ двусторонній, несколько разъ обострившійся, причемъ обостреніе сопровождалось кровотеченіемъ, лихорадкой и сильными болями. Больная лѣчилась на водахъ грязевыми ваннами, но безуспѣшно. Четыре года назадъ у больной появилось сукровичное истеченіе, продолжавшееся довольно долго; съ этого времени она стала замѣчать у себя опухоль въ животѣ; послѣдняя росла очень медленно, болей не причиняла; только съ годъ тому назадъ была сильнѣйшій припадокъ болей въ животѣ и поясницѣ, заставившій больную пролежать 3 недѣли въ постели. Подобный же припадокъ былъ еще въ июлѣ прошлаго года.

Status praesens. Больная правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, мускулатура развита посредственно, подкожнаго жирового слоя мало. Въ нижней части живота замѣчается опухоль, довольно рѣзко разграниченная на двѣ части.

При бимануальномъ изслѣдованіи найдено: матка въ положеніи

anteversio, нормального объема и консистенціи, подвижна и безболѣзненна, portio vaginalis uteri направлена внизъ и взади, конической формы, нормального объема. Зѣвъ и цервикальный каналъ безъ измѣненій. Въ правомъ сводѣ прощупывается круглая эластическая опухоль, лежащая сзади и надъ маткою, величиною съ дѣтскую головку, отъ праваго угла матки на поверхности опухоли идетъ тяжъ, представляющій расширенную трубу; съ маткою опухоль связана довольно тѣсно, хотя и обособлена повидимому отъ нея; въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется другая опухоль, эластической консистенціи, съ гладкими стѣнками, величиною приблизительно въ два кулака, тоже обособленная отъ матки.

Диагнозъ: *Cystoma parovarialis duplex*.

Операция 7 апрѣля 1893.

Послѣ обычной дезинфекціи операционнаго поля произведенъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 16 сант. длиною по бѣлой линіи.

Въ разрѣзѣ обнаружена правосторонняя пароваріальная киста, которая была пунктирована троакаромъ, причемъ было выпущено около 800 к. сант. серозной жидкости. Затѣмъ стѣнка кисты была разрѣзана и черезъ разрѣзъ опредѣлено, что она сидитъ неглубоко. Подъ дно кисты подведены 2 лигатуры и послѣ перевязки ихъ, киста была вылушена. Яичникъ правой стороны, сидѣвшій надъ лигатурами оказался кистовидно перерожденнымъ и увеличеннымъ до величины куринаго яйца. Лѣвосторонняя киста оказалась тоже пароваріальной, но сидѣвшей глубже, почему стѣнка ея была разрѣзана, опухоль пальцами вылушена изъ широкой связки, послѣ чего наложены были двѣ лигатуры на сосуды и 3 на широкую связку. Затѣмъ наружная рана была закрыта 14 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операция продолжалась 45 мин. Постоперационный періодъ протекалъ почти безъ осложненій, если не считать маленькаго поверхностнаго абсцесса, появившагося на мѣстѣ одного изъ швовъ.

Больная выписалась 4 мая здоровой.

№ 30.

А. Б. поступила въ клинику 1894 года 19 февраля. Больная 40 лѣтъ отъ роду, дворянка, Орловской губ., православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Замужъ вышла на 19 году. Первая менструація на 15 году, типъ регулъ черезъ 3 недѣли по 3 дня. Состояніе ихъ во время болѣзни: измѣнились уже 5 лѣтъ. Первые роды на 20 году. Рожала 2 раза—2 мальчика. Послѣдніе роды 18 лѣтъ тому назадъ. Жалуется на боли въ животѣ, увеличение живота, запоры, считаетъ себя больной 5 лѣтъ.

Status praesens. Шатенка, правильного тѣлосложенія, высокаго роста, хорошаго питанія. Въ области голенъ замѣчаются отеки, а на внутренней сторонѣ бедеръ варикозныя вены. По всей поверхности опухоли—замѣтное притупленіе тона. Окружность живота на уровнѣ пупка 99 сант., наибольшая 101, отъ мечевиднаго отростка до пупка 17½, отъ пупка до лоннаго соединенія 24; отъ правой *sp. il. ant. sup.* до пупка 25, отъ лѣвой — 23. Высота опухоли надъ пупкомъ 13 сант., ширина 48 сант. Состояніе промежности: разрывъ 2 степени. Мочевой пузырь и *rectum*—безъ измѣненій.

При ощупываніи живота усматривается опухоль не ясно флюктурирующая, состоящая какъ бы изъ 2-хъ долей, главная масса помѣщается справа; справа ниже пупка прощупывается тѣло матки въ видѣ отдѣльнаго сегмента опухоли. При изслѣдованіи *per vaginam* въ переднемъ сводѣ и справа прощупывается эластическая опухоль; матка сильно оттянута вверхъ и вправо, въ *anteversio*, увеличена въ объемъ, плотной консистенціи, мало подвижна, повидимому соединена съ опухолью, которая расположена интралигаментарно не только съ правой, но также и съ лѣвой стороны. Съ лѣвой стороны прощупывается въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ на высотѣ *promontorii* сегментъ опухоли, сверхъ того прощупывается вытанутая по поверхности опухоли труба.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextrae*.

Операция 19 марта 1894 г. Брюшная стѣнка была вскрыта по боковой линіи, начиная пальца на 3 выше пупка до лоннаго соединенія. Киста была пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено было 3350 к. с. серозной свѣтло-желтой слегка мутной жидкости. Послѣ того, какъ черезъ троакаръ жидкость уже не шла киста была вскрыта ножницами, часть жидкости была высосана губками, затѣмъ приступлено къ вылученію кисты изъ листковъ правой широкой связки, передъ вылученіемъ наложена лигатура на *art. sperm. dextra*. Во время вылученія кисты наткнулись на другую маленькую кисту, тоже содержащую жидкость: ее вскрыли и тоже вылучили. Далѣе у основанія кисты было наложено 3 двойныхъ лигатуры и часть брюшины покрывающей кисту съ правымъ яичникомъ правой трубой и съ *art. sperm. dextra* были срзаны. По удаленіи этихъ частей матка была фиксирована къ передней брюшной стѣнкѣ двумя швами. Брюшная рана залита 16 швами и наложена повязка, операция продолжалась 1 ч. 10 минутъ.

Послеоперационное состояніе проходило все время при колебаніяхъ  $t^{\circ}$  въ предѣлахъ 37,2<sup>o</sup>—37,5<sup>o</sup> при пульсѣ 80 уд. въ 1'. На 10 день были сняты швы. Срошеніе брюшной раны *per primam*. На 4 день послѣ операции появились крови. Въ правомъ сводѣ приблизительно

недѣли черезъ двѣ опредѣлялось присутствіе воспалительнаго инфильтрата плотнаго въ началѣ, болѣзненнаго на оупу, потомъ болѣзненность эта подъ влияніемъ ваннъ и согревающихъ компрессовъ значительно уменьшилась. 28 апрѣля 1894 года больная выписалась изъ клиники здоровой.

## № 31.

Д. Я. поступила въ клинику 23 сентября 1894 года. Крестьянка, уроженка Псковской губ., 33 л. отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, портниха, замужняя. Вышла замужъ на 28 году. Первые менструаціи на 18 году, типъ ихъ черезъ 3 недѣли по 5—6 дней. Во время болѣзни два раза перерывались на 6 недѣль. Первые роды на 29 году. Рожала 3 раза правильно, послѣдніе роды 2 года тому назадъ.

Надеется на опухоль въ животѣ и замѣтное исхуданіе за послѣдніе 6 мѣсяцъ. Считаетъ себя больной 1½ года.

Status praesens. Блондинка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, плохаго питанія. Животъ представляется увеличеннымъ. Размеры его: на уровнѣ пупка 98, наибольшая 98.

Наружнымъ изслѣдованіемъ въ полости живота опредѣляется опухоль ясно флюктурирующая по всемъ направленіямъ, движенія ея очень ограничены, дно опухоли на 4 пальца выше пупка. При перкуссии притупленіе тона въ области опухоли, причемъ слыва тупость сильнѣе. *Per vaginam p. vaginalis* цилиндрической формы, увеличеннаго объема, матка смѣщена влѣво, немного увеличена, длина полости 10 сант. Мочевой пузырь оттянутъ вверхъ. Сегмента опухоли черезъ своды нельзя достичь.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextrae intraligamen.*

Операция 19 октября 1894 года. Брюшная стѣнка вскрыта разрывомъ по боковой линіи длиною въ 20 сант. Брюшина оказалась срошенною со всей передней поверхностью опухоли—срошенія эти были отдѣлены рукою. Затѣмъ троакаромъ было выпущено содержимое кисты въ количествѣ 9500 к. с. зеленоватаго цвѣта, щелочной реакціи, удѣльный вѣсъ 1,019. При осмотрѣ опухоли оказалось, что она срошена въ верхней части на большомъ протяженіи съ салынкомъ и развилась въ области правой широкой связки. Правая фаллопиева труба нѣсколько утолщенная и растянута, тянется по поверхности опухоли на протяженіи приблизительно около 15 сант. По отдѣленіи салынныхъ срошеній киста была вылучена, широкая связка подъ дномъ опухоли была перевязана въ два пучка шелковою лигатурою и надъ ней ампутирована,

а культи опущена въ полость peritoneum. Брюшная рана зашита 21 шелковыми швами. Операция длилась 28 минутъ.

Послѣоперационное теченіе довольно благоприятное, въ первый день только температура поднялась до 38,6°. На 10 день сняты швы, сращеніе первымъ натяженіемъ. Исслѣдованіе при выпискѣ дало слѣдующіе результаты: per vaginam. матка нормальной величины и консистенціи, совершенно подвижна, безболѣзненна; своды свободны, нечувствительны.

## № 32.

Е. Ж. поступила въ клинику 6 февраля 1897 года съ жалобами на боли внизу живота, въ поясницѣ и въ правой ногѣ. Дочь кожежскаго ассесора, родомъ изъ г. Новорожева Пековской губ., живетъ постоянно въ Петербургѣ, дѣвица, занята домашнее хозяйство, 40 лѣтъ отъ роду. Первая менструация на 14 году. Типъ регуляръ до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 3 дня во время болѣзни увеличилась до кровотеченій. Не рожала, выкидышей не было, 17 лѣтъ отъ роду у большой по ея словамъ былъ возвратный тифъ, во время приступа котораго у больной было сильное носовое и маточное кровотеченіе. Носовое кровотеченіе продолжалось 4 дня, а маточное 3 недѣли. Послѣ кровотеченія больная стала чувствовать боль внизу живота, которая съ теченіемъ времени все увеличивалась. Крови стали приходиться въ безпорядокъ, то ихъ мѣсяца 2—3 совѣсьмъ нѣтъ, то появляется кровотеченіе, продолжающееся по 4 дня.

Въ началѣ 1896 года больная стала замѣчать, что внизу живота справа начала образовываться болѣзненная припухлость и по временамъ стала страдать лихорадками, съ того времени опухоль стала постепенно увеличиваться.

Status praesens. Брюнетка, средняго тѣлосложенія и роста, пониженнаго питанія. Брюшныя стѣнки вьзлы, при перкуссіи опредѣляется притупленіе тона съ правой стороны на 6 сант. книзу отъ пупка въ области Hypogastrii dextri. Окружность живота на уровнѣ пупка 73, наибольшая 80, отъ мечевиднаго отростка до пупка 11, отъ пупка до лоннаго соединенія 14, отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 16, отъ лѣвой 15. Наружные половые органы нормальны. Per vaginam. р vaginalis нормальнаго объема цилиндрической формы, обращена назадъ. Матка немного увеличена, неподвижна, болѣзненна, наклонена впередъ, яичники увеличены и болѣзненны.

Диагнозъ: Cystoma ovariorum dextri.

Терапія произведена 26-го февраля 1897 г. Брюшная стѣнка

выкрыта по lin alba на протяженіи 14 сант.; по вскрытіи оказалась въ правой широкой связкѣ опухоль, довольно эластичная, состоящая изъ трехъ неровныхъ мѣшкообразныхъ опухолей, причемъ большая изъ нихъ, величиною съ большой кулакъ, находилась всецѣло въ правой сторонѣ, меньшія размѣщались такимъ образомъ, что одна изъ нихъ была сзади матки, а другая въ лѣвой сторонѣ рядомъ съ лѣвой трубой и симулировала эту послѣднюю. Стѣнка большей изъ частей опухоли была пунктирована, но густое, тягучее содержимое кисти съ трудомъ выдвиглось черезъ троакаръ и на мѣстѣ прокола опухоли стѣнка лопнула; послѣдовательно были вскрыты другіе два отдѣла опухоли, стѣнки ея были извлечены наружу и затѣмъ киста была вынута; подъ основаніе ея подведены цѣлебные швы. Брюшная рана зашита 12 швами. Операция длилась 30 минутъ.

Послѣоперационное теченіе проходило безъ всякихъ осложненій. На 19 день сняты швы, сращеніе первымъ натяженіемъ. 15-го марта выписалась здоровой. При выпискѣ въ правомъ сводѣ опредѣлялся незначительный инфильтратъ.

## № 33.

А. И. поступила въ клинику 23 марта 1897 года. Больная дѣвица, 28 л. отъ роду, дочь кожежскаго ассесора, уроженка г. Петербурга, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Первые крови появились на 16 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 4—5 дней, характеръ ихъ во время болѣзни остался безъ измѣненій. Не рожала, выкидышей не было. Заболѣла около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ; въ настоящее время жалуются на опухоль въ животѣ, сильныя боли внизу живота, по временамъ сильныя бѣлы.

Status praesens. Больная средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Размѣры живота слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка 60, наибольшая 64, отъ мечевиднаго отростка до пупка 15, отъ пупка до лоннаго соединенія 18, отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 15, отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 14. Верхняя граница опухоли на  $\frac{1}{2}$  сант. не доходить до пупка, если же опухоль рукой продвинуть вверхъ, то верхняя граница опухоли находится выше пупка на 7 сант., а нижняя на 6 сант. ниже пупка. При внутреннемъ исслѣдованіи находимъ humen цѣлы, но нѣсколько растянуто, влагалище нѣсколько отклоняется въ правую сторону, р. vaginalis конической формы, матка въ положеніи нормальной ante-flexi'i, отклонена тоже въ правую сторону, подвижна, твердой консистенціи, безболѣзненна. Въ правомъ сводѣ при бимануальномъ исслѣдованіи прощупывается опухоль величиною съ голову новорож-

денного ребенка, подвижная, эластической консистенции, вполне обособленная от матки. Слѣва и спереди отъ матки прощупывается опухоль величиною съ куриное яйцо, тоже эластической консистенции.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextri et cystoma parovarii sinistri.*

Операция. Laparotomia 27 марта 1897 года. Разрѣзъ по бѣлой линиі длиною въ 11 сант., по вскрытіи брюшной полости показалась опухоль бѣловатаго цвѣта—правая киста яичника на длинной ножкѣ. Содержимое кисты: около 800 к. с. серозной жидкости было выпущено троакаромъ, затѣмъ стѣнки спаившейся кисты были вытннуты наружу, на ножку ея была наложена двойная лигатура и затѣмъ ножка была на 1 сант. выше лигатуры отрѣзана. Затѣмъ послѣ этого была извлечена лѣвая опухоль, оказавшаяся пароваріальной кистою, причемъ яичникъ былъ вполне нормаленъ, а труба переходила отчасти на стѣнку кисты, вслѣдствіе чего на *lig. infundibulo-pelvicum* была наложена по опорожненіи кисты (серозной жидкости около 15 грам.) двойная лигатура, такимъ образомъ, что часть стѣнки кисты съ трубою была оставлена, причемъ труба оказалась неповрежденною, по опущеніи культи на свое мѣсто рана была зашита 13 узловыми швами.

*Cystoma ovarii dextri* оказалась двуполостной тонкостѣнной съ бѣловатой блестящей поверхностью. Содержимое ея желтоватая, серозная жидкость около 800 к. с.

*Cystoma parovarii sinistri*, тонкостѣнная, мѣстами съ утолщеніями, была отрѣзана только часть, такъ какъ труба съ яичникомъ и частью стѣнки была оставлена на мѣстѣ. Операция длилась 35 минутъ.

Послѣоперационное теченіе вполне благоприятное. Особыхъ болей больная не чувствовала.  $t^{\circ}$  держалась почти въ предѣлахъ нормы, только на 5 и 6 день къ вечеру доходила до  $37,9^{\circ}$  при пульсѣ 108 въ минуту. На 13 день были сняты швы. Сроченіе брюшной раны *per. primam.* 20 апрѣля больная выписалась здоровой.

#### № 34.

А. Е. поступила въ клинику 23 сентября 1897 г. Больная 40 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, жена купца Кубанской области г. Темрюкъ, занимается торговлею. Менструировать начала съ 14 года, регулы появлялись обыкновенно черезъ 3 недѣли и продолжались по 7 дней. Замужъ вышла на 16 году, родила 1 разъ правильно. Черезъ годъ послѣ родовъ больная замѣтила внизу живота съ правой стороны опухоль такую же, какъ и теперь. Опухоль эта была удалена въ 93 году въ Харьковѣ *per laparotomiam.*

Послѣ операции до декабря 96 года больная была здорова, а съ декабря замѣтила снова опухоль, но съ лѣвой стороны, съ жалобою на которую она и поступила въ настоящее время въ клинику. Больная также страдаетъ запорами и бѣлками.

Status praesens. Бронетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія, съ небольшимъ отекомъ голени и съ варикознымъ расширеніемъ венъ на голеняхъ и бедрахъ.

Ниже пупка по наружному краю *m. recti abdominis* замѣчается линарный рубецъ. При осмотрѣ брюшныхъ покрововъ замѣчается съ лѣвой стороны опухоль, верхняя граница которой на 3 пальца выше пупка. Опухоль неправильной круглой формы, состоящая какъ будто бы изъ 2-хъ большихъ отдѣловъ. Опухоль эластической консистенціи, флюктуирующая, легкоподвижная, неболезненная, съ гладкими стѣнками. Окружность живота на уровнѣ пупка 110, наибольшая ниже пупка 114. При бимануальномъ изслѣдованіи *p. vaginalis* слѣва и спереди, цилиндрической формы; матка увеличеннаго объема въ положеніи *retro-lateroversio dextra*, длина ея полости 9,5 сант. Въ лѣвомъ сводѣ нижній сегментъ опухоли. Яичники не прощупываются.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii intralig sinistri.*

Операция 8 октября 1897 г. Разрѣзъ по бѣлой линиі отъ пупка до лобка. На разрѣзѣ брюшины предлежала опухоль, которая была пунктирована толстымъ троакаромъ, но жидкости при этомъ не получили. Слѣзанъ былъ широкой разрѣзъ стѣнки, причемъ вытекала темно-шоколаднаго цвѣта весьма густая коллоидная жидкость (количество ея не измѣрено), полость кисты была промыта салициловымъ растворомъ. По извлеченіи спаившейся кисты изъ полости брюшины на основаніе широкой связки былъ наложенъ матрацный шовъ изъ 4-хъ лигатуръ, выше котораго киста была отрѣзана. Брюшныя стѣнки зашиты 12 шелковыми швами. Операция продолжалась 45 минутъ.

Описаніе препарата: опухоль, представляющая собою интралигментарную лѣвостороннюю, однополостную кисту, съ сосочковыми разроженіями по внутренней ея поверхности. Разроженія эти довольно сплошные, темнокраснаго цвѣта, съ мелко-зернистой поверхностью. Въсѣхъ опухли безъ содержимаго—100 граммъ. Размѣры около 12 сант. въ діаметрѣ.

Послѣоперационное теченіе протекало безъ всякихъ осложненій и 5-го ноября больная выписалась выздоровѣвшей.

#### № 35.

О. С. поступила въ клинику 24 ноября 1897 г. Крестьянка 36 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія. Замужъ вышла на 28 году.

Не рожала, выкидышей не было. Первая менструация на 15 году, обыкновенно появлялись через 3 недели и продолжались по 2 дня. За время беременности они несколько усиливались. Года 4 тому назад большая замѣтила опухоль в животѣ, которая за последнее время замѣтно увеличилась. Жалуется на запоры и задержку мочи по временамъ.

Status praesens. Шатенка, среднего роста, правильного тѣлосложенія, удовлетворительнаго питания. Въ нижней части живота замѣчается опухоль величиною въ дѣтскую головку. Окружность живота на уровнѣ пупка 82, наибольшая 84. Опухоль эластической консистенціи съ гладкою, ровною поверхностью, легко смѣщается во все стороны. Матка въ anteversio, немного увеличена. Въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли.

Диагнозъ: Cystoma ligamenti lati dextri.

Операция 29 ноября 1897 года. Разрѣзъ по белой линіи отъ пупка до лобка. По вскрытіи брюшины обнаружена поверхность кисты. Сначала сдѣлана пункція троакаромъ, а затѣмъ киста вскрыта ножницами, причемъ вытекла совершенно прозрачная соломеннаго цвѣта жидкость (около 2½ литровъ собрано, остальное утеряно); стѣнки кисты захвачены щипцами и выведены наружу. Киста оказалась сидящей на широкой плотной ножкѣ, исходящей изъ правой широкой связки. На ножку наложено 8 матрацныхъ швовъ и опухоль надъ ними срѣзана. Срощенія были между салникомъ и поверхностью кисты и кромѣ того нижній край салника былъ прираченъ къ сесемъ. Брюшная рана зашита 15 шелковыми швами. Операция продолжалась 1 часъ.

Послеоперационное теченіе вполне благоприятное. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. 18 декабря больная выписалась здоровой. При изслѣдованіи въ правомъ сводѣ прощупывалась довольно высока культи, совершенно безболѣзненная.

## № 36.

А. К. поступила въ клинику 29 января 1898 г. Больная дѣвица, 48 л. отъ роду, крестьянка, православнаго вѣроисповѣданія, Ярославской губ., занимается хозяйствомъ. Первая менструация на 17 году, типъ регулъ черезъ 4 недѣли по 6 дней; въ теченіи двухъ послѣднихъ лѣтъ регулъ нѣтъ. Ни разу не рожала. Считаетъ себя больной 11 лѣтъ, съ тѣхъ поръ, какъ замѣтила у себя внизу живота опухоль величиною съ куриное яйцо, совершенно безболѣзненную, неподвижную и очень медленно растущую. Со времени прекращенія регулъ опухоль начала быстро увеличиваться, но безъ вся-

кихъ субъективныхъ явленій. Больная кромѣ того жалуется на чувство тяжести въ животѣ послѣ ѣды, частыя позывы на мочеиспусканіе и запоры.

Status praesens. Больная брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, угрѣннаго питания. Животъ представляется значительно увеличеннымъ. Размѣры его на уровнѣ пупка 92, наибольшая 94. При изслѣдованіи per vaginam p. vaginis цилиндрической формы, оттянута къверху, мочевой пузырь оттянутъ въ лѣвую сторону, rectum сдавлено, матка немного увеличена, опредѣляется слѣва и спереди. Лѣвый сводъ оттянутъ вверхъ. Правый передній и задній своды выполнены опухолью.

Диагнозъ: Cystoma intraligamentosa dextra.

Операция произведена 10 февраля 1898 года. Разрѣзъ по белой линіи длиною въ 16 сант. По вскрытіи брюшины показалась чрезвычайно напряженная опухоль. Помощью троакара было выпущено около 3-хъ литровъ содержимаго кисты, очень густого, окрашеннаго въ темнокоричневый цвѣтъ. Стѣнки кисты были захвачены щипцами и выведены наружу, разрѣзаны, причемъ было выпущено оставшееся тамъ содержимое; затѣмъ полость кисты была промыта и при изслѣдованіи рукою оказалось, что она идетъ очень глубоко. Матка была сильно оттянута къверху; сесемъ и просе. vermiformis сирава и петля тонкихъ кишечъ слѣва были срощены съ широкою связкою. По наложеніи лигатуръ на art. sperm. киста послѣ нѣкоторыхъ усилій была вылучена. Послѣ этого наложены лигатуры у дна матки на фаллопиеву трубу, круглую связку и широкія связки.

Вторая часть операціи состояла въ ventrofixatio uteri—дно матки было прикрѣплено тремя швами къ брюшнымъ стѣнкамъ. Брюшная рана зашита со швами, операція длилась 1½ часа.

Послеоперационный періодъ протекалъ безъ осложненій при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 42 день больная выписалась здоровой изъ клиники.

## № 37.

Е. С. поступила въ клинику 20 февраля 1898 г. Крестьянка Смоленской губ., 40 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія. Замужъ вышла на 21 году, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструация на 21 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 1—3 дня. Не рожала, выкидышей не было. Жалуется на періодическія боли въ животѣ, продолжающіяся 15 лѣтъ, за послѣдніе два года боли эти сдѣлались постоянными.

Status praesens. Больная шатенка, среднего роста и тѣлосло-



женія; удовлетворительнаго питанія. Животъ представляется увеличеннымъ. Размѣры его на уровнѣ пупка 93—наибольшая 93, отъ мечевиднаго отростка до пупка 17, отъ пупка до лоннаго соединенія 18, отъ правой *sp. il. ant. sup.* до пупка 20, отъ лѣвой *sp. il. ant. sup.* до пупка 20. Матка *ante-latero-versio sinistri* не увеличена, ограниченной подвижности, длина полости 9 сант. Въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли. Яичники не прощупываются.

Диагнозъ: *Cystoma intraligamentosa dextri.*

Операция произведена 1-го марта 1898 года. Брюшные стѣнки вскрыты по *lin alba* на протяженіи 20 сант. При разрывѣ *peritoneum'a* оказалось, что опухоль тѣсно съ нимъ сросена. Троекратно было удалено содержимое кисты, затѣмъ былъ сдѣланъ широкій разрывъ, причѣмъ замѣчено, что на внутренней поверхности правой стѣнки имѣется вторичная киста, которая была также опорожнена. Затѣмъ по отдѣленіи сросенной опухоли была насколько возможно вытянута наружу. За невозможностью ее дѣлкомъ вылущить, глубоко сидящая нижняя часть опухоли была кистеобразно стянута 7 швами, часть ея поверхъ швовъ была срѣзана, а остатки опущены въ брюшную полость. Брюшная рана была зашита, внутренніе слои катгуттомъ, а наружные 17 шелковыми швами. Операция длилась 50 мин. Содержимое кисты оказалось серознымъ въ количествѣ 2500 грам.

Послѣоперационное состояніе проходило безъ всякихъ осложненій, на 10 день были сняты швы—заживленіе *per primam*.

23-го марта больная выписалась изъ клиники здоровой. Исслѣдованіемъ при выискѣ опредѣлено: въ правомъ сводѣ въ области культи небольшой, безболѣзненный при давленіи экссудатъ, матка нѣсколько отклонена влѣво, нормальной величины и подвижности.

#### № 38.

П. Д. поступила въ клинику 12 октября 1898 г. Больная 40 лѣтъ, католичка, крестьянка. Менструаціи начались на 17 году, типъ ихъ черезъ 3 недѣли по 7 дней, обыкновенно очень обильныя. Замужъ вышла на 25 году—въ первый же годъ былъ выкидышъ на 4 мѣсяцѣ, послѣ чего крови стали еще обильнѣе и продолжались по 15 дней. На 33 году больной была сдѣлана операция—*abrasio*, послѣ чего менструаціи стали значительно меньше и болѣе правильныя. Три года какъ крови прекратились. До прекращенія кровей за послѣдніе годы больная всегда страдала болями передъ регулами. Въ концѣ текущаго года больная замѣтила у себя появленіе опухоли

въ животѣ, вполнѣ безболѣзненной и только за послѣднія двѣ недѣли у нея появились боли внизу живота. Кромѣ этого болѣла воспаденіемъ легкыхъ, часто почечными коликами и въ мочѣ ея находили камни.

*Status praesens.* Животъ увеличенъ въ объемѣ (6-ти мѣсячная беремен.).

Ощупываніемъ опредѣляется опухоль неодинаковой консистенціи, съ лѣвой стороны нѣсколько плотнѣе. При бимануальномъ исслѣдованіи *p. vaginalis* стоитъ очень высоко, *orig exten.* стужена, матка смѣщена влѣво, мало подвижна. Въ правомъ заднемъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли, лѣвый сводъ вытянутъ вверху.

Диагнозъ: *Cystoma ligamenti lati dextri.*

Операция произведена 27 октября 1898 г. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Послѣ того, какъ содержимое кисты было выпущено троекратно, самая киста была вылучена. Широкая связка была соединена четырьмя матрачными швами, а на брюшные покровы наложены 12 узловатыхъ швовъ. Операция продолжалась 35 минутъ.

Послѣоперационное состояніе прошло безъ всякихъ осложненій. Больная выписалась изъ клиники 18 ноября здоровой.

#### № 39.

Больная А. В. поступила въ клинику 18-го марта 1900 года, съ жалобами на опухоль въ животѣ, появившуюся у нея около 3-хъ лѣтъ. Мѣщанка г. Архангельска, 36 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, замужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація на 16 году, по типу черезъ 4 недѣли по 6 дней, во время болѣзни онѣ замѣтно усилились. Не рожала, выкидышей не было.

*Status praesens.* Шатенка, средняго тѣлосложенія, выше средняго роста, умѣреннаго питанія. Животъ представляется увеличеннымъ въ своемъ объемѣ; въ особенности съ правой стороны; слѣва черезъ брюшные покровы прощупывается, какъ бы отдѣльная придаточная опухоль. *Per vaginam p. vaginalis* обращена впередъ и выраво, нормальной величины и консистенціи, матка немного увеличена, приподнята вверхъ. Въ обоихъ сводахъ прощупываются сегменты опухоли.

Диагнозъ: *Cystoma intraligamentosa dextri.*

Операция произведена 29 марта 1900 года.

Брюшные стѣнки были послонно вскрыты по *linea alba* разрывомъ въ 26 сант. длиною. По вскрытіи брюшной полости глазамъ

представилась многополостная, кистовидная опухоль, исходной точкой развития которой была правая широкая связка матки. Опухоль была насколько возможно извлечена из раны, некоторые отдельные полости проколота бистури и из них вытекла густая слизистая темно-коричневая жидкость. На внутренних стѣнках такимъ путемъ обнаженныхъ кистъ видны были папиллярныя разрастания; потому было приступлено къ вылушению кисты, что однако не легко удавалось, такъ какъ срощенія стѣнокъ кисты съ широкою связкою были настолько прочны, что при попыткахъ раздѣлить ихъ онѣ рвались. Насколько можно было, онѣ были вылушены, на оставшуюся связку наложены матрацныя швы, снаружки отъ которыхъ остатки кисты и избытокъ связки были отбѣзаны. На брюшную рану наложено 23 шва. Операция продолжалась 1 ч. 30 мин.

Послеоперационное теченіе проходило довольно благоприятно, температура поднималась не выше 38,6°. 20 апрѣля больная выписалась изъ клиники здоровой.

## № 40.

А. Ж. поступила въ клинику 15 сентября 1900 г. Больная 68 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, вдова писаря. Менструація появилась на 16 году, появлялись черезъ 3 недѣли и продолжались по 7 дней. Прекратились 32 г. тому назадъ. Замужъ вышла на 19 году, дѣтей не имѣла. Жалуются на увеличеніе живота, появившееся у нея 3 года тому назадъ. Полтора года тому назадъ у нея появились кровоточеніе, длившееся, по ея словамъ, около года. Раньше никакими болѣзнями не страдала.

При изслѣдованіи больной замѣчается значительно увеличеніе живота и выпячиваніе пупка; опущиваніемъ определяется въ животѣ опухоль довольно плотная, бугристая, мало подвижная, простирающаяся кверху на два пальца выше пупка, а по бокамъ до аксиллярныхъ линій. Въ полости живота замѣчается асцитъ. Per vaginam: r. vaginalis оттянута далеко вверхъ, матка отдѣльно не опредѣляется. При катетеризаціи замѣчается нѣкоторое вытяженіе пузыря. Черезъ своды, особенно правый, прощупываются сегменты опухолю.

Діагнозъ: *Cystoma intraligamentosa dextra et peritonitis.*

Операция произведена 14 октября 1900 г. Черезъ разръзъ брюшныхъ стѣнокъ по белой линіи, простирившейся отъ мѣста, лежащаго на 3 пальца выше пупка внизъ до лобка, была извлечена опухоль, состоящая изъ отдѣльныхъ полостей, наполненныхъ коллоидною жидкостью. На брюшинѣ явленія хроническаго перитонита. Опухоль сидѣла въ правой широкой связкѣ. После циркулярно проведеннаго

разръза опухоль была вылушена и по остановкѣ кровотоčenja на широкую связку наложенъ былъ матрацный шовъ. Брюшная рана была зашита шелковыми узловатыми швами. Во время наркоза у больной была рвота и замѣчено было ослабленіе сердечной дѣятельности. Въ первый же вечеръ после операціи больная жаловалась на сильныя боли въ животѣ и жажду. Кишечникъ очень вздутъ, въ теченіи дня—два клизмы, но безъ результата. Вторая сутки: кишечникъ по прежнему вздутъ; стула не было, газы не отходятъ. Третьи сутки явленія тѣ-же. У больной тошнота и рвота, жалуются на общую слабость. Пульсъ частый и слабый. Метеоризмъ усиливается. Впрыскиваніе подъ кожу эфира и камфоры, вдыханіе кислорода. При постепенно прогрессирующихъ явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности больная 19 октября въ 4 часа 27 минутъ утра, скончалась.

При вскрытіи найдено... Слизистая оболочка желудка по мѣстамъ окрашена въ сѣровато-аспидный цвѣтъ. Слизистая толстыхъ кишекъ слегка окрашена въ сѣровато-аспидный цвѣтъ. Слизистая тонкихъ кишекъ блѣдна, малокровна. При этомъ нѣкоторыя петли тонкихъ кишекъ и поперечная часть толстой кишки представляются сильно вздутыми, растянутыми по мѣстамъ, склеенными между собою, легко разрывающимися перепонками. Причемъ висцеральная и париѣтальная брюшина по мѣстамъ окрашена въ сѣровато-аспидный цвѣтъ. Большой сальникъ прикрѣпленъ къ дну матки. Въ полости брюшины содержится около 3500 к. с. красновато-буроватой довольно мутной жидкости. Матка увеличена въ объемѣ, имѣетъ неправильную форму, правый рогъ представляется вытянутымъ. Левая труба и яичникъ загнуты назадъ и приращены. Въ правой маточной связкѣ виденъ мѣшокъ, изъ котораго по видимому была вылушена опухоль. При этомъ на культю наложенъ матрацный шовъ. Въ этомъ-же швѣ зашнута и первая труба. Въ стѣнкѣ матки въ одномъ мѣстѣ виденъ узелъ величиною въ лѣсной орѣхъ, состоящій изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ сальею. Яичники нѣсколько уменьшены въ объемѣ. Во внутреннемъ концѣ лѣваго яичника видны мелкія серозныя кисты. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ видны соединительно-тканныя срощенія.

Epierisis. Pleuritis adhaes. chronica partialis sin. peritonitis chron. et acuta. ascites. hydronephrosis dextra. Dilatatio uteri dextra ex compressione. neoplasma uteri intralig. Laparothomia. Extirpatio neopl. uteri intralig.

## № 41.

Д. Я. поступила в клинику 28 сент. 1900 г. Больная 35 лѣтъ отъ роду, крестьянка; православнаго вѣроисповѣданія, замужняя. Первая менструація на 14 году, рожала 1 разъ; роды неправильные съ наложеніемъ щипцовъ, причѣмъ была разрывъ промежности. Послѣ родовъ крови стали неправильны по 9—14 дней. 6½ лѣтъ тому назадъ было сильное кровотеченіе въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ. Въ сезонъ 1899—1900 г. больная лечилась грязевыми ваннами въ Эссентукахъ. Послѣ этого крови стали правильны черезъ мѣсяць по 3 дня. Жалуется на опухоль въ животѣ.

Status praesens. Шатенка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Животъ увеличенъ, въ особенности справа внизу. Въ полости его прощупывается гладкая круглая опухоль, эластической консистенціи, величиною съ кулакъ взрослого человѣка, неподвижная. При бимануальномъ изслѣдованіи матка опредѣляется въ положеніи retroversio, въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли.

Диагнозъ: Cystoma ovariorum dextrae.

Операція произведена 18 октября 1900 г. Разрѣзъ по белой линіи живота. Киста оказалась правосторонней межъязвочной. Жидкость была выпущена троакаромъ, а самая опухоль выпущена цѣпкомъ, на широкія связки въ мѣстѣ бывшей кисты наложены 3 матрацныхъ шва. Брюшная рана зашита 14 узловатыми швами. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣоперационное теченіе протекало безъ особенныхъ осложненій, въ первые дни больная лишь жаловалась на сильныя боли. Наибольшее повышеніе температуры 38,5. На 11 день сняты швы;—сращеніе первымъ натяженіемъ. На 30 день больная выписалась здоровой.

Разсматривая нашу казуистику мы прежде видимъ, что въ 16 случаяхъ согласно клиническаго діагноза имѣлись пароваріальныя кисты, въ 12 случаяхъ овариальныя, а въ остальныхъ 13 случаяхъ установить діагнозъ по клиническимъ даннымъ не представлялось возможною. Продолжительность заболѣванія во всѣхъ этихъ случаяхъ колебалась отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ, по ана-

местическимъ даннымъ, собраннымъ у больныхъ, до нѣсколькихъ лѣтъ:

до одного года	было	8
по 1 году	>	8
до 2 лѣтъ	>	5
» 3 »	>	8
» 4 »	>	3
» 5 »	>	5
» 6 »	>	1
» 10 »	>	1
» 12 »	>	2

Такимъ образомъ мы имѣемъ, что наибольшее число заболѣваній опредѣляется продолжительностью до 1 года, въ одинъ годъ и до 3-хъ лѣтъ. Наблюдая эти цифровыя данныя, трудно, собственно, вывести какое-нибудь строгое заключеніе, какую-нибудь законность; съ одной стороны мы видимъ, что къ цифрамъ, показывающимъ большую продолжительность, относится сравнительно мало случаевъ, съ другой стороны въ предѣлахъ наименьшей и наибольшей продолжительности замѣчается цѣлый рядъ колебаній; нѣтъ той постепенности, которую можно было бы ожидать. Можетъ быть объясняется это тѣмъ, что въ больныхъ, большинство которыхъ принадлежитъ къ неинтеллигентному классу (26), слишкомъ мало была развита наблюдательность къ своему здоровью, а также и тѣмъ, что нѣкоторые изъ этихъ опухолей очень часто въ теченіи продолжительнаго времени не заявляютъ о своемъ существованіи.

Изъ литературныхъ данныхъ мы видимъ, какъ уже нами было сказано раньше, что не разъ находили при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ кисты среди широкихъ связокъ у субъектовъ въ самомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ (*Winckel, Schroeder*), между тѣмъ какъ клиническія наблюденія не даютъ этихъ заболѣваній въ такомъ возрастѣ (самый ранній 15 лѣтъ) и многіе авторы высказывали мысль, что не могутъ ли эти, такъ часто встрѣчающіяся въ этой области кисты дать впо-

слѣдствіи тѣ большія, которыя уже дѣлаются матеріаломъ клиники—это съ одной стороны, съ другой стороны намъ известно, что межсвязочныя кисты и главнымъ образомъ пароваріальныя имѣютъ благодаря ли тонкости своихъ стѣнокъ или быстро развивающемуся несоответствію между растяженіемъ ихъ и продуцированіемъ жидкости или какой-нибудь иной причины, тенденцію къ самостоятельнымъ разрывамъ и что новое накопленіе ихъ послѣ этого, также послѣ пункціи—методу леченія, очень часто примѣнявшемуся въ прежнее время—происходить у пароваріальныхъ кистъ сравнительно очень медленно, въ теченіе даже нѣсколькихъ лѣтъ. Эти два фактора могутъ служить до известной степени доказательствами медленнаго развитія такихъ кистъ. Въ нашемъ матеріалѣ этотъ общепризнанный по крайней мѣрѣ для пароваріальныхъ кистъ фактъ подтверждается случаями № 17, 30, 36, въ которыхъ благодаря наблюдательности больныхъ можно было установить точныя анамнестическія данныя; наибольшую длительность заболѣванія мы имѣемъ въ случаѣ № 17—12 лѣтъ и № 36—11 лѣтъ. И благодаря ли этой медленности роста или какимъ-нибудь другимъ специфическимъ свойствамъ ихъ, онѣ не вызываютъ, за исключеніемъ лишь тѣхъ случаевъ, когда эти опухоли достигаютъ грандіозныхъ размѣровъ, никакихъ особенно рѣзкихъ функциональных расстройствъ, и главнымъ образомъ не отражаются или имѣютъ лишь очень незначительное вліяніе на общее состояніе организма. Рельефными примѣрами только что сказаннаго могутъ служить наши случаи № 3, 4, 7, 13 и 25 гдѣ больныя вычисляютъ давность своего заболѣванія всего нѣсколькими мѣсяцами, что а priori нельзя уже допустить, такъ какъ размѣры опухолей достигаютъ величины апельсина и даже больше и они находятъ себѣ объясненіе только въ томъ, что опухоли ничѣмъ не напоминали о своемъ присутствіи до самого послѣдняго времени. Изъ нашего клиническаго матеріала мы можемъ видѣть, что въ большинствѣ случаевъ, когда межсвязочныя кисты развивались очень медленно, при существованіи указаній на это

со стороны больныхъ, или, съ другой стороны, если опухоль была замѣчена только въ послѣднее время, несмотря на довольно значительные размѣры ея, что въ свою очередь указываетъ на отсутствіе всякихъ припадковъ—мы имѣли дѣло съ кистами съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ. Наоборотъ, случаи № 21, 24 и 26, гдѣ ростъ опухоли шелъ очень быстро, въ особенности за послѣднее время, и давность заболѣванія больные насчитываютъ въ предѣлахъ одного года, кисты эти были, какъ то доказано клиническою діагностикою, яичниковаго происхожденія и въ двухъ первыхъ случаяхъ онѣ были съ сосочковыми разраженіями на своихъ внутреннихъ поверхностяхъ, и видимый упадокъ питанія и малокровіе больныхъ можно съ известною долею вѣроятности отнести на счетъ даннаго заболѣванія.

Въ общемъ можно сказать, что межсвязочныя кисты будутъ протекать незамѣтно до тѣхъ поръ, пока размѣры кисты не перейдутъ известныхъ предѣловъ, какихъ, именно, это трудно сказать, такъ какъ это находится въ зависимости отъ цѣлага ряда индивидуальныхъ причинъ—предѣловъ, когда начинаютъ выступать сперва, сравнительно, не особенно важные и тяжелые симптомы, но съ теченіемъ времени они могутъ принимать все болѣе и болѣе неприятный характеръ. Необходимо слѣдуетъ оговориться, что такой благоприятный или, вѣрнѣе сказать, незамѣтный ходъ болѣзни наблюдается тогда, когда развитіе кисты протекаетъ безъ всякихъ осложненій—будутъ ли они выражаться въ какихъ-нибудь случайныхъ патологическихъ измѣненіяхъ въ самой кистѣ или въ взаимномъ отношеніи ея къ другимъ образованиямъ въ области половой сферы женщины, или, наконецъ, въ тѣхъ особенностяхъ локализаци, которыя этотъ типъ кистъ охотно проявляетъ. Въ нашихъ случаяхъ такими осложненіями явились въ № 4, гдѣ на ряду съ пароваріальною кистою былъ обнаруженъ цѣлый комплексъ заболѣваній въ видѣ *perisalpingitis et hydrosalpius sin.* и начинающаяся лѣвосторонняя яичниковая киста. Результатомъ этого и были, вѣроятно, тѣ сильныя боли внизу живота и неправиль-

ности менструальных отравлений, которые составляли предметъ жалобъ больной. Въ № 7 мы встрѣтили нагноеніе кисты; случай этотъ будетъ подробнѣе разобранъ ниже. Въ случаѣ № 9 имѣлось выпаденіе влагалища. Случай № 11 осложнился присутствіемъ вѣтвячюно яичниковую кистою, которая сама по себѣ могла уже обуславливать почти все бывшее у больной припадки. Въ №№ 21 и 40 одновременно съ межвячюною кистою наблюдался довольно значительный асцитъ, обусловленный хроническимъ перитонитомъ. Присутствіе свободной жидкости и вызывало, что вѣроятнѣе всего, отеки нижнихъ конечностей и усиленіе сердечной дѣятельности. Въ № 22 явилось осложненіе въ видѣ 2-хъ мѣсячной беременности. Въ случаѣ № 23 была обнаружена кромѣ межвячюной кисты наличность субсерознаго фиброида въ куриное яйцо величиною — онъ, вѣроятно, и обуславливалъ болѣе обильныя за послѣднее время менструаціи. Въ №№ 9, 14, 28 и 36 можно было убѣдиться въ распространеніи опухоли далеко за предѣлы широкихъ связокъ, а также въ очень сложныхъ срощеніяхъ съ соседними органами.

Мы уже видѣли, что въ тѣхъ случаяхъ, когда присутствіе кистъ даетъ себя знать, тогда симптомы выражаются въ слѣдующемъ. Прежде всего возникновеніе этихъ симптомовъ основывается на томъ, можно такъ предполагать, что вслѣдствіе присутствія такой опухоли въ брюшной полости нарушается естественнымъ образомъ пространственное отношеніе между органами, въ ней заключенными. И опухоль, оказывая своимъ болѣе или менѣе значительнымъ объемомъ, своею массою давленіе на соседніе органы, а именно на матку, фаллопиеву трубу той или другой стороны, яичникъ одноиманный или даже противоположный, дно малаго таза, кишечникъ, преимущественно на нижнюю часть его, на прямую кишку, и, наконецъ, на сосуды и нервы малаго таза, будетъ, конечно, вызывать припадки чисто механическаго происхожденія. Въ результатѣ больныя обращаются съ жалобами на появившееся у нихъ чувство полноты, тяжести внизу живота, давленія, напиранія на низъ, напо-

минающее такое, какое бываетъ при выпаденіи влагалища, что мы имѣли въ случаяхъ №№ 8, 10, 20, на боли въ поясицѣ (№№ 1 и 20), и, наконецъ, на явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Больныя жалуются на частые позывы къ мочеиспусканію, иногда на затрудненность мочеиспусканія, или, наконецъ, на болѣзненность во время этого акта, въ зависимости отъ того, въ какомъ именно мѣстѣ будетъ оказывать наибольшее давленіе опухоль: на шейку ли мочевого пузыря или на дно его, или, наконецъ, на самые мочеточники. Подобныя припадки со стороны мочевого аппарата наблюдались въ нашихъ случаяхъ въ № 4, 14, 36 и 39 въ видѣ жалобъ на частые позывы къ мочеиспусканію; въ №№ 35, 13 и 11 на задержку и въ № 17 на болѣзненность мочеиспусканія. Запоры (въ случаяхъ №№ 11, 30, 35 и 39), которые также составляютъ предметы жалобъ со стороны больныхъ, зависятъ какъ отъ атоніи кишекъ, такъ и отъ чисто механическаго препятствія, которое оказываетъ киста, сдавливая просвѣтъ прямой кишки. Подъ влияніемъ такого механическаго воздѣйствія на кишечникъ давящей опухоли и разъ это воздѣйствіе продолжается въ теченіе долгаго времени, вызываются стойкія, хроническія разстройства функцій его. Эти упорныя атоніи и постоянныя запоры могутъ въ свою очередь отразиться на вялости пищеваренія, подорвать аппетитъ— что можетъ обуславливать появленіе нѣкотораго малокровія и вообще истощеніе организма. Это можетъ быть и имѣло мѣсто или, по крайней мѣрѣ, было однимъ изъ этиологическихъ моментовъ въ нашихъ случаяхъ №№ 15, 20, 21, 24, 26, 28, 31, 32, гдѣ мы имѣемъ на лицо явленія малокровія и иногда чрезвычайнаго истощенія.

Матка подъ влияніемъ напирющей на нее опухоли обыкновенно смѣщается въ одну или другую сторону. Чрезвычайно часто киста такъ близко интимно соприкасается съ нею, что ограничивается въ значительной степени ея подвижность;—симптомъ, который можно считать, повидимому, въ числѣ прочихъ, характернымъ для такого рода опухолей. Относительно больше чѣмъ въ по-

ловинѣ нашихъ случаевъ наблюдалось такое явленіе. Такое косвенное, а иногда даже непосредственное вліяніе на матку сказывается въ ней разстройствами кровообращенія и главнымъ образомъ получаются застойныя явленія, а эти могутъ вести, какъ это понятно, съ хроническимъ воспалительнымъ процессомъ на почвѣ венозной гипереміи, причемъ иногда наблюдается увеличеніе теряемой крови *sub menstruatione*. Этимъ вѣроятно можно объяснить появленіе болѣе обильныхъ менструацій въ нашихъ случаяхъ №№ 20, 26, 29 и 39.

Боли, одинъ изъ симптомовъ очень непостоянныхъ, появляются обыкновенно въ той стадіи, когда кисты достигаютъ довольно значительной величины. Конечно, опять могутъ быть случаи какъ исключеніе, гдѣ уже наличность маленькой кисты выражается болями. Боли эти (жалобы больныхъ имѣлись въ 17 случаяхъ), какъ мы со стороны больныхъ имѣлись въ 17 случаяхъ), какъ мы видѣли, болшею частью неопредѣленнаго характера, локализируются чаще всего въ области опухоли и ближайшей къ ней, но могутъ и иррадиировать въ соответствующія къ ней конечности (что мы имѣемъ въ случаяхъ № 3, 7, 9, 25) и по разнымъ направленіямъ. Болѣе рѣзкія боли могутъ быть въ тѣхъ случаяхъ, когда киста довольно значительныхъ размѣровъ принадлежитъ къ такъ называемому экстраперитонеальному тону, т. е. когда онѣ въ своемъ развитіи выходятъ изъ сферы широкихъ связей и остаются въ клѣтчаткѣ малаго таза (№ 9, 14, 28, 36). Такое положеніе этихъ кистъ влечетъ за собою прижатіе очень многихъ нервныхъ стволовъ и ихъ развѣтвленій. Кромѣ того боли, которыя мы наблюдали въ нѣкоторыхъ нашихъ случаяхъ, были чисто рефлекторнаго характера.

Въ шести изъ нашихъ случаевъ мы имѣли возможность наблюдать присутствіе свободной жидкости въ брюшной полости № 11, 18, 19, 21, 24, 40; явленіе это было вызвано мѣстными перитонитами; въ случаѣ № 13 это въ перитонитѣ обусловливалось вѣроятно тѣмъ, что сосочковыя разраженія съ внутренней поверхности кисты проросли въ правой стѣнкѣ ея на наружную поверхность, въ случаѣ же № 24 и 21 вѣроятно перекручиваніемъ

ножки кисты. Въ остальныхъ случаяхъ наблюдался перитонитъ въ хронической формѣ. Перейдемъ теперь отъ этихъ симптомовъ, которые находятся въ большой аналогіи, чрезвычайно общи для всѣхъ почти опухолей женской половой сферы къ тѣмъ симптомамъ, которые особенно присущи этому типу кистъ и являются болѣе постоянными, какъ это мы имѣли возможность наблюдать во всѣхъ нашихъ случаяхъ. При изслѣдованіи живота съ перваго взгляда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзко бросалось въ глаза значительное увеличеніе его, какъ напримѣръ въ случаяхъ № 20, 24 и 23, причемъ можно было заподозрить присутствіе въ брюшной полости опухоли самой разнообразной формы иногда съ гладкими стѣнками, иногда съ бугреватой поверхностью; въ другихъ случаяхъ на глазъ едва даже замѣтнъ былъ какой нибудь контрастъ въ контурахъ живота (№ 4, 10, 13, 12, 28) и опухоли болшею частью были очень незначительной величины, обычно съ гладкою поверхностью, круглой и овальной формы. Исключая всякое случайное совпаденіе фактовъ, нужно замѣтить, что въ послѣднихъ изъ приведенныхъ случаевъ мы имѣли дѣло съ пароваріальными кистами—а для нихъ уже доказаннымъ давно является ихъ медленный ростъ, однополостность и отсутствіе въ большинствѣ случаевъ всякихъ разроженій на внутреннихъ стѣнкахъ ихъ; первые же случаи представляли яичниковыя кисты, которыя, наоборотъ, очень часто бываютъ многокамерны и ростъ ихъ сравнительно съ пароваріальными значительно болѣе энергиченъ.

Иногда пароваріальныя кисты, какъ это описано многими авторами, бываютъ очень мало напряжены какъ благодаря своей тонкостѣнности, такъ и тому, что онѣ не всегда бываютъ вполне наполнены въ видѣ *kystes uniloculaires flasques* французскихъ авторовъ и тогда онѣ могутъ симулировать присутствіе свободной жидкости въ брюшной полости. Въ нашихъ случаяхъ такого явленія однако не наблюдалось.

При двойномъ изслѣдованіи въ нашихъ случаяхъ мы находили: влагалище было нѣсколько вытянуто по длинѣ,

складки его сглажены, влагалищная часть имѣла нормальную величину, форму и консистенцію, иногда она была только нѣсколько укорочена; положеніе ея въ зависимости отъ положенія самой матки уклонялось отъ нормы; обыкновенно она находилась очень высоко во влагалищѣ, такъ что трудно было достигнуть ее пальцемъ (№ 5 и 9) и была нѣсколько смѣщена въ сторону. Своды обыкновенно были тоже вытннуты. Иногда, впрочемъ, при глубокомъ положеніи кисты, они были втячены во влагалищный рукавъ, и въ одномъ изъ нихъ можно было ощупать сегментъ опухоли мало подвижной или совсѣмъ неподвижной. Неподвижность опухоли чаще всего обуславливалась глубокимъ положеніемъ ея въ маломъ тазѣ и тѣснымъ соприкосновеніемъ съ сосѣдними органами, въ одномъ случаѣ (№ 5) значительная величина ограничивала подвижность. Въ случаѣ же, гдѣ кисты имѣли ножку (№ 13, 16, 20, 22, 26) онѣ отличались большею или меньшею подвижностью. Во всѣхъ почти случаяхъ сегментъ опухоли опредѣлялся въ задне-боковыхъ сводахъ. Въ случаѣ № 14 опухоль можно было ощупать въ переднемъ сводѣ, матка при этомъ была смѣщена назадъ. Мочевой пузырь обыкновенно былъ прижатъ къ лонному соединенію и вытннутъ въ вертикальномъ направленіи. *Terrillon* считаетъ этотъ признакъ вмѣстѣ съ прочими за діагностическій при интралигаментарныхъ кистахъ. Нормальное положеніе пузыря и смѣщеніе матки впередъ говоритъ за то, что ростъ кисты идетъ насчетъ растяженія задняго листка широкой связки; при преимущественномъ же растяженіи передняго листка широкой связки мочевой пузырь приподнять вверхъ, а вытннутая матка помѣщается сбоку и сзади кисты. Матка почти во всѣхъ случаяхъ была вытннута и смѣщена въ ту или другую сторону, противоположную опухоли, чаще всего была опредѣяема въ переднемъ сводѣ; въ случаяхъ (№ 7 и 14) матка опредѣлялась кзади отъ опухоли. Наши наблюденія въ этомъ случаѣ не соответствуютъ таковымъ *Fritsch'a* <sup>1)</sup>, который

<sup>1)</sup> Fritsch. Die Krankheiten der Frauen.

въ 9 случаяхъ пароваріальныхъ кистъ видѣлъ, что матка, несмотря на интралигаментарность опухолей, сохраняетъ свое положеніе. Въ двухъ случаяхъ (№ 19 и 24) нельзя было совсѣмъ контурировать тѣло матки, благодаря тому, что опухоль была тѣсно слита съ ней, иногда (№ 3, 25) можно было только отличить небольшую бороздку, которая отграничивала кисту отъ тѣла матки. Вслѣдствіе такой интимной близости опухоли къ маткѣ, всѣ движенія передаются совершенно ясно на ней, что хорошо обнаруживалось при изслѣдованіи по Hegar'у (№ 7, 23). Иногда бываетъ полное срастаніе съ маткою. *Grieg Smith* <sup>1)</sup> описываетъ случай, гдѣ онъ во время операціи при выдущеніи кисты въ силу тѣснаго срастанія, вынужденъ былъ оторвать часть мускулатуры матки. Тѣло матки почти во всѣхъ случаяхъ было увеличено; въ девяти (№ 5, 6, 17, 18, 21, 23, 30, 31, 34) и полость ея была увеличена (до 12—15 стм.). Яичникъ при самомъ тщательномъ бимануальномъ изслѣдованіи обыкновенно не поддается опредѣленію. Эта трудность обнаруженія яичника при неоваріальныхъ кистахъ можно было объяснить тѣмъ обстоятельствомъ, что, во-первыхъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ долженъ былъ бы нормально опредѣляться, онъ обыкновенно не находится, а бываетъ смѣщенъ выпирающей между листками широкихъ кистой, а во-вторыхъ, вслѣдствіе чрезвычайно сильнаго растяженія связокъ, при значительной величинѣ кисты, онъ можетъ быть вытннутъ до того, что теряетъ всякое сходство при изслѣдованіи съ тѣмъ нормальнымъ объемомъ, съ тѣми контурами, къ которымъ привыкло ощущеніе. *Wykowska-Dunin* <sup>2)</sup> пыталась объяснить это, помимо врожденной аномалии въ видѣ отсутствія его или односторонняго развитія, тѣмъ, что трубочки пароварія, изъ которыхъ развивается киста, вросая въ стromу яичника, вовлекаютъ его въ процессъ, и постепенно доводятъ до полной атрофіи. Относительно измѣненій въ типѣ, формѣ также и въ ха-

<sup>1)</sup> Grieg Smith. Bristol. реф. по Centralblatt 1886.

<sup>2)</sup> Wykowska-Dunin. Beiträge zur Kenntniss und Behandlung der Parovaria cysten Archiv für Gyn. Bd. 34.

характеръ регулъ со времени заболѣванія межсвязочною кистою, т.-е. когда это заболѣваніе уже ясно обнаружилось какими бы то ни было симптомами—по всѣмъ нашимъ случаямъ высказаться категорически довольно трудно. Въ общемъ въ менструальныхъ отправленияхъ не замѣчалось никакихъ характерныхъ свойственныхъ этому типу заболѣваній уклоненій отъ нормы. Bleckwen<sup>1)</sup> допускаетъ отдаленную связь между развитіемъ кисты и аномаліями регулъ въ томъ смыслѣ, что усиленіе менструацій можетъ вызвать болѣе энергичный ростъ уже существовавшей кисты или служить косвеннымъ этиологическимъ моментомъ для первоначальнаго развитія ея. Встрѣтившіяся въ отдѣльныхъ случаяхъ неправильности менструацій были вѣроятно слѣдствіемъ побочныхъ причинъ, осложнившихъ заболѣваніе, какъ напримѣръ въ случаѣ (№ 23). Въ 19 нашихъ случаевъ типъ регулъ остался безъ всякихъ измѣненій, въ 7 случаяхъ за время болѣзни онѣ стали нѣсколько обильнѣе. Въ (№ 1, 13, 14) онѣ стали появляться чаще, хотя количество менструальныхъ дней въ каждомъ періодѣ и уменьшилось, въ остальныхъ случаяхъ онѣ усилились или вообще сдѣлались неправильными.

Въ самомъ теченіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень замѣтною и медленною, въ другихъ болѣе быстрой обыкновенно неблагоприятныхъ никакихъ осложненій не наблюдается (По даннымъ Olshausen'a для пароваріальныхъ кистъ иногда даже наблюдается временная продолжительная остановка въ ростѣ кисты). Но если уже говорить объ нихъ то на первомъ планѣ, по крайней мѣрѣ для тѣхъ же пароваріальныхъ кистъ, нужно поставить нѣкоторую наклонность этихъ кистъ къ самопроизвольнымъ разрывамъ. Olshausen, съ которымъ соглашаются многіе авторы, считаетъ это свойство не рѣдкимъ и даже чрезвычайно специфичнымъ для пароваріальныхъ кистъ. Но, въ свою очередь, другіе авторы, какъ-то: Kossmann, Duplay считаютъ такое явленіе сравнительно очень рѣдкимъ. Такіе разрывы могутъ происходить

<sup>1)</sup> Ludwig Bleckwen. Ueber die Cysten des lig. latum. inaugural. dissert. 1879 г.

подъ влияніемъ какого-нибудь внѣшняго инсульта, давленія какой-нибудь одновременно развивающейся плотной опухоли, беременной матки. Можетъ это случиться и вслѣдствіе нормальной тонкостенности кисты, но чаще, вѣроятно, подъ влияніемъ уже раньше существовавшихъ патологическихъ измѣненій самой стѣнки въ видѣ воспалительныхъ процессовъ, кровоизліній въ ней, жирового перерожденія—что въ значительной степени разрываетъ ее. Olshausen говоритъ, что ему часто удавалось видѣть на стѣнкахъ экстирпированныхъ кистъ въ самыхъ тонкихъ мѣстахъ рубцы—слѣды большихъ разрывовъ. Въ зависимости отъ состава содержаимаго брюшина полость, въ которую въ большинствѣ случаевъ изливается эта жидкость, такъ или иначе реагируетъ на это. Чистая серозная жидкость—это нормальное содержимое большей части пароваріальныхъ кистъ вызываетъ со стороны перитонеальныхъ покрововъ брюшной полости настолько незначительную реакцію, что она сводится къ нулю. Она быстро всасывается и вслѣдъ за этимъ наступающею обильною діуріею удаляется изъ организма. Содержимое же, имѣющее коллоидный характеръ, уже является для брюшины не индифферентнымъ и вызываетъ обыкновенно перитонитическія явленія, принимающихъ затѣмъ хроническую форму. Такой разрывъ кисты; послѣдовавшій въ первый разъ, повидимому, безъ причинъ, во второй—отъ паденія съ лѣстницы, вызвавшій, какъ видно изъ анамнеза, перитонитъ, мы имѣли въ случаѣ № 18 и впоследствии при операціи, сдѣланной этой больноі, было констатировано, что содержимое кисты представляетъ изъ себя мутную коллоидную жидкость и на брюшной полости были найдены слѣды хроническаго воспалительнаго процесса.

Новое наполненіе кисты послѣ такого опорожненія наступаетъ для пароваріальныхъ кистъ очень медленно, цѣлые годы иногда протекаютъ, пока киста достигаетъ прежнихъ размѣровъ. Нѣкоторые авторы, вѣроятно вслѣдствіе такого запаздыванія рецидивовъ, съ большимъ убѣжденіемъ высказывались въ томъ направленіи, что такіе



самопроизвольные разрывы кистъ ведутъ къ полному исчезновенію ихъ, такъ какъ сморщенная капсула терять уже свою способность вновь продуцировать жидкость. Въ нашемъ случаѣ, гдѣ имѣлась овариальная межсвязочная киста, послѣ разрыва она наполнилась въ продолженіе 2-хъ мѣсяцевъ.

Слѣдующимъ осложненіемъ является перекручиваніе ножки кисты вокругъ своей оси. Это мы могли замѣтить въ двухъ нашихъ случаяхъ (№ 21 и 24). Явленіе это нужно признать для межсвязочныхъ кистъ чрезвычайно рѣдкимъ, благодаря тому, что чаще у нихъ ножка совсемъ отсутствуетъ, какъ это наблюдается въ нашихъ 26 случаяхъ, если же, при своеобразномъ ростѣ кисты въ какую нибудь одну сторону и получается нѣчто напоминающее ножку по анатомическому строенію, то она обыкновенно, будучи дубликатурою брюшиннаго листка, очень широка, коротка и мало подвижна и этимъ представляетъ цѣлую сумму самыхъ невыгодныхъ условий для того механизма, которымъ опредѣляется перекручиваніе. Перекручиваніе ножки кисты обуславливаетъ нѣкоторыя измѣненія въ самой опухоли, характеръ ихъ всецѣло зависитъ какъ отъ степени этой торсіи, такъ и отъ того, насколько быстро она произошла. При медленномъ развивающемся перекручиваніи ножки кисты сосуды, проходящіе въ ней, сдавливаются постепенно—получается венозная гиперемія въ опухоли и отекъ ея, она начинаетъ увеличиваться въ объемѣ и вслѣдъ за этимъ обыкновенно развиваются воспалительныя явленія какъ въ ней самой, такъ и въ окрестности. Въ дальнѣйшемъ, благодаря развитію слипчиваго перитонита, получаются сращения опухоли съ окружающими органами. Иногда эти сращения бываютъ очень незначительны, въ другихъ случаяхъ вся киста оказывается сплошь сращенною съ сосѣдними органами—зависитъ это отъ силы и распространенности бывшихъ воспалительныхъ явленій. Въ случаѣ № 21 сращения были довольно значительны: справа и сверху съ петлею тонкихъ кишекъ посредствомъ тонкой перепонки и съ правой нижней брюшной стѣнкою также сращения съ довольно крупными венозными сосу-

дами съ передней брюшной стѣнкою, такъ что отдѣленіе рукою уже нельзя было сдѣлать, а потребовалось наложеніе лигатуръ. Только одно сращеніе съ салъникомъ, хотя и плотное, мы видимъ въ случаѣ № 24,—здѣсь была ножка перекручена только на половину.

При довольно рѣзко выраженномъ венозномъ застоѣ въ кистѣ, при ея перекручиваніи могутъ произойти чрезвычайно значительныя кровотеченія изъ сосудовъ внутренней поверхности кисты, особенно часто при сосочковыхъ разраженіяхъ на ней не только въ самое содержимое ея, которое подъ вліяніемъ излившейся въ нее крови совершенно измѣняетъ свой характеръ, но также и въ толщу стѣнки. Д-ръ Прохоровъ<sup>1)</sup>, изслѣдуя гистологически стѣнку кисты въ такихъ случаяхъ нашелъ, что по степени организаціи кровяного свертка можно судить о давности перекручиванія, по его наблюденіямъ кровоизліянія могутъ локализоваться во всѣхъ соединительно-тканыхъ слояхъ стѣнки; при давно бывшемъ перекручиваніи въ стѣнкахъ кисты можно видѣть гіалиновое перерожденіе.

Въ первомъ нашемъ случаѣ торсіи стѣнки кисты оказались немного отечными, неодинаковой толщины, мѣстами съ плотными буграми соединительной ткани. Въ содержимомъ бѣлые и красные кровяные шарики.

Кровотеченія въ полость кисты кромѣ указанныхъ путей могутъ еще произойти подъ вліяніемъ травматическихъ инсультовъ, какъ напримѣръ, при пункцияхъ.

Бывающее иногда нагноеніе въ самой кистѣ и въ окружающей ея области происходитъ при воспаленіяхъ ея стѣнокъ вызванныхъ, напримѣръ, перекручиваніемъ ножки и послѣдовательнымъ сращеніемъ стѣнокъ съ кишечникомъ, иногда ауэрпериальные воспалительные процессы могутъ служить возбудителями его и, наконецъ, занесеніе извнѣ патогенныхъ микроорганизмовъ путемъ той же пункции. Такое нагноеніе мы имѣли возможность наблюдать въ

<sup>1)</sup> Прохоровъ. Патолого-анатомическія измѣненія стѣнки яичниковыхъ кистъ при перекручиваніи ихъ ножки. Дисс. 1896 г.

случаѣ № 7, гдѣ этиологическимъ моментомъ для него была вѣроятно произведенная больной на дому недостаточно асептичная пробная пункция—которой было добыто прозрачная серозная жидкость. *Winaver*<sup>1)</sup>), разбирая вопросъ о нагноеніи межсвязочныхъ кистъ, говорить, что оно бываетъ гораздо чаще, чѣмъ это привыкли думать; такъ какъ вслѣдствіе трудности и подчасъ даже невозможности диагностировать нагноеніе, кисты ошибочно принимаютъ за нагноеніе тазовой клѣтчатки. Срощеніе стѣнокъ кисты съ окружающими органами представлялось намъ въ 15 случаяхъ (№№ 4, 5, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 23, 28, 31, 35, 36, 37, 39) въ самомъ разнообразномъ видѣ, съ различными органами, или какъ тонкія рыхлыя перепонки, легко отдѣляемыя во время операціи рукою или какъ плотныя, сплошныя тяжки.

Въ случаѣ № 11 киста была сплошь покрыта ложными перепонками. Иногда эти срощенія значительно ограничивали подвижность опухоли. Чаще всего наблюдались срощенія съ передней брюшной стѣнкой и съ сальникомъ, но не менѣе часто они были при экстраперитонеальномъ ростѣ кисты съ какимъ нибудь отрѣзкомъ кишечника (въ 10 случаяхъ были срощенія съ брюшною стѣнкою, въ 8 съ сальникомъ и въ 7 съ тонкими кишками въ области flexurae sigmoideae). Эти срощенія особенно неприятны въ томъ смыслѣ, что во время операціи представлялась большая опасность при отдѣленіи ихъ нарушить цѣлость мочеточниковъ или крупныхъ сосудовъ. Мнѣніе *Dyptay*, будто бы эти срощенія какъ часты для яичниковыхъ кистъ, такъ рѣдки для пароваріальныхъ, нашими случаями не подтверждается, такъ какъ и пароваріальные давали въ большомъ количествѣ случаевъ такіа осложненія.

Говоря объ осложненіяхъ, нельзя не упомянуть о томъ, какое влияние можетъ имѣть существованіе межсвязочной кисты на возникновеніе, леченіе и исходъ беременности. Многие авторы говорятъ, что наличность среди широкихъ

связокъ кисты мѣшаетъ беременности лишь столько, сколько каждая опухоль, локализирующаяся въ маломъ тазу. Относительно менструацій мы видѣли, что въ большинствѣ случаевъ, онѣ не представляютъ уклоненій отъ нормы и слѣдовательно, если параллельно не будетъ какихъ нибудь патологическихъ измѣненій въ половой сферѣ женщины, то зачатіе возможно въ каждый данный моментъ безпрепятственно, что наглядно доказывается нашимъ случаемъ № 22—гдѣ имѣлась 2½ мѣсячная беременность. И иногда беременность, роды и послѣродовой періодъ могутъ протекать совершенно правильно. Но были наблюденія также, гдѣ при такихъ условіяхъ наблюдался цѣлый рядъ очень серьезныхъ осложненій. Прежде всего необходимо допустить, что подъ влияніемъ беременности опухоль будетъ развиваться съ большою энергіею и этимъ представлять все большую и большую помѣху чисто механическаго свойства для свободного увеличенія матки. Далѣе беременная матка, постепенно увеличиваясь, можетъ служить своимъ передвиженіемъ и тѣмъ давленіемъ, которое она оказываетъ на опухоль, этиологическимъ моментомъ для перекручиванія кисты и для разрыва ея. Въ свою очередь, беременность иногда можетъ быть прервана вслѣдствіе давленія на нее со стороны опухоли. Если даже беременность при благоприятныхъ условіяхъ дошла до конца, то въ самомъ теченіи родовъ присутствіе кисты въ маломъ тазу можетъ вліять на правильную сократительность матки и тѣмъ обусловитъ ненормальную установку предлежащей части и, наконецъ, представить механическое препятствіе для рожденія плода.

Но можно допустить, что межсвязочная киста при прочихъ равныхъ условіяхъ представляется для благоприятнаго хода беременности значительно большее механическое препятствіе, чѣмъ всякая другая опухоль—именно, благодаря своей интимной близости къ маткѣ и своей чрезвычайно ограниченной подвижности.

Мы видѣли изъ нашихъ случаевъ, что отношенія такихъ интралигаментарныхъ кистъ къ сосѣднимъ органамъ было прямо пропорціонально ихъ величинѣ; чѣмъ киста

<sup>1)</sup> *Winaver*. Журналъ акуш. и женск. болѣзней. 1897 г.

была больше, тѣмъ больше осложнялись эти отношенія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда киста была очень незначительной величины, она видимо не представляла особенной помѣхи для организма, но нарушала анатомической гармоніи въ сосѣднихъ органахъ, что, наоборотъ, было очень замѣтно при кистахъ очень большихъ размѣровъ и еще при такихъ, локалізація которыхъ была совершенно своеобразна. Больше всего то или другое топографическое положеніе кисты сказывалось на отношеніи ея къ широкой связкѣ. При кистахъ чисто интралигаментарнаго развитія онѣ, развиваясь или въ наружной стѣнкѣ широкихъ связокъ въ области алае vesperilionis, или изъ hylus ovarii занимали почти цѣликомъ всю область широкихъ связокъ и были покрыты почти по всей своей периферіи брюшиною. Въ другихъ случаяхъ кисты не оставались заключенными только между листками широкихъ связокъ, но въ своемъ дальнѣйшемъ ростѣ расщепляя ихъ постепенно, приподнимая брюшину Дугласова пространства, вышли за предѣлы ея и извѣстнымъ сегментомъ выполняли какое нибудь углубленіе въ клѣтчаткѣ малаго таза. При такомъ ростѣ эти кисты уже принимали видъ ретроперитонеальныхъ кистъ, достигали въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ лѣвой стороны до тонкихъ кишекъ, съ правой до слѣпой кишки. Иногда мы видѣли, что кисты располагались впереди между пузыремъ и маткою, сильно приподнимая и вытягивая эти органы или наконецъ сзиди между маткою и прямою кишкою. Въ случаѣ № 14 мочевоу пузырь, частью расположенный впереди опухоли, частью между ней и маткою, былъ вытянутъ въ видѣ песочныхъ часовъ.

Koblentz <sup>4)</sup>, принимая во вниманіе подобное распространеніе этихъ кистъ, различалъ три пути развитія ихъ: 1) въ перивагинальной клѣтчаткѣ, 2) въ перипрокталной и 3) въ подперитонеальной.

Рван <sup>2)</sup> при ростѣ этихъ кистъ въ сторону перитоне-

альной полости называлъ этотъ видъ varieté intrapéritonéale—въ сторону малаго таза къ fossa iliaca-varieté pelvienne и при направленіи къ кишечнику—varieté pelvi-abdominale, rétro-péritonéale.

Д-ръ Парышевъ <sup>1)</sup>, разбирая вопросъ о взаимномъ отношеніи этихъ новообразованій къ сосѣднимъ органамъ, въ основу дѣленія кладетъ ихъ отношеніе къ широкимъ связкамъ и дѣлитъ ихъ на три группы такимъ образомъ. Къ первой группѣ относятся тѣ опухоли, которыя при своемъ ростѣ растягиваютъ главнымъ образомъ верхній отдѣлъ широкой связки, оставляя ея основаніе болѣе или менѣе нетронутымъ. Такія опухоли имѣютъ, благодаря своему росту въ брюшную полость, хотя и не рѣзко выраженную широкую ножку. Ко второй группѣ тѣ, которыя растягиваютъ равномѣрно широкую связку и растутъ по направленію къ газовой клѣтчаткѣ. Нижний сегментъ опухоли въ такихъ случаяхъ расположенъ очень глубоко и прилегаетъ непосредственно къ влагалищному своду. Съ боковъ такія опухоли обыкновенно примыкаютъ съ одной стороны къ маткѣ, съ другой—къ соответствующей сторонѣ таза. При такомъ ростѣ ножки, конечно, никогда не наблюдается. Наконецъ, въ третью группу онъ относитъ тѣ кисты, которыя, не ограничиваясь предѣлами широкихъ связокъ, выходятъ изъ нихъ и распространяются въ подперитонеальномъ пространствѣ, создавая очень сложныя и чрезвычайно запутанныя анатомическія соотношенія. Придерживаясь такого дѣленія, мы къ первой группѣ можемъ отнести наши случаи № 6, 9, 13, 15, 18, 22, 24, 25, 26, 30, 32, 34, 37, 40 и 41, ко второй № 1, 3, 4, 5, 8, 12, 17, 19, 27 и къ третьей всѣ остальные.

Мы уже выше сказали, съ какими интралигаментарными кистами съ точки зрѣнія ихъ генеза мы встрѣтились въ нашемъ матеріалѣ. Съ какою частотою эти опухоли располагались на той или другой сторонѣ можно видѣть изъ прилагаемой таблички:

<sup>1)</sup> Koblentz. Zur genese und Entwicckelung von Kystomen im Bereiche der inneren weiblichen Sexualorgane. Virchow's Archiv. LXXXIV.

<sup>2)</sup> Рван. 1. с.

<sup>4)</sup> Парышевъ. Кисты широкихъ связокъ и ихъ оперативное леченіе. У связдъ общ. русск. врачей 1893/94 г.

Cystoma parovariorum dextri. . . . .	11 разъ.
» » sinistri. . . . .	3 »
» ovariorum intralig. dextri. . . . .	5 »
» » » sinistri. . . . .	7 »
» lig. latiorum sin. . . . .	3 »
» » » dextri. . . . .	8 »
» intralig. duplex. . . . .	2 »
» parovariorum » . . . . .	1 »

Въ случаяхъ Martin'a, двустороннія пароваріальныя кисты были въ 25%; такой цифрѣ вовсе, какъ это видно, не соответствуютъ наши данныя. Также вопреки наблюдениемъ Pean'a, что лѣвостороннія пароваріальныя кисты бываютъ чаще, мы имѣемъ правостороннія въ 11 случаяхъ, при двухъ лѣвостороннихъ.

Скажемъ теперь нѣсколько словъ относительно величины вида и характера самихъ опухолей съ патолого-анатомической стороны, насколько такія указанія имѣются въ нашихъ клиническихъ данныхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опредѣлена была приблизительная величина опухоли именно въ 28, мы имѣемъ такіе размѣры:

Въ голову взрослому челоуѣку . . . . .	4 кисты.
» два кулака. . . . .	1 »
» гусиное яйцо . . . . .	1 »
» кулакъ . . . . .	3 »
» апельсинъ . . . . .	2 »
Своимъ дномъ доходили до пупка . . . . .	2 »
Стояли на 13 см. выше пупка . . . . .	1 »
» » 8 » » » . . . . .	1 »
» » 6 » » » . . . . .	1 »
На серединѣ между пупкомъ и лобкомъ . . . . .	1 »
Стояло на 29 см. надъ лобкомъ . . . . .	1 »
» » 25 » » » . . . . .	1 »
» » 16 » » » . . . . .	2 »
» » 12 » » » . . . . .	1 »
» » 10 » » » . . . . .	1 »

Также въ 28 изъ нашихъ случаевъ имѣются болѣе подробныя сообщенія относительно самихъ опухолей, откуда можно видѣть, что 22 кисты были однокамерныя, а остальная многокамерныя, и наибольшее число (14) однополостныхъ приходится на пароваріальныя кисты.

Такимъ образомъ оправдывается и наша казуистическая общее мнѣніе авторовъ (*Oeshausen, Phannenstiel, Terrillion, Peani* и др.), что пароваріальныя кисты только въ видѣ исключенія бываютъ многокамерныя.

Количество содержимаго кисты колебалось въ предѣлахъ отъ нѣсколькихъ сотенъ куб. сант. до нѣсколькихъ тысячъ. Наибольшее количество было въ случаѣ № 5 — 18.500 к. с. серозной жидкости. Въ 20 случаяхъ мы имѣли серозное содержимое, въ 2 серозно-кровоянистое, въ 3 серозно-коллоидное, въ 14 коллоидное и въ 2-хъ — гнойное. Въ 12 случаяхъ прозрачное серозное содержимое принадлежало пароваріальнымъ кистамъ, въ остальныхъ случаяхъ эти кисты имѣли коллоидную жидкость темно-коричневаго или зеленаго цвѣта. Этимъ опровергается до известной степени такъ глубоко вкоренившееся мнѣніе, что содержимое пароваріальныхъ кистъ почти безъ исключенія представляетъ изъ себя прозрачную серозную жидкость известнаго химическаго состава.

Такой характеръ этой жидкости считался настолько специфичнымъ, что на этомъ свойствѣ ея, между прочимъ, въ особенности старые авторы устанавливали диагностику этихъ опухолей.

Очень часто составъ этого содержимаго мѣняется подъ влияніемъ бывшихъ кровоизліяній или отъ развитія, на примѣръ, сосочковыхъ разрошеній на внутренней ея поверхности, какъ это мы видѣли въ случаѣ № 19.

Въ случаяхъ № 10, 11, 13 можно было видѣть очень характерное отношеніе трубы къ наружной поверхности кисты, къ которой она обыкновенно непосредственно прилегаетъ вмѣстѣ съ *fimbria ovarica* и вытянутая опухолью огибаетъ ея наибольшую периферію, удлиняясь иногда до 45 см. (*Phannenstiel*). На стѣнкѣ этихъ же кистъ виденъ былъ совершенно неизмѣнный яичникъ.

что могло служить безусловнымъ доказательствомъ паровариальнаго происхожденія ихъ.

Въ случаяхъ № 17, 24, 21, мы имѣли дѣло повидимому съ тѣми сосочковыми кистами, которыя *Olshausen* выдѣлили совершенно въ отдѣльную группу въ силу ихъ исключительнаго генеза а также патолого-анатомическихъ и клиническихъ особенныхъ свойствъ.

Остальные опухоли, за исключеніемъ тѣхъ, диагнозъ которыхъ не представлялось возможности по клиническимъ даннымъ установить, принадлежали къ обыкновеннымъ яичниковымъ кистамъ, развившимся межсвязочно.

Сопоставляя всѣ эти наши случаи вмѣстѣ, мы могли убѣдиться, что имѣли здѣсь дѣло съ различными типами кистовидныхъ опухолей. Различіе ихъ между собою состояло какъ въ анатомическомъ строеніи ихъ, такъ и въ смыслѣ генеза. Одна опухоль представляла изъ себя простую однокамерную кисту съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ, въ другихъ случаяхъ киста была многополостная, съ коллоиднымъ содержимымъ, съ сосочковыми разраженіями; для однѣхъ кистъ исходною точкою развитія были придатокъ яичника, для другихъ самъ яичникъ. Разница эта очень важна въ гистологическомъ смыслѣ и съ точки зрѣнія ихъ гистогенеза, но этого нельзя было сказать, разсматривая ихъ съ клинической стороны. И если это всѣми признаваемое, какъ совершенно искусственное соединеніе этихъ кистъ въ одну группу имѣетъ *raison d'être*, то главнымъ образомъ только для клиники. Общность ихъ локализациі по преимуществу между широкими связками соединяетъ ихъ въ клиническомъ смыслѣ. Мы могли видѣть въ цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ два отдѣльныхъ типа этихъ опухолей, расположенныхъ межсвязочно давали намъ совершенно аналогичные припадки. Та или другая интенсивность этихъ припадковъ обуславливалось чаще всего не тѣмъ, что одна опухоль развивалась изъ элементовъ *hylus'a ovarii*, а другая изъ какихъ нибудь рудиментарныхъ остатковъ, затерявшихся въ области широкихъ связокъ, а лишь въ силу, какъ это мы въ большинствѣ случаевъ видали, слѣдующихъ двухъ факторовъ: величины опухоли и уже

гораздо рѣже особенностей ея анатомическаго строенія. Такъ, грандіозныхъ размѣровъ типическая паровариальная киста, которую напримѣръ *Thanneustiel* считаетъ за вполне доброкачественную опухоль, давала большѣе гораздо клиническихъ симптомовъ, чѣмъ въ начальной степени своего развитія сосочковая киста *Olshausen'a*; и въ другихъ случаяхъ при одинаковой приблизительно величинѣ кистъ, та, у которой удавалось диагностировать, игнорируя совершенно ея происхожденіе, присутствіе сосочковыхъ разраженій на внутренней стѣнкѣ и въ особенности если можно было заподозрить проростаніе ихъ сквозь стѣнку, представляетъ болѣе серьезную клиническую картину, чѣмъ простая съ гладкими стѣнками киста.

Мы только что сказали, что съ клинической стороны эти опухоли, развивающіяся въ области широкихъ связокъ, представляютъ совершенно удачно обособленную группу и въ этомъ мы могли убѣдиться и изъ нашихъ 41 случая. Оставляя въ сторонѣ макроскопическое строеніе, мы могли замѣтить, что цѣлый комплексъ клиническихъ симптомовъ, которыми характеризуются эти кисты, является почти постояннымъ, независимо отъ того, откуда эти опухоли развиваются. Такими признаками въ этихъ случаяхъ были: ограниченная подвижность опухоли, въ иныхъ случаяхъ даже полная неподвижность, глубокое положеніе ихъ въ маломъ тазу, тѣсная близость къ маткѣ, которую онѣ часто совершенно иммобилизуютъ, вытягиваніе вверхъ мочевого пузыря и матки, съ удлиненіемъ ея полости. Такимъ представляется общая клиническая картина при межсвязочныхъ кистахъ.

Эта группировка конечно не можетъ быть оправдываема съ чисто научной, теоретической стороны, но за то безусловно съ практической, такъ какъ и леченіе ихъ, которое состоитъ въ неизбѣжномъ оперативномъ вмѣшательствѣ, представляя въ своихъ методахъ различныя модификаціи, совершенно одинакова для всѣхъ межсвязочныхъ кистъ безъ различія ихъ происхожденія. Къ этимъ методамъ леченія мы теперь и перейдемъ.

Вопрос о лечении межсвязочных кистъ имѣть за собою такую же историческую давность, какъ и вся остальная литература объ этихъ кистахъ. Изъ хирургическихъ методовъ леченія, иридерживаясь хронологическаго порядка, въ числѣ первыхъ можно указать на лечение методическимъ сдавливаніемъ опухоли (массажемъ, растираніемъ, поколачиваніемъ) предложенномъ *Hamilton-омъ*, *Seymour-омъ*<sup>1)</sup> и другими авторами, а также посредствомъ электролиза. О первомъ способѣ *Olshausen* вспоминаетъ какъ о курьезѣ, удивляясь терпѣнію тѣхъ, кто его примѣняли. Эти способы, само собою разумѣется, по безрезультатности не могли себѣ приобрести прочнаго положенія и потому очень скоро были заброшены. Вслѣдъ за этимъ является пункция съ послѣдовательнымъ опорожненіемъ содержимаго кисты. Такъ какъ она давала видимые хорошіе результаты, то она сразу завоевала себѣ первое мѣсто и долго пользовалась правомъ гражданства въ хирургіи этихъ кистъ, тѣмъ болѣе, что она имѣла за собою громадное преимущество—простоту техники. Какъ завоевала себѣ право этотъ методъ яко бы радикальнаго во всѣхъ случаяхъ леченія, это находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что въ литературѣ было описано много случаевъ, гдѣ послѣ самопроизвольнаго разрыва кистъ наступало полное излеченіе и повидимому на долгое время. И только за послѣднее, сравнительно, недавнее время стали раздаваться въ литературѣ порицанія по адресу этого метода леченія, въ томъ смыслѣ, что онъ не выдерживаетъ критики, какъ радикальный способъ, и можетъ быть только палліативомъ; начали развѣнчивать его хваленые результаты, объясняя успѣхъ только слишкомъ недостаточными по времени наблюденіями, и на смѣну его постепенно съ усовершенствованіемъ хирургической техники стали выступать новые способы, дававшіе уже не временные успѣшные результаты, а радикальное излеченіе. Однимъ изъ первыхъ горячихъ сторонниковъ

<sup>1)</sup> Цит. по *Olshausen*'y. Die Krankheiten der ovarien.

леченія кистъ лишь простою пункциею явился въ 1851 году *Bird*<sup>1)</sup>. И пропаганда этого метода была настолько успѣшна, что до 1875 г. какъ говоритъ *Terrillion*<sup>2)</sup>, его считали самымъ лучшимъ и вполне удовлетворяющимъ цѣли своей. *Terrillion* очень интересуясь этимъ вопросомъ, насколько, дѣйствительно, достойна пользоваться кредитомъ простая пункция въ смыслѣ окончательнаго излеченія кисты, очень тщательно собралъ всю казуистическую литературу, относящуюся до нея. Въ собранныхъ имъ 110 случаевъ, по сообщенію авторовъ, рецидивъ наблюдался только въ 38 случаяхъ, но нѣкоторые изъ нихъ, въ которыхъ было будто-бы полное выздоровленіе, оставались подлѣ наблюденіемъ въ теченіе очень незначительнаго времени, лишь нѣсколькихъ мѣсяцевъ; и это-то кажущееся выздоровленіе и вносило въ обманъ какъ хирурговъ, такъ и больныхъ. Хотя на ряду съ этимъ и было, правда, немного случаевъ, гдѣ наблюденіе простиралось на гораздо болѣе продолжительное время и рецидивъ не обнаруживался въ теченіе 8—10 лѣтъ. Но и эти благоприятные, эффектные случаи не развѣяли скептицизма *Terrillion*'а къ этому методу леченія. Онъ остался при томъ глубокомъ убѣжденіи, что большинство хорошихъ результатовъ, полученныхъ авторами, объясняется лишь преждевременными, чрезчуръ торопливыми опубликованіями ихъ, такъ какъ преобладающая масса больныхъ ускользаетъ отъ наблюденія въ очень непродолжительномъ времени, тѣ-же изъ нихъ, у которыхъ не наблюдается рецидива въ продолженіи даже нѣсколькихъ лѣтъ не были, по его мнѣнію, навсегда гарантированы отъ него, такъ какъ рецидивируютъ эти опухоли сравнительно очень медленно. Онъ самъ приводитъ случай, гдѣ большой была сдѣлана пункция и такъ какъ полтора года спустя нельзя было констатировать новаго наполненія кисты, то она была признана здоровой, между тѣмъ какъ въ концѣ второго года, она умерла отъ ка-

<sup>2)</sup> *Terrillion*. Traité des kystes para-ovariens.

<sup>1)</sup> Цит. по *Terrillion*'y.

хекси, вызванной быстро развившейся опухолью. Выздоровление вообще послѣ пункціи онъ считаетъ какъ крайне рѣдкое исключеніе, въ особенности еще, если въ содержимомъ кистъ находится даже въ незначительномъ количествѣ бѣлокъ; тогда рецидивъ, по его мнѣнію неизбеженъ. Въ концѣ своей работы о леченіи пароваріальныхъ кистъ *Terrillon* приходитъ къ такимъ выводамъ, что: 1) пароваріальныя кисты очень часто рецидивируютъ послѣ опорожненія ихъ содержимаго. 2) Время протекающее отъ пункціи до рецидива въ иныхъ случаяхъ равняется нѣсколькимъ мѣсяцамъ, въ болѣе благоприятныхъ нѣсколькимъ годамъ. 3) Состояніе до наступленія рецидива легко симулируетъ полное выздоровленіе, чѣмъ многіе были и введены въ заблужденіе относительно успѣшности этого леченія. 4) Какъ часто наступаютъ рецидивы трудно сказать, но это скорѣе правило, чѣмъ исключеніе. 5) Нѣкоторые, хотя во всякомъ случаѣ въ высшей степени рѣдкіе случаи говорятъ о полномъ выздоровленіи, наступавшемъ послѣ одной или нѣсколькихъ пункцій. 6) Поэтому *Terrillon*, какъ это ни странно кажется, сравнительно съ высказываемыми имъ взглядами, считаетъ нужнымъ всегда испробовать, нельзя ли достигнуть выздоровленія пункціею.

Почти одновременно или, по крайней мѣрѣ, вскорѣ послѣ того, какъ предложена была пункція, какъ леченіе для пароваріальныхъ кистъ, нѣкоторыми авторами рекомендована была та-же пункція, но съ послѣдовательнымъ вспрыскиваніемъ іода, причемъ имѣлось въ виду этимъ раздражающимъ веществомъ вызвать воспаленіе на внутренней поверхности кисты и привести ее такимъ путемъ къ запустѣнію. Основаніемъ для нихъ вѣроятно служила аналогія, которую они видѣли въ пароваріальныхъ кистахъ съ водяною яичка у мужчинъ, гдѣ практиковалась иногда съ хорошимъ результатомъ подобная терапия. Но особенно шума и успѣха предложеніе этого новаго метода не вызвало, такъ какъ вскорѣ же со стороны самихъ пионеровъ этого поправленія были сдѣланы сообщенія объ очень сомнительныхъ результатахъ изле-

ченія и если и наблюдались таковыя, то лишь въ незначительномъ процентѣ случаевъ. Между тѣмъ какъ на ряду съ этимъ появилось описаніе случаевъ, гдѣ примѣненіе этого метода сопровождалось серьезными осложненіями въ видѣ сильныхъ и тяжелыхъ воспалительныхъ явленій со стороны брюшины и въ видѣ общаго іодизма. Въ силу этихъ болѣе неблагоприятныхъ, чѣмъ успѣшныхъ исходовъ этого метода леченія, онъ вскорѣ былъ почти всеміи заброшенъ. Общее мнѣніе сводилось къ тому, что, ради тѣхъ неизвѣстныхъ, фиктивныхъ результатовъ нѣтъ никакого резона подвергать больныхъ риску и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже очень серьезному, жизненному.

Страннымъ кажется тотъ фактъ, что простая пункція, уже а priori кажущаяся методомъ леченія (радикальнаго, конечно, а не какъ палліативъ) очень шаткимъ и не могущимъ внушить себѣ большого довѣрія, пользовалось все-таки впродолженіи долгаго времени многихъ десятковъ лѣтъ, со стороны цѣлой плеяды хирурговъ славою радикальной операціи при леченіи пароваріальныхъ кистъ. Въ прежнее время она считалась показуемою почти безусловно во всѣхъ случаяхъ, сравнительно же новѣйшими авторами—только въ исключительныхъ. При примѣненіи ее *largo manu* въ нѣкоторыхъ случаяхъ она можетъ не только не принести желаемыхъ результатовъ, противъ всякаго ожиданія, но быть прямо таки вредною, напримѣръ при кистахъ съ коллоиднымъ содержимымъ. Для такого увлеченія этимъ методомъ вѣроятно имѣлось какое нибудь основаніе, да и въ литературѣ приводились примѣры, гдѣ иногда такая простая пункція стояла на высотѣ своего назначенія.

Само собою разумѣется, невольно навязывается вопросъ, въ чемъ здѣсь кроется секретъ и имѣетъ ли какой нибудь *raison d'être* въ дѣлѣ леченія пункціею? Или всѣ эти приведенные случаи выздоровленія такимъ путемъ и приверженность къ ней многихъ авторовъ одно лишь заблужденіе?

Если на смѣну пункціи, какъ радикальнаго метода

лечения пароваріальныхъ кистъ и явились въ новѣйшее время различные другіе способы хирургическаго вмѣшательства съ довольно сложною техникою производства ихъ, то все-таки окончательно низводитъ всякое значеніе пункции съ послѣдовательнымъ опорожненіемъ содержимаго кисты нѣтъ достаточно основанія. Дѣйствительно, если ее примѣнять при тѣхъ межсвязочныхъ кистахъ, содержимое которыхъ представляетъ изъ себя чистую серозную жидкость, очень небольшого удѣльнаго вѣса, не содержащая бѣлка, стѣнки которой очень тонки и бѣдны сосудами—успѣхъ можетъ быть. *Olshausen* говоритъ, что чѣмъ рѣзче выражены эти химическія свойства—тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ. Такая киста, по опорожненіи ея, вслѣдствіе спаденія самихъ стѣнокъ и обусловленнаго этимъ нарушенія безъ того уже слабаго питания ихъ, можетъ окончательно заустѣть. Внутренняя поверхность у такой кисты обыкновенно утрачиваетъ послѣ этого свою секреторную способность, тканевые элементы подвергаются регрессивному метаморфозу и сама киста, значительно уменьшившись въ своихъ размѣрахъ, подвергается полному сморщиванію.

Слѣдовательно, благоприятный успѣхъ пункции опредѣляется наличностью всѣхъ этихъ условий. При обратныхъ условіяхъ, если киста будетъ обладать толстыми и слѣдовательно богатыми сосудами стѣнками, то тогда уже пункция не поведетъ къ атрофії ея, такъ какъ нарушенное кровообращеніе въ спавшихся стѣнкахъ скоро восстанавливается и, по зарощеніи перфорационнаго отверстія, она снова наполняется жидкостью и достигаетъ прежнихъ размѣровъ. *Terrillon* еще замѣтилъ, что рецидивъ бываетъ особенно часто, если содержимое кисты заключаетъ въ себѣ хотя и въ незначительной пропорціи бѣлокъ; онъ не высказался, однако, какое со своей стороны даетъ объясненіе этому факту. Вѣроятно же всего, что присутствіе въ жидкости бѣлка уже обуславливаетъ какое нибудь особенное строеніе стѣнки, отступающее отъ обыкновеннаго типа.

*Fichel* допускаетъ неуспѣхъ пункции въ смыслѣ окон-

чательнаго излеченія въ томъ, что въ иныхъ случаяхъ на стѣнкѣ главной кисты могутъ быть расположены добавочныя, дочернія, которыя случайно не будучи опорожнены, что очень возможно, одновременно съ главной кистою могутъ по запусѣваніи ея развиться до очень большихъ размѣровъ.

Хорошою иллюстраціею подобной гипотезы можетъ служить случай *Leopolda* <sup>1)</sup>, гдѣ пароваріальная киста послѣ трехъ пункций каждый разъ давала рецидивы, наконецъ, она была экстирпирована *per laparotomiam*, причемъ было найдено на стѣнкѣ главной кисты нѣсколько маленькихъ добавочныхъ. Очевидно, можно допустить, что вмѣсто опорожненной и вслѣдствіе этого атрофировавшейся главной кисты развивались каждый разъ новыя изъ оставшихся маленькихъ кистъ.

По *Fichel* <sup>2)</sup> не ограничивается еще этимъ и дѣлаетъ попытку объяснить часто наблюдаемые рецидивы даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіи на препаратахъ, удаленныхъ оперативнымъ путемъ кистъ, не находили никакихъ добавочныхъ кистъ, а поверхность была совершенно гладка; именно, онъ объяснялъ тѣмъ обстоятельствомъ, что въ стѣнкахъ пароваріальныхъ кистъ, развившихся, какъ это обыкновенно принимаютъ, изъ одной трубочки пароварія, могутъ затеряться остальные трубочки ея и при тѣхъ или другихъ условіяхъ каждая изъ нихъ можетъ съ успѣхомъ, имѣя одинаковые шансы, развиться въ кисту.

Кромѣ того, что пункция въ большинствѣ случаевъ не даетъ никакихъ результатовъ, она представляетъ собою не вполне безопасное леченіе. Не говоря уже о возможности занесенія патогенныхъ микроорганизмовъ и зараженія такимъ путемъ брюшины (подобные примѣры въ изумительно высокихъ цифрахъ до 19% приведены въ статистикѣ доантисептическаго времени), но является еще возможность поврежденія троакаромъ какого нибудь ор-

<sup>1)</sup> *Leopold*. Centrallblatt 1886 г. реф.

<sup>2)</sup> *Fichel*. l. c.



гана или крупного сосуда съ послѣдовательнымъ опаснымъ внутреннимъ кровотеченіемъ.

Не разъ уже цитированная нами статистика *Prochownick'a* даетъ наглядно возможность оцѣнить результаты пункций, какъ лечебнаго метода, почему и не безынтересно прослѣдить всѣ эти случаи.

Случай *Kiwich'a* нѣсколько темный, за отсутствіемъ опредѣленныхъ клиническихъ данныхъ. Пункция кисты *per vaginam*, спустя 10 недѣль смерть отъ хроническаго перитонита.

Случай *Atlee*. Киста широкихъ связокъ. Двукратная пункция. 18 пинтъ свѣтлой серозной жидкости. Въ теченіе 17 лѣтъ послѣ этого рецидива не было.

Его-же случай. Киста широкой связки, давность заболѣванія 9 лѣтъ. Пункция. Совершенно аналогичная предыдущей жидкость 35 пинтъ. Полное выздоровленіе.

Его-же случай. Киста широкой связки; больна 11 лѣтъ. Пункция. 37 пинтъ безбѣлковой жидкости. Выздоровленіе.

Его-же. Киста широкой связки. Пункция. Черезъ 8 мѣсяцевъ рецидивъ. Экстирпация.

*Koerberle*. Пароваріальная киста. 4 года. Пункция—серозная жидкость. Рецидивъ. Экстирпация.

Его-же. Пароваріальная киста. Пункция. 9 литровъ свѣтлой безбѣлковой жидкости. Рецидивъ. Экстирпация.

*Wynn Williams*. Пароваріальная киста. Пункция. 70 квартъ жидкости. Быстрое наполненіе вновь чрезъ 4 недѣли.

Кромѣ того *Lawson Tait*<sup>1)</sup> приводитъ два примѣра, гдѣ больнымъ была сдѣлана пункция. 1) Больной была сдѣлана 46 разъ пункция и больная прожила до 90 лѣтъ. 2) Въ продолженіи 67 мѣсяцевъ было сдѣлано 68 пункций. Выпущено болѣе 1000 литровъ, безъ вреда для здоровья. (Но, повидимому, и безъ пользы).

Случай *Olshausen'a*. Пункция черезъ задній сводъ, прозрачная безбѣлковая жидкость. Спустя 9 мѣсяцевъ

рецидивъ. Новая пункция такая же жидкость, лишь слѣды бѣлка. Въ теченіе 4-хъ лѣтъ больная совершенно здорова.

Случай *Wykowska-Dunin'*ой. Большой предпринято было съ цѣлью удаленія пароваріальной кисты чрезовѣченіе. При вскрытіи брюшной полости было обнаружено, что кишечныя петли сильно сращены съ передней стѣнкою опухоли. Въ виду большой сложности оперативнаго случая, онъ не былъ законченъ. Сдѣлана пункция. Впро-долженіи 6 лѣтъ нѣтъ рецидивовъ.

Ея-же случай. Опухоль величиною съ беременную матку на 7 мѣсяцѣхъ. Пункция черезъ задній сводъ. Выпущена свѣтлая водянистая жидкость. Черезъ 6 мѣсяцевъ едва прощупывалась небольшая опухоль величиною съ лѣсной орѣхъ.

И еще одинъ случай совершенно аналогичный предыдущему.

Несовершенство этого метода при тѣхъ или другихъ условіяхъ и побудило хирурговъ искать новыхъ способовъ операцій. Такими способами явились два вида операцій: *laparotomia* въ обширномъ смыслѣ этого слова и *colpotosmia*. Причемъ нужно замѣтить, что каждый изъ этихъ хирургическихъ методовъ примѣнялся въ зависимости отъ анатомо-топографическаго положенія опухоли, подчасъ совершенно своеобразнаго, вызывавшаго даже необходимость видоизмѣнять оперативный способъ соответственно характеру случая даже, иногда уже за операціоннымъ столомъ. Кромѣ того индивидуальный взглядъ каждаго хирурга на этотъ вопросъ и усовершенствованіе хирургической техники породили сообразно этимъ условіямъ цѣлый рядъ модификацій въ этомъ направленіи. Такъ что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ хирургу, прежде чѣмъ онъ приступилъ къ операціи подобнаго рода опухолей, представляется дилемма, какой изъ способовъ въ данномъ случаѣ будетъ выгоднѣе и удобнѣе примѣнить и какой изъ нихъ дастъ самые благоприятные результаты. И тутъ то каждому хирургу является возможность проявить все свое остроуміе въ выборѣ лучшаго метода. Такимъ образомъ въ основу существованія этихъ невоз-

<sup>1)</sup> *Lawson Tait*. *Traité clin. des maladies des femmes*. trad. por. Betrix.

возможных модификаций хирургических приемов легли три фактора, которые нами только что упомянуты: 1) Разнообразие анатомо-топографического положения, которое занимает киста. 2) Индивидуальный взгляд каждого хирурга в отношении к превосходству того или другого метода. 3) Усовершенствование хирургической техники.

Въроятно не один вид опухолей не представляет такого разнообразия своего анатомо-топографического положения, как разбираемые нами кисты, благодаря своей особенной локализации среди широких связок. Так иногда у этих кист, хотя в редких случаях, наблюдается довольно ясно выраженная, известной длины ножка, как у обыкновенных яичниковых кист; иногда эта ножка бывает очень слабо выражена, в виде очень короткой, широкой, состоящей из дубликатуры листка широкой связки. в иных случаях ножки, как таковой в анатомическом смысле, совсем нет, и происхождение ее чисто хирургическое, т. е. во время производства самой операции она получается на счет той же широкой связки путем вытягивания до предельной возможности кистного мешка из глубины своего ложа. Во всех этих перечисленных случаях оперативная техника является очень незатруднительной и совершенно аналогичной с той, которая практикуется при экстирпации виф связочных яичниковых опухолей, т. е. перевязка ножки и ампутация опухоли в некотором расстоянии выше лигатур. Иной совершенно оперативный прием вызывается той необходимостью, когда у кисты нет никакой возможности найти ножку, или вследствие толщины ее, если она есть, подвести под нее лигатуры, когда киста плоско фиксировалась между листками широкой связки или далеко распространилась за пределы их, принявши характер экстраперитонеальной опухоли. Тогда уже является на смену новый вид операции — *enucleatio*. *Kossmann* того мнения, что выделение кисты в неосложненных случаях не представляет особенных трудностей при условии, если хирург при самом начале этой операции попадает рукою в соответствующий

слой, т. е. между брюшиною и капсулою кисты. Не приходится также опасаться сильных кровотечений, работа рукою или тупым инструментом. Удобнее и легче производить это выделение при наполненной кисте, но обыкновенно это не является возможным: или сама киста разрывается или из-за ее величины приходится это искусственно делать. Но иногда это выделение, которое конечно представляет собою идеальнейший оперативный метод в этом случае, несмотря на все стремления хирурга, становится совершенно невыполнимым на деле; или в силу очень старых, множественных и сплошных сращений, так что при попытках отделить их, стенки кисты рвутся и не поддаются отделению, или вследствие очень глубокого положения кисты в тазовой полости, где представляется иногда немалая опасность травмировать какиенибудь важные органы или крупные сосуды. Единственным ресурсом для хирургов при таком положении является частичная резекция стенок кисты, причем оставшаяся неотделенною часть кисты подвергается тому или другому уходу. (Вшивание в брюшную рану, или в стенки свода или, наконец, оставление в брюшной полости).

Вот в кратких чертах те возможные и необходимые модификации оперативных приемов, которые вызываются разнообразием топографического положения кисты.

Далее мы можем отметить появление различных видов операций для удаления этих кист, которые не были повидимому вызваны какимнибудь особенным свойством самих кист, но которые можно всецело отнести к индивидуальным взглядам каждого оператора. Так, несмотря на то, что лапоротомия или овариотомия при удалении этих кист сдѣлалась уже очень популярною операциею и давала в общем блестящие результаты, явились сторонники того метода, при котором удаление кисты из сферы широких связок производится *per vaginam*. Последователи этого способа мотивировали его превосходство тем, что, оперируя *per vaginam*, они избавляются от необходимости обнажать брюшную по-

лостью, рискуя инфицировать ее, а кроме того избѣгнуть послѣдующихъ грыжъ, и, слѣдовательно, со значительно меньшими опасностями, они достигаютъ тѣхъ же цѣлей. Безспорно нужно отдать справедливость, что этотъ оперативный приемъ можетъ смѣло конкурировать съ овариотоміею, но, съ другой стороны, нельзя признать въ немъ особеннаго преимущества сравнительно съ нею, такъ какъ овариотомія и лапоротомія представляютъ въ настоящее время для больной при соблюденіи антисептики и асептики минимальную опасность, которая во всякомъ другомъ случаѣ не остановитъ никакого хирурга,—между тѣмъ, какъ colpotomia имѣеть нѣкоторый недостатокъ въ томъ, что хирургу приходится манипулировать на слишкомъ тѣсномъ операционномъ полѣ, почему и самое производство операціи чрезчуръ усложняется. Но конечно сторонники colpotomi'i не отрицаютъ совершенно для всѣхъ случаевъ преимуществъ, которыя неотъемлемо связаны съ овариотоміею.

Успѣхъ въ хирургіи вообще и главнымъ образомъ въ оперативной, съ введеніемъ безгноянаго леченія, неизбѣжнымъ образомъ обусловилъ собою и усовершенствованіе хирургическаго метода при операціяхъ съ межсвязочными кистами.

Обычный методъ леченія хирурговъ прежняго времени въ тѣхъ случаяхъ, когда киста не поддавалась полному выдѣщенію, былъ всегда внѣбрюшинный, т. е. такой: часть кистаго мѣшка резецировалась, а оставшуюся часть считали безусловно необходимымъ изолировать отъ брюшной полости изъ опасенія инфицировать послѣднюю. Эту кистную культи выводили наружу, пришивая къ брюшной ранѣ, или во влагалище, фиксируя ее въ сводахъ. Послѣдующій уходъ за нею состоялъ въ тампонаціи или дренированіи какъ полости нарыва; запусканіе его или выдѣленіе наружу предоставлялось самой природѣ. Но съ новымъ направленіемъ въ хирургіи при помощи тщательнаго проведенія асептики или антисептики, страхъ передъ инфекціей брюшины этимъ кистнымъ остаткомъ, былъ низведенъ до нуля. И внѣбрюшинный способъ, подчасъ очень

хлопотливый въ смыслѣ продолжительнаго ухода, сопряженный иногда длительными, нагноительными процессами, былъ оставленъ и мѣсто его заступилъ внутрибрюшинный способъ, гораздо менѣе сложный и дающій поразительно хорошіе результаты.

Тѣ неудобства его, о которыхъ иногда упоминаютъ: нагноеніе кистной культи и возможность послѣдовательныхъ кровотеченій, легко устранимы; первое—асептическимъ проведеніемъ операціи, второе—тщательнымъ наложеніемъ лигатуръ.

Обрисовавъ въ общихъ чертахъ тѣ главные принципы хирургическихъ приемовъ и ближайшія модификаціи ихъ при удаленіи межсвязочныхъ кистъ, перейдемъ теперь къ описанію способовъ отдѣльныхъ авторовъ.

*Olshausen*, разбирая вопросъ объ операціяхъ, между прочимъ говоритъ, что недостойна упрека попытка хирурга предпослать всякой большой операціи пункцію и этимъ попытаться достигъ хорошихъ результатовъ. При кистахъ, которыя не имѣютъ ножки, полное выдѣщеніе онъ считаетъ конечно идеальнымъ способомъ, который долженъ занять первое мѣсто. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда является абсолютная невозможность сдѣлать такимъ образомъ операцію, онъ резецируетъ всю свободную часть кистаго мѣшка, насколько возможно, а остатокъ опускаетъ въ брюшную полость. Нѣкоторое время продолжающаяся секретія изъ кистаго остатка легко резорбируется брюшной полостью и въ концѣ концовъ культи подвергается полному сморщиванію. Онъ также не отрицаетъ совершенно внѣбрюшинныхъ методовъ съ послѣдовательнымъ дренированіемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ иногда применяетъ способъ экзцизиі отдѣльныхъ кусочковъ кистной стѣнки по *Spencer-Wells*'у.

*De-Sinety* того мнѣнія, что эти кисты часто излечиваются одною пункціею. Отсутствіе въ большинствѣ случаевъ срощеній облегчаетъ, по его мнѣнію, экстирпацію этихъ опухолей. Пункція съ послѣдовательнымъ вспрыскиваніемъ іода представляется ему приемомъ, который сравнительно съ овариотоміею сопряженъ съ большою опасно-

стью, давая въ тоже время гораздо меньше шансовъ на радикальное излеченіе.

*Schroeder* въ случаяхъ существованія неотдѣлимыхъ сросеній практиковалъ такой оперативный методъ: выдающійся куполь опухоли онъ срубалъ циркулярнымъ разрѣзомъ, а въ оставшуюся нижнюю часть онъ вводилъ дренажъ черезъ задній сводъ.

По мнѣнію *Arning*'а<sup>1)</sup> удаленіе пароваріальныхъ кистъ безъ ножекъ представляетъ опасность вслѣдствіе обнаженія субперитонеального пространства и такъ какъ не одинъ случай описанъ полнаго излеченія посредствомъ пункціи, то онъ рекомендуетъ до всякаго оперативнаго вмѣшательства сдѣлать многократную пункцію.

*Terrillon* считаетъ очень серьезной операцію удаленія межсвязочныхъ кистъ при наличности очень прочныхъ сросеній съ листками широкихъ связокъ или съ ближайшими важными органами въ виду возможности опасныхъ кровотеченій или случайнаго поврежденія этихъ органовъ во время производства самой операціи. При неполныхъ операціяхъ, какъ онъ называетъ тѣ случаи, когда полнаго вылушенія кисты нельзя сдѣлать, онъ предпочитаетъ дренировать оставшуюся послѣ резекціи кистную полость со стороны брюшныхъ стѣнокъ, къ которымъ онъ пришиваетъ ее.

Насколько, дѣйствительно, иногда сложны бываютъ операціи при интралигаментарныхъ кистахъ, какъ объ этомъ говоритъ *Terrillon* доказываетъ случай *Kufferath*'а<sup>2)</sup>. У него была больная, у которой была диагностирована яичниковая киста, осложненная внѣматочною беременностью. При чревосѣченіи оказалось: пароваріальная киста интимно сросенная съ маткою и съ придатками. Онъ извлекъ всю опухоль при чемъ ампутировалъ матку на уровнѣ шейки. Случайно порѣзанный во время операціи мочеточникъ онъ пришилъ къ брюшной стѣнкѣ. Черезъ нѣсколько недѣль выздоровленіе.

<sup>1)</sup> Arning. Archir fur Gynecologie Bd. X.

<sup>2)</sup> Kufferath. Revue Belge. Nouvelles arch. d'obstétrique et de gynécologie. 1892.

*Pozzi* въ общемъ упоминаетъ о тѣхъ же самыхъ оперативныхъ методахъ т. е. удаленіе опухоли по типу яичниковыхъ послѣ перевязки ножки, если таковая существуетъ; въ случаяхъ, гдѣ она отсутствуетъ, полное вылушеніе или частичная резекція со швиваніемъ оставшейся полости въ брюшную рану, послѣдовательнымъ дренированіемъ и тампонаціею ея. По его мнѣнію, эта послѣдняя операція даетъ только превосходные результаты при галиновыхъ, пароваріальныхъ кистахъ, т. е. однополостныхъ кистахъ съ серознымъ содержимымъ, съ тонкими гладкими стѣнками, при кистахъ же съ сосочковыми разраженіями результаты получаются очень посредственные; кисты постоянно выражаютъ склонность къ рецидивированію, остается упорный брюшной свищъ и хроническое нагноеніе можетъ довести больную до полнаго истощенія. Вылушеніе онъ считаетъ не особенно трудною операціею, только требующей терпѣнія со стороны хирурга и методической послѣдовательности при производствѣ ея.

*Winckel* держится того взгляда, что прежде чѣмъ предпринять ту или другую радикальную операцію, нужно сдѣлать пункцію и изслѣдовать химическій составъ содержимаго и если онъ показываетъ свойства пароваріальной кисты, то пользоваться выжидательнымъ методомъ и только въ случаѣ рецидива предпринять чревосѣченіе. При этомъ если киста не поддается вылушенію, часть ея резецировать, а остальную часть шить въ брюшную рану проводя двойной дренажъ изъ Дугласова пространства въ уголъ раны и во влагалищный сводъ.

*Schantz* былъ первымъ, который дѣлалъ экспираціи большихъ кистовидныхъ опухолей, содержащихъ до 10—15 литровъ жидкости per vaginam. Въ числѣ его послѣдователей былъ *Wertheim*<sup>1)</sup>, который сообщилъ нѣсколько интересныхъ случаевъ удаленія пароваріальныхъ кистъ такимъ путемъ; причемъ этимъ способомъ онъ оперировалъ только такія кисты, которыя имѣли ножки и подвижность которыхъ было не очень ограничена. Черезъ пе-

<sup>1)</sup> Wertheim Centralblatt 1896 pef.

редній сводъ онъ достигалъ нижняго сегмента опухоли, опорожнялъ ее пункцію и затѣмъ выдвигалъ изъ субъперитонеальной ткани. Въ одномъ изъ случаевъ интралигаментарная киста достигала своими размѣрами до прос. xiphoidens, емкость была 10 литровъ. По разсѣченіи боковаго свода онъ обнаружилъ нижнюю часть опухоли, параметральная ткань была отодвинута кверху и книзу, пункція, опорожнение кисты и вылуцение. При этомъ была экстирпирована сильно вытянутая матка и также резецирована часть широкихъ связокъ съ трубою и яичникомъ. Тампонація, дренажъ, выздоровленіе.

*Chrobac* <sup>1)</sup>), описывая также случаи вылуцения интралигаментарныхъ опухолей черезъ вагину, говоритъ, что въ случаяхъ труднаго отдѣленія опухоли отъ матки, съ которою онъ часто срастаются, нужно оставить часть кисты и шить ее въ вагинальный разрѣзъ.

*Kossmann* при невозможности цѣликомъ вылуцить остатокъ кистнаго мѣшка, сшиваетъ его съ широкою связкою. Но вообще онъ не является большимъ сторонникомъ чревосѣченія для удаленія этихъ новообразованій, хотя онъ признаетъ за этимъ способомъ несомнѣнныя достоинства въ видѣ возможности легко ориентироваться и быстро закончить операцію. Предпочитая въ этихъ цѣляхъ влагалитный путь, онъ обыкновенно дѣлаетъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ и такимъ путемъ достигаетъ до поверхности кисты и вытянувши ее, по опорожненіи отъ содержимаго, щипцами *Moose*, совершаетъ вылуцение. Въ одномъ случаѣ ему удалось такимъ способомъ удалить кисту величиною въ кулакъ взрослаго человѣка. Но если иногда не представлялось возможности слѣзая операцію черезъ влагалитный сводъ, тогда онъ заканчивалъ ее *per laparotomiam*. И по его наблюденіямъ прогнозъ въ этихъ случаяхъ, когда уже операція была начата черезъ влагалитце, нисколько не ухудшался.

Такимъ образомъ мы видимъ, что на ряду съ чревосѣченіями практиковался нѣкоторыми хирургами также

<sup>1)</sup> Chrobac Centralblatt. 1886 г.

и влагалитный способъ удаленія интралигаментарныхъ кистъ. Но при такомъ конкуррированіи этихъ двухъ методовъ перевѣсъ все-таки оставался и остается до настоящаго времени на сторонѣ чревосѣченія, такъ какъ сторонниковъ этого метода всегда имѣется громадное большинство. Преимущество его уже выражается въ томъ, что при чревосѣченіи опытному хирургу является всегда возможность, какъ бы ни были запутанъ случай, ориентироваться всегда въ немъ и непременно закончить операцію, т. е. удалить опухоль, между тѣмъ какъ приверженцы влагалитнаго метода могутъ только оперировать вообще при исключительныхъ случаяхъ и, въ концѣ концовъ, имъ часто приходилось прибѣгать какъ къ *ultimum refugium*, къ *laparotomii*. Отсюда слѣдуетъ, что до настоящаго времени нельзя признать, чтобы *colpotomia*, какъ операція для удаленія кистъ широкихъ связокъ, стояла на такой высотѣ, чтобы во всѣхъ случаяхъ могла бы замѣнять *laparotomiu*.

Проф. Феноменовъ <sup>1)</sup> настаиваетъ на возможно раннемъ удаленіи кистъ широкихъ связокъ; обосновываетъ онъ свой взглядъ тѣмъ, что, во-первыхъ, даже клинически благонадежныя кисты, какъ онъ выражается, могутъ уже съ патолого-анатомической точки зрѣнія оказаться подозрительными. Къ категоріи только видимо благонадежныхъ кистъ онъ также относитъ однополостныя кисты съ тонкими стѣнками, съ серознымъ содержимымъ, у которыхъ бываютъ уже иногда сосочковыя разраженія; во-вторыхъ, межсвязочныя кисты съ теченіемъ времени могутъ приобретать наклонность къ росту въ направленіи тазовой клѣтчатки и вообще въ подбрюшинной области, а эти факторы значительно увеличиваютъ техническія трудности послѣдующей и неизбѣжно необходимой операціи и уменьшаютъ только шансы ея успѣшности. Перечисляя всѣ рекомендованные различными авторами оперативныя способы, проф. Феноменовъ говоритъ, что въ выборѣ операціи нужно руководиться во-первыхъ анатомо-топографическимъ отношеніемъ новообразованія къ сосѣднимъ органамъ, а, во-вторыхъ, строеніемъ самой опухоли. При этомъ онъ подчерки-

<sup>1)</sup> Врачъ, № 20. 1887 г.

ваает то обстоятельство, что такъ какъ клинической диагнозъ не всегда можетъ опредѣлить съ точностью, насколько данное заболѣваніе протекаетъ благонадѣжно, то поэтому всякій хирургъ въ принципѣ долженъ стремиться къ полному удаленію опухоли, что достигается при интралигаментарномъ ея положеніи, въ большинствѣ случаевъ энуклеаціею. Частичная ресекція съ оставленіемъ части кистнаго мѣшка въ интимной близости съ брюшною полостью, по его мнѣнію, допустима только при абсолютной увѣренности въ доброкачественности опухоли.

Проф. Ястребовъ <sup>1)</sup>, разбираая, различные методы лечения внутрисвязочныхъ кистъ, высказывается въ томъ смыслѣ, что если имѣть въ виду характеръ этихъ кистъ, т. е. однокамерность ихъ, тонкоствѣнность и серозное содержимое, то въ такихъ случаяхъ должно всё способы неполнаго удаленія этихъ новообразованій путемъ чревосѣченія замѣнить такимъ же неполнымъ удаленіемъ, но черезъ въ влагалище, т. е. colporovarivocystotomiєю. Далѣе онъ разбираетъ условия, наличность которыхъ по его мнѣнію необходима для успѣшнаго выполненія этой операціи. Онъ говоритъ, что внутрисвязочныя кисты въ начальномъ періодѣ своего роста занимаютъ боковое положеніе, смѣщая матку въ противоположную сторону—въ этотъ періодъ онѣ обладаютъ еще той или другою подвижностью; съ дальнѣйшимъ своимъ развитіемъ онѣ мало, по-малу утрачиваютъ ее, выпячивая то задній, то передній листокъ широкой связки и затѣмъ фиксируются или въ заднемъ дуголасовомъ пространствѣ или въ углубленіи между пузыремъ и маткою. Въ первой стадіи своего развитія, т. е. когда киста занимаетъ только лишь боковое положеніе и имѣетъ хотя и ограниченную подвижность, можетъ быть произведена иногда не безъ техническихъ трудностей laporocystoectomy. Въ послѣдующемъ же періодѣ, когда киста плотно прилежитъ своимъ нижнимъ сегментомъ къ стѣнкѣ задняго свода, при невозможности ее удалить цѣликомъ, производятъ laporoparovarivocystotomiю или colporovarivocystotomiю. Для производства послѣдней операціи проф. Ястребовъ считаетъ необходимымъ то условіе, чтобы нижній сегментъ

<sup>1)</sup> Журналъ акушерства и жен. болѣзней. 1888 г.

опухоли примыкалъ къ стѣнкѣ свода. Сравнивая laporoparovarivocystotomiю съ colporovarivocystotomiєю, онъ видитъ всё выгоды на сторонѣ послѣдняго метода. Также какъ и при первомъ методѣ, тутъ имѣетъ мѣсто: опорожненіе кисты отъ жидкаго содержимаго, спаденіе стѣнокъ, изсѣченіе куска изъ нихъ и обшиваніе краевъ—однимъ словомъ, всё моменты для нарушенія питания ихъ и полного послѣдующаго заступѣванія. Преимущество же горячо отстаиваемой имъ операціи передъ общепринятой большинствомъ авторовъ laporoparovariitomiєю онъ считаетъ въ томъ, что онъ избѣгаетъ чревосѣченія, которое сопровождается все-таки большими опасностями, чѣмъ colpotomia. Кромѣ того выдѣленія оставшейся кистной полости въ ближайшее послѣоперационное время не остаются въ брюшной полости, для которой они хотя и безразличны, какъ онъ говоритъ, но не нормальны. Наконецъ еще сравнительная легкость асептического производства этой операціи и невозможность поврежденія при этомъ трубы и яичника, плюсъ отсутствіе наркоза,—вотъ все, что заставляетъ его склоняться къ этому методу. Хотя при этомъ, какъ замѣчаетъ проф. Ястребовъ и нельзя резецировать очень большой части кистнаго мѣшка, въ виду сопряженной съ процессомъ вытягиванія его въ вагину особенной болѣзненности, но это ни мало не уменьшаетъ шансовъ на успѣхъ. Далѣе и въ тѣхъ сравнительно болѣе рѣдкихъ случаяхъ, когда киста представляетъ на внутренней своей поверхности сосочковья разраженія и когда полное удаленіе—что въ этомъ случаѣ было бы необходимо—не представляется возможнымъ, онъ считаетъ болѣе выгодной операціей colpotomia, чѣмъ lapotomia съ резекціей стѣнокъ кисты и съ послѣдовательнымъ вышиваніемъ остатка въ брюшную рану или та же операція съ дренажемъ въ вагину или, наконецъ, съ дренажемъ въ вагину, но съ закрытіемъ мѣшка со стороны брюшной полости и зашиваніемъ брюшной раны. Также при рѣдкихъ случаяхъ многополостныхъ или множественныхъ внутрисвязочныхъ кистъ, полное удаленіе которыхъ лучше всего достигается при чревосѣченіяхъ, если

эта операция почему либо противопоказуется, то ее можно замѣнить солпоравариотоміей. При многополостной кистѣ, когда на стѣнкахъ главной развились вторичныя, ходъ операции такой: производятъ colpotomiю, по опорожненіи главной полости резцируютъ стѣнку, сшиваютъ края кистнаго мѣшка съ краями вагинальнаго разрѣза, затѣмъ подводятъ къ ранѣ, дѣйствуя рукою черезъ брюшныя стѣнки, различныя части внутренней поверхности главной полости и вскрываютъ въ ней широкими разрѣзами вторичныя кисты, отчего въ концѣ концовъ получается одна полость, запусѣваніе которой происходитъ обычнымъ путемъ. При множественныхъ кистахъ помощью colpotomi'i удаляютъ только большую, оставляя маленькія, такъ какъ такія встрѣчаются часто и не вызываютъ никакихъ припадковъ. Итакъ, заканчиваетъ проф. *Астробовъ*, отдавая полное преимущество лароавариостотоміи передъ другими современными способами леченія внутрисвязочныхъ кистъ, растущихъ книзу, я полагаю, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а именно при кистахъ одностѣнныхъ, тонкостѣнныхъ, съ серознымъ содержимымъ, а при кистахъ болѣе сложнаго строенія при противопоказаніяхъ къ ларотоміи вообще и къ лароавариостотоміи въ частности, солпоравариотомія при наличии условій для производства ея, въ смыслѣ положенія кисты, должна занять первое мѣсто въ ряду оперативныхъ методовъ неполнаго удаленія новообразованія. Такимъ образомъ ларотомія будетъ здѣсь замѣнена менѣе опасной colpotomiей.

Проф. *Лебедевъ* производитъ полное удаление кисты или обычнымъ способомъ, употребляемымъ при овариотоміяхъ, въ случаяхъ, если опухоль имѣетъ ножку или, при отсутствіи таковой, если опухоль помѣщается глубоко въ тазу, вылученіемъ. Вылученіе производится обыкновенно по *Мартину* и *Шредеру*: надрѣзывается циркулярно по всей окружности перитонеальный покровъ кисты, послѣ чего отпрепаровывается тупымъ путемъ *peritoneum* отъ стѣнки кисты и по удаленіи послѣдней оставшееся ложе зашиваютъ маградными швами, отрѣзавъ излишекъ *peritoneum*'а поверхъ лигатуръ, причемъ проф. *Лебедевъ* обыкновенно

не дренируетъ оставшуюся въ клѣтчаткѣ полость, какъ это рекомендуетъ *Martin*, и осложненія при этомъ никогда не наблюдались. При нѣкоторыхъ случаяхъ, когда не представлялось возможности произвести удаление вышеописаннымъ путемъ, операция производилась такимъ образомъ: дѣлался разрѣзъ въ кистѣ и рукою отдѣлялось дно кисты насколько возможно отъ рыхлой клѣтчатки, послѣ чего подъ дно подводился рядъ лигатуръ и опухоль съ избыткомъ брюшины срѣзывалась поверхъ лигатуръ. При полной же невозможности удалить опухоль, въ зависимости ли отъ ея чрезвычайно глубокаго, экстраперитонеальнаго положенія или отъ сплошныхъ и плотныхъ срощеній, производилось обычно неполное удаление; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ по виѣбрюшному способу, описанному нами уже раньше, со шпиваніемъ остатка кисты въ нижній уголъ брюшной раны или по виѣбрюшному способу. Послѣдній способъ употреблялся чаще всего и давалъ онъ вполне благоприятные результаты. Усовершенствованіе этого способа обязано проф. *Лебедеву*. Онъ примѣнилъ его впервые въ усовершенствованномъ имъ видѣ на больной въ случаѣ № 1 Проф. *Лебедевъ*, исходя изъ тѣхъ соображеній, что: 1) чаще всего содержимое паравариальныхъ кистъ бываетъ чисто серознымъ, близко очень подходящимъ къ водяночной жидкости. 2) Самопроизвольные разрывы кисты обуславливаютъ лишь незначительныя клиническія явленія въ формѣ раздраженія этой жидкостью перитонеального покрова. 3) Серозная жидкость, излившаяся изъ этихъ кистъ въ перитонеальную полость, очень быстро всасывается,—допускаетъ, что послѣ резцированія стѣнокъ кисты оставшуюся часть можно безнаказанно оставить въ непосредственномъ соприкосновеніи съ брюшиною полостью. Далѣе, такъ какъ на содержимое кисты нужно смотрѣть преимущественно какъ на трансудатъ изъ питающихъ стѣнку ея сосудовъ, то если ограничить тѣмъ или инымъ путемъ питаніе ихъ, то этимъ можно неизбѣжно привести остатки кистнаго мѣшка къ регрессивному метаморфозу. Дѣйствительно множество опытовъ и наблюденій показываютъ, что при асептическомъ прове-

дени операціи такія некротизирующіяся ткани, каковую изъ себя представляетъ кистная культя, при соприкосновеніи своемъ съ брюшиною, производятъ на нее только мѣстное раздраженіе, на которое она реагируетъ незначительнымъ реактивнымъ воспаленіемъ. Второй мотивъ, именно ограниченіе, питаніе стѣнки, на чемъ и основалъ проф. *Лебедевъ* усовершенствованіе своего метода, во-первыхъ, уже а priori, кажется достаточно убѣдительнымъ, во-вторыхъ, доказывается наблюденіями многихъ авторовъ, что главнымъ образомъ при тонкостѣнности, а слѣдовательно и бѣдности сосудовъ не наблюдается рецидивовъ послѣ пункціи или самопроизвольнаго разрыва кисты. Самый методъ производства операціи состоитъ въ слѣдующемъ: по вскрытіи брюшной полости производится пункція кисты помощью троакара, затѣмъ, послѣ тщательнаго анатомическаго изслѣдованія положенія кисты, отдѣляются имѣющіяся сращенія съ прилежащими органами, послѣ чего ампутируется насколько возможно большая часть кисты, причемъ кровотеченіе изъ краевъ разрѣза останавливается Т-образными пинцетамъ, а остатокъ кисты перевязывается по участкамъ шелковыми лигатурами, причемъ эти лигатуры накладываются такимъ образомъ, что каждая изъ нихъ захватываетъ участки, занятые двумя сосѣдними, что въ общемъ даетъ имъ видъ цѣпи. По наложеніи всѣхъ лигатуръ стѣнка кисты обрѣзывается приблизительно на одинъ сантиметръ выше ихъ. Такимъ образомъ полученная кистная культя имѣетъ видъ не вполнѣ затянутого кيسета. Послѣ этого обыкновенно приступаютъ къ ограниченію питанія кисты, заключающемуся въ томъ, что перевязываютъ главные сосуды, питающіе ее, arter. uterinam et art. spermaticam.

Проф. *Лебедевъ*, будучи въ принципѣ сторонникомъ полнаго вылуценія кисты, рекомендуетъ этотъ способъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ однополостная, серозная кисты не поддежати полному удаленію, вслѣдствіе сложности своего анатомо-топографическаго положенія и неизбежно почти возникающей отсюда возможности раненія большихъ сосудовъ или вѣтвей ихъ, или, наконецъ, часто

описываемыхъ въ литературѣ поврежденій *urether*овъ. Преимущество этого способа состоитъ въ томъ, что получается полная гарантія отъ могущихъ быть послѣдовательныхъ кровотеченій въ брюшную полость изъ оставленной кисты, благодаря цѣлесообразному наложенію швовъ, а наложеніе лигатуръ на art. uterinam et spermaticam, которыя своими вѣтвями поддерживаютъ питаніе кисты, безусловно должны привести къ апрофії остатокъ кистнаго мѣшка.

Итакъ, изъ оперативныхъ пособій при леченіи межсвязочныхъ кистъ мы имѣемъ, игнорируя пункцію, какъ методъ во всякомъ случаѣ отживающей свой вѣкъ, слѣдующіе:

- 1) При наличности у кисты ножки, или даже, когда она создается искусственно—типическое удаленіе кисты.
- 2) При отсутствіи ножки:
  - a) Полное удаленіе—вылуценіе кисты.
  - b) Частичное удаленіе—резекція кисты съ обшиваніемъ краевъ мѣшка и оставленіемъ его въ сообщеніи съ брюшною полостью.
  - c) Та-же операція съ наложеніемъ лигатуръ на сѣменную и маточную артерію.
  - d) Резекція кисты со шиваніемъ оставшейся части въ брюшную рану (въбрюшинный способъ) и съ послѣдовательнымъ дренированіемъ черезъ рану или черезъ рукавъ.
  - e) Частичная резекція, шиваніе стѣнокъ оставшагоса мѣшка и закрытіе со сторонъ брюшной полости и дренированіе черезъ рукавъ.

Кромѣ того 3) colpotomia со всѣми тѣми водоизмѣненіями, о которыхъ подробно сообщено проф. Ястребовымъ.

Приступая теперь къ описанію тѣхъ оперативныхъ пособій, которыя примѣнялись въ нашихъ случаяхъ, прежде всего нужно сказать, что очень часто тотъ или другой методъ выработывался уже за операціоннымъ столомъ, благодаря особенной сложности топографическаго положенія, которое представляли опухоли, хотя, конечно, прямою задачею, какъ это можно было видѣть, было всегда полное



удаление опухоли и только, когда становилось очевидным, вне всякаго сомнѣнія, невозможность подобнаго приема, постѣ нѣкоторыхъ попытокъ даже примѣнить его, тогда только его замѣняли другимъ (что иллюстрируетъ случай № 5).

Пункция находила себѣ мѣсто только въ двухъ случаяхъ (№ 19 и 21) но, само собою разумѣется, не съ лечебною цѣлью, а только для временнаго (она производилась незадолго до операціи) облегченія больной.

Изъ оперативныхъ методовъ, наименѣ совершенныхъ, сравнительно съ другими, частичная резекція стѣнокъ со шиваніемъ кистой культя въ брюшную рану примѣненъ былъ только въ двухъ случаяхъ, въ № 19 и 21. Въ первомъ случаѣ этотъ вибрюшинный методъ былъ употребленъ въ силу того, что изъ-за глубокаго положенія опухоли въ маломъ тазу, не представлялось возможнымъ удалить ее цѣликомъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ оставить въ брюшной полости нѣкоторую часть ея влекло за собою известную опасность, такъ какъ опухоль представляла изъ себя многополостную кисту съ коллоиднымъ содержимымъ и стѣнками, выполненными папиллярными разрастеніями. Въ № 18 полное удаление опухоли угрожало поврежденіемъ крупныхъ сосудовъ, къ которымъ эта киста непосредственно примыкала.

Въ случаяхъ № 1, 12, 25, гдѣ имѣлись однополостныя, тонкостѣнные кисты съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ, было оперировано по способу профессора Лебедева.

Въ 16 случаяхъ кисты, какъ имѣвшія ножку, были удалены по типу овариальныхъ кистъ.

Полное выдущеніе было произведено въ 10 случаяхъ.

Въ остальныхъ же обыкновенно производилось выдущеніе кисты насколько это возможно и эта часть резировалась вмѣстѣ съ избыткомъ растянувшейся широкой связки, оставшуюся же невыдущенною часть стѣнокъ, подведя подъ дно ея матрачные или цѣпочечные швы, или затягивая ее въ видѣ кисета, погружали въ брюшную полость и зашивали наглухо брюшную рану.

Изъ осложненій, которыя наблюдались во время производства самой операціи, можно указать на всѣ тѣ случаи, уже перечисленные нами, гдѣ опухоль при широкомъ своемъ распространеніи въ брюшной полости или вне ея имѣла самыя разнообразныя сращенія съ сосѣдними органами—подобныя явленія чрезвычайно затрудняли оперативную технику и замедляли самый процессъ операціи.

Кромѣ того два раза было наблюдаемо довольно значительное кровотеченіе, вызванное самою операціею. Въ № 4 паренхиматозное, открывшееся съ внутренней поверхности кистаго ложа по выдущеніи части стѣнки ея, вскрытіе остановленное тампонаціею. Въ № 16 соскользнувшая съ части отрѣзанной широкой связки лигатура обусловила довольно сильное кровотеченіе изъ art. spermatica. Можно еще отмѣтить одно осложненіе въ № 16, гдѣ во время вскрытія брюшныхъ стѣнокъ была нечаянно порѣзана ножницами верхняя часть пузыря.

Въ трехъ случаяхъ послѣдовалъ летальный исходъ. Въ № 1 смерть была на 6 сутки при явленіяхъ паралича; вскрытіемъ было обнаружено присутствіе ограниченнаго процесса въ продолговатомъ мозгу. Въ № 21 больная умерла спустя больше двухъ мѣсяцевъ послѣ операціи отъ бывшаго еще до поступления въ клинику перитонита. Въ № 40 исходъ этотъ послѣдовалъ отъ хроническаго и остраго перитонита.

Что касается остальныхъ случаевъ, то они протекали post operationem сравнительно очень благоприятно. Въ 25 случаяхъ и температура и пульсъ давали колебанія въ предѣлахъ нормы. У остальныхъ больныхъ замѣчались небольшія лихорадочныя движенія главнымъ образомъ въ первые дни.

Бросая взглядъ на всѣ эти предлагаемые и практикующимъ различными авторами оперативные методы, мы можемъ убѣдиться, насколько они разнообразны, и такъ какъ это разнообразіе почти всецѣло вызывается насущною необходимостью, то отсюда становится понятнымъ, почему эта группа опухолей всегда возбуждала и возбуждаетъ особенный интересъ.

Заканчивая свою работу, считаю приятным долгом выразить свою глубокую благодарность многоуважаемому профессору Алексѣю Ивановичу Лебедеву за его руководство какъ при написаніи этой работы, такъ и во всѣхъ моихъ клиническихъ занятіяхъ; выражаю свою сердечную признательность также приватъ-доценту Всеволоду Николаевичу Орлову, никогда не отказывавшему въ своей помощи и словомъ и дѣломъ.

- 1) Среди группы кистъ широкихъ связокъ наиболѣе часто встречающейся формою являются безспорно параваріальныя кисты.
- 2) Появленіе межсвязочныхъ кистъ обыкновенно совпадаетъ съ періодомъ наибольшей половой дѣятельности женщины: въ періодъ половой незрѣлости не наблюдалось случаевъ, въ климактерію сравнительно рѣдко.
- 3) Искусственное соединеніе въ одну группу межсвязочныхъ опухолей кистъ, совершенно различныхъ по своему генезу, вполнѣ оправдывается клиническою стороною дѣла и существенной разницы въ симптоматологіи ихъ въ зависимости отъ ихъ исходныхъ точекъ развитія не наблюдалось.
- 4) Общность клиническихъ симптомовъ этихъ кистъ обуславливается ихъ одинаковою локализациею.
- 5) Иногда межсвязочныя кисты имѣютъ наклонность рости въ подбрюшинную область; въ такихъ случаяхъ онѣ часто срастаются съ близъ лежащими органами и создаютъ этимъ очень сложныя анатомическія соотношенія.
- 6) Пункція, какъ радикальный методъ леченія во всѣхъ случаяхъ, не выдерживаетъ критики, — какъ паліативъ можетъ иногда стоять на надлежащей высотѣ.
- 7) Изъ различныхъ методовъ леченія можно назвать типическое удаленіе съ перевязкою ножки, если таковая есть; при отсутствіи ея идеальнымъ способомъ является

полное вылуценіе. При абсолютной же невозможности энуклеаціи, обычнымъ методомъ настоящаго времени является частичная резекція стѣнокъ кисты съ оставленіемъ кистой культи въ брюшной полости (внутрибрюшинный методъ) или выведеніемъ его наружу (внѣбрюшинный методъ).

## ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1) Необходимо рекомендовать при обычно практикуемом девятидневномъ лежаніи родильницы перемѣну положенія, чѣмъ можно предотвратить часто развивающіяся послѣ этого retroflexi'i uteri.

2) Подобно глазнымъ летучимъ отрядамъ, было бы желательно устройство таковыхъ по акушерско-гинекологической специальности.

3) Своевременное измѣреніе таза у роженицы среди прочихъ причинъ понизило бы число мертворожденій.

4) Лучшимъ средствомъ для задержки кровотеченій при предлежаніи дѣтскаго мѣста является кофеинтеръ.

5) Внутриматочныя инъекціи іоднаго раствора даютъ особенно хорошіе результаты при леченіи климактерическихъ кровотеченій.

6) Одинъ только молочный режимъ безъ всякихъ фармацевтическихъ средствъ даетъ прекрасные результаты въ леченіи хроническихъ катарровъ желудка и кишечника.

---

## Curriculum vitae.

Анастоль Федоровичъ Музалевъ, православнаго вѣроисповѣданія, сынъ врача, родился въ 1868 году, въ г. Вышнемъ-Волочкѣ, Тверской губерніи.

По окончаніи курса въ 1888 году въ Кронштадтской классической гимназіи поступилъ въ томъ-же году въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую окончилъ въ 1893 году. Въ Ноябрь мѣсяцъ того-же года былъ опредѣленъ на службу младшимъ врачомъ въ 8-ой пѣхотный Эстляндскій полкъ, гдѣ и до сего времени состоитъ на службѣ. Съ 1-го Октября 1899 состоитъ въ прикомандированіи при Императорской Военно-Медицинской Академіи для усовершенствованія въ наукахъ вообще. Въ Подѣ 1900 года былъ командированъ на дальній Востокъ, гдѣ по Ноябрь мѣсяцъ того-же года состоялъ ординаторомъ при временномъ Владивостокскомъ крѣпостномъ госпиталѣ. Въ 1893-1894 г. сдалъ экзаменъ на степень доктора медицины. Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Матеріалы къ ученію о кистахъ широкихъ связокъ» (клиническое изслѣдованіе) представляетъ въ качествѣ диссертации.

Ур