Оценки первая диссе
(15р

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1892—93 учебномъ году.

ГІСТОЛОГІЧНА ЛАБОРАТОРІЯ ХАРКІВСЬКОГО МЕДІНСТИТУТУ
7 - ЮЯ 2012
123
1.

№ 36.

КЛИНИЧЕСКІЙ ОТЧЕТЪ О 200 ЧРЕВОСѢЧЕНІЯХЪ,

ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ

ПРОФЕССОРОМЪ **А. И. ЛЕБЕДЕВЫМЪ.**

съ 31 октября 1884 г. по 18 апрѣля 1892 г.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

В. Н. ОРЛОВА,

ординатора Академической Акушерско-Гинекологической Клиники.

Пливуч 931
1927

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессора: К. Ф. Славянскій, А. И. Лебедевъ и приватъ-доцентъ Д. М. Кирѣевъ.

Переучет 1926 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія С. Добродѣева, Ковенскій пер., собств. д. № 14.
1893.

1950

Переучет-60

7 НОЯ 2012

Докторскую диссертацію лекаря **Всеволода Николаевича Орлова**, подъ заглавіемъ: „*Клинической отчетъ о 200 чревосѣченіяхъ, произведенныхъ профессоромъ Лебедевымъ за время съ 31 октября 1884 г. по 18 апрѣля 1892 г.*“ печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи оной, было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, марта 20 дня 1893 года.

Ученый Секретарь, профессоръ академикъ князь *Тархановъ*.

НБ ХНМУ

7 6480 8

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Общая часть. СТРАН.

Операціонная комната 3
Обстановка ея 4
Приготовленія къ операціи 5
Способъ чистки и обезцвѣчиванія губокъ 7
Приготовленіе компрессовъ 8
„ шелка. . . . . —
„ кэтгута . . . . . —
„ дренажа 9
Мытье рукъ . . . . . —
Распредѣленіе обязанностей между помощниками. 10
Приготовленіе больной къ операціи . . 11
Хлороформированіе . . . . . —
Производство операціи чревосѣченія вообще 12
Послѣопераціонный уходъ за больной . 15

Глава I. Овaріотоміи.

Кисты яичниковъ 19
Возрастъ больныхъ 20
Продолжительность болѣзни . . . 21
Жалобы больныхъ . . . . . —
Діагностика 23
Осложненія болѣзни:
Нагноеніе кисты 29
Разрывъ одной изъ полостей кисты 30
Перекручиваніе ножки 31
Показанія къ операціи. 34
Величина удаленныхъ опухолей 37
Производство операціи . . . . . —
Осложненія операціи 38
Содержимое и вѣсъ кисты . . . 41
Теченіе послѣопераціоннаго періода . . . . . —
Продолжительность его 43
Таблицы 45
Дермоиды 81
Возрастъ больныхъ. . . . . —
Начало менструаціи 82
Продолжительность болѣзни. . . —
Жалобы больныхъ 83
Діагностика 84

СТРАН.
Величина опухолей 86
Производство операціи . . . . . —
Осложненія операціи 87
Теченіе послѣопераціоннаго періода 88
Вѣсъ и качество удаленныхъ опухолей 89
Содержимое ихъ . . . . . —
Таблицы 91
Злокачественныя новообразованія 103
Таблицы 111

Глава II. Удаленіе кистъ широкихъ связокъ 119
Возрастъ больныхъ. . . . . —
Продолжительность болѣзни . . 120
Жалобы больныхъ 121
Общее состояніе 122
Наибольшая окружность живота —
Длина полости матки 123
Діагностика . . . . . —
Осложненія болѣзни 127
Показанія къ операціи . . . . . —
Оперативная техника 128
Осложненія операціи 136
Теченіе послѣопераціоннаго періода 137
Величина опухолей 140
Характеръ и количество выпущенной жидкости . . . . . —
Таблицы 144

Глава III. Удаленіе фаллопіев. трубъ и яичниковъ при сальпингоофоритахъ 168
Возрастъ . . . . . —
Число рожавшихъ и нерожавшихъ. 170
Причины заболѣв. придатковъ . 171
Продолжительность болѣзни . . 172
Симптомы страданія . . . . . —
Діагностика сальпингоофорита . 175
Показанія къ операціи 181
Производство операціи и осложненія ея 183

	стран.
Величина опухолей	188
Родъ опухолей и характеръ ихъ содержимаго	189
Теченіе послѣопераціоннаго періода	190
Таблицы	193
Глава IV. Міомотоміи	223
Возрастъ больныхъ	224
Продолжительность болѣзни	—
Жалобы больныхъ	—
Величина опухолей	225
Длина полости матки	—
Діагностика фибромiомъ	226
Показанія къ міомотоміи	230
Производство операціи	235
Осложненія операціи	243
Теченіе послѣопераціоннаго періода	245
Свойство и вѣсъ опухолей	246
Таблицы	250
Глава V. Кастраціи	265
Возрастъ больныхъ	—
Жалобы больныхъ	266
Величина опухолей	268
Длина полости матки	269
Опредѣленіе яичниковъ	270
Показанія къ операціи	272
Противопоказанія	274
Производство операціи	275
Послѣопераціонный періодъ	277
Результаты кастраціи	278
Кастрація при другихъ заболѣваніяхъ	283
Таблицы	285
Глава VI. Ventrofixatio uteri	313
Таблицы	321
Глава VII. Случай удаленія селезенки	325
Глава VIII. Graviditas extrauterina	328
Глава IX. Кесарскія сѣченія	339
Таблицы	351
Исторіи болѣзней:	
Кисты яичниковъ	1
Кисты широкихъ связокъ	53
Дермоидныя кисты	95
Злокачественныя новообразованія	113
Сальпингоофориты	127
Фибромiомы матки:	
Міомотоміи	179
Кастраціи	210
Ventrofixatio uteri	253
Случаи внѣматочной беременности	257
Экстирпація матки сочетаннымъ способомъ	263
Кесарскія сѣченія	268

Главнѣйшія опечатки.

Стр.	*Строки.*	*Напечатано.*	*Надо читать.*
11	7 снизу	фирмы Merck'a въ Дармштадтѣ	Schering'a въ Берлинѣ
43	5 снизу	прилагаемыхъ	прилагаемомъ
63	11 сверху	110	133
88	21 „	больной	больная
„	25 „	„	„
90	11 „	Nicoladini	Nicoladoni
106	10 снизу	Cystosarcoma-ovarii	cystosarcoma ovarii
109	6 „	10 папиллярныхъ	11 папиллярныхъ
„	3 „	20 злокачественныхъ	21 злокачественныхъ
„	3 сверху	10	10,5%
121	12 „	13, 14	12, 13
123	9 „	№ 4	№ 14
127	9 „	№ 27	№ 26
169	9 „	34	35
172	11 „	1	2
177	2 „	30	31
191	11 снизу	28	4
225	12 сверху	18	17
226	14 снизу	12	10
237	2 „	Boitroge	Beitrage
„	„ „	costroiion	castration
„	„ „	fibromum	fibromen
238	2 „	Stielehandlung	Stielbehandlung
247	8 сверху	18	17
267	19 снизу	25	27

НБ ХНМУ

По предложенію моего глубоко-уважаемаго учителя, профессора А. И. Лебедева, я взялъ на себя трудъ составить отчетъ о 200-хъ чревосѣченіяхъ, произведенныхъ имъ въ промежутокъ времени съ 31 октября 1884 года по 18 апрѣля 1892 года.

Большая часть чревосѣченій сдѣлана въ гинекологическомъ отдѣленіи Михайловской клинической больницы баронета Вилліе, меньшая-же часть въ Рождественскихъ баракахъ, на Кавказѣ, въ частныхъ лечебницахъ и домахъ.

Стараясь разобрать предложенный матеріалъ возможно подробнѣе, я разбилъ весь отчетъ, для болѣе удобнаго и легкаго обзора чревосѣченій, на отдѣльныя главы по названію операцій, какъ-то: глава объ овaріотоміяхъ, сальпинготоміяхъ, кастраціяхъ и т. д.

Изъ главы объ овaріотоміяхъ я выдѣлилъ въ особыя группы дермоидныя кисты и клинически злокачественныя новообразованія яичника (саркома, папиллома и ракъ), такъ какъ эти послѣднія отличаются отъ вообще пролиферирующихъ кистъ яичника какъ своимъ теченіемъ, такъ и діагностикой и симптомами. При этомъ нужно замѣтить, что, имѣя цѣлью исключительно разборъ нашего матеріала, я не вдавался въ столь обширную литературу по каждому данному вопросу и не стремился къ тому, чтобы каждая глава представляла изъ себя нѣчто законченное во всѣхъ отношеніяхъ.

Въ началѣ отчета я помѣстилъ общую часть, содержащую въ себѣ описаніе операціонной комнаты, обстановку ея, приготовленіе къ операціи и производство самой операціи.

НБ ХНМУ

Хотя это уже отчасти было описано въ диссертаціи д-ра Ягодина „Медикостатистическій отчетъ по гинекологическому отдѣленію акушерской академической клиники больницы баронета Виллié за періодъ съ 1884—85 по 1890—91 академическ. годъ“ и ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ общепринятыхъ правилъ при чревосѣченіяхъ, я все-же счелъ нужнымъ сдѣлать это, такъ какъ думаю, что не безъинтересно будетъ читателю познакомиться съ тѣми условіями, при которыхъ были произведены чревосѣченія.

Нѣкоторые случаи, представляющіе интересъ въ какомъ-нибудь отношеніи или типичные по своей формѣ и мѣстоположенію опухолей, иллюстрированы мною рисунками. Рисунки эти воспроизведены съ приблизительной точностью по схемамъ, сдѣланнымъ до операціи и строго провѣреннымъ послѣ нея.

Кромѣ таблицъ, я привелъ почти всѣ исторіи болѣзней нашихъ случаевъ, случаи-же операцій въ частной практикѣ, за неимѣніемъ подробныхъ протоколовъ, занесены только въ таблицы.

Это приложеніе исторій болѣзней мы не считаемъ излишнимъ балластомъ книги и думаемъ, что при такихъ только условіяхъ читатель можетъ составить себѣ ясное и опредѣленное понятіе о теченіи и оперативной техникѣ каждаго случая.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

Операціонная комната представляетъ изъ себя довольно обширный залъ съ большимъ окномъ, которое имѣетъ двойное, толстое, зеркальное стекло, безъ переплетовъ. Окно это, къ сожалѣнію, выходитъ на сѣверную сторону, такъ что въ зимнее или осеннее утро ощущается большой недостатокъ въ освѣщеніи. Стѣны и потолокъ выкрашены бѣлой масляной краской, а полъ выстланъ метлахскими плитками, спаянными цементомъ другъ съ другомъ, чтобы не попадала между ними пыль и грязь. Полъ имѣетъ въ серединѣ легкій уклонъ со всѣхъ сторонъ, который кончается отверстіемъ для стока жидкостей. У стѣны, противоположной окну, поставлена изразцовая печь съ каминомъ и шкафомъ съ полками для согрѣванія бѣлья. Не далеко отъ нея придѣланъ къ стѣнѣ умывальный приборъ съ мраморной доской и четырьмя кранами для холодной и горячей воды и двумя смѣсителями. Благодаря этимъ послѣднимъ, можно получить весьма скоро воду любой температуры, по мѣрѣ надобности, не прибѣгая вовсе къ переливанію изъ сосуда въ сосудъ, для того, чтобы получить воду требуемой температуры, на что тратиться обыкновенно много времени.

Въ умывальники холодная вода проведена прямо изъ водопроводной трубы, горячая-же также водопроводная, но нагрѣтая въ особомъ бакѣ, помѣщающемся въ сосѣдней комнатѣ, отдѣленной отъ операціонной глухой стѣной. Надъ умываль-

НВХНМУ

никомъ на полкѣ помѣщается большая бутыль съ растворомъ сулемы (1:1000) для дезинфекціи рукъ. Бутыль эта закрыта резиновой пробкой, черезъ середину которой проходитъ стеклянная трубка, наполненная сулемованной ватой для фильтраціи воздуха.

По серединѣ комнаты на блокахъ повѣшены два паровыхъ пульверизатора, выбрасывающихъ значительную струю жидкости. Благодаря блокамъ, они могутъ дѣйствовать на различныхъ высотахъ и въ разныхъ направленіяхъ; нагрѣваніе-же происходитъ посредствомъ газовыхъ горѣлокъ.

Раньше операціонная освѣщалась газомъ, въ настоящее же время освѣщается электричествомъ. Газоваго свѣта было далеко недостаточно, такъ что во время ночныхъ операцій, какъ-то: кесарскаго сѣченія приходилось добавлять его лампами и свѣчами. Съ общимъ помѣщеніемъ клиники большая операціонная соединяется посредствомъ малой операціонной, въ которой производятся всѣ другія операціи безъ вскрытія брюшной полости и въ ней-же происходитъ осмотръ стаціонарныхъ больныхъ. *Обстановка* большаго операціоннаго зала сведена, конечно, до minimum'а, она состоитъ изъ деревяннаго операціоннаго стола, составленнаго изъ двухъ половинокъ, которыя сдвигаются во время операціи такъ, что больная можетъ помѣститься на немъ во всю длину своего тѣла. Послѣ операціи одна половинка отодвигается отъ другой, оперированная немного сдвигается въ промежутокъ между ними и поддерживается помощникомъ на вѣсу и въ такомъ положеніи весьма быстро и безъ всякихъ затрудненій накладывается на рану глухая повязка.

Между половинками стола прикрѣплено резиновое полотно, съ отверстіемъ по серединѣ, для того, чтобы жидкости не стекали прямо на полъ, а при помощи его сливались въ подставленный подъ столъ сосудъ. Столъ выкрашенъ бѣлой масляной краской и имѣетъ съ обѣихъ сторонъ по краямъ около бортиковъ желобки для стока жидкости. Высота стола 86 сант., ширина 62 сант., длина одной половинки 98 сант., другой— 62 сант. Въ скоромъ времени этотъ столъ будетъ замѣненъ

другимъ столомъ, который имѣетъ нѣкоторыя преимущества. Во первыхъ онъ весь желѣзный съ никеллированными отполированными ножками и желѣзной доской, выкрашенной бѣлой масляной краской, что весьма удобно для чистки и дезинфекціи; во вторыхъ, онъ хотя и состоитъ также изъ двухъ частей, какъ и прежній столъ, но эти части значительно разнятся по величинѣ между собой: одна часть, на которой при операціи помѣщается верхняя половина туловища, въ нѣсколько разъ меньше другой, благодаря чему, при накладываніи повязки, раздвигая столъ, не представляется уже необходимымъ сдвигать больную, какъ то нужно было дѣлать раньше, такъ какъ средняя часть туловища какъ разъ приходится въ промежутокъ между столами, въ третьихъ — одинъ конецъ верхней доски большей части стола посредствомъ винта приподнимается и образуетъ покатую плоскость съ уклономъ по направленію къ меньшей части стола. Это приспособленіе устроено для той цѣли, чтобы особенно не тревожить больную, если нужно придать ей для большаго удобства операціи Trendelenbourg'овское положеніе.

Такого приспособленія въ прежнемъ столѣ не было, его замѣняла резиновая подушка, набитая волосомъ и скошенная подъ угломъ. Кромѣ операціоннаго стола въ комнатѣ стоятъ еще три стола съ зеркальными досками для инструментовъ и перевязочнаго матеріала и два деревянныхъ съ двумя отверстіями каждый. На одномъ столѣ въ особыхъ фарфоровыхъ чашкахъ помѣщаются губки, а на другомъ два таза для мытья губокъ во время операціи и мытья рукъ оператора и его помощника. Кромѣ того въ комнатѣ стоятъ еще нѣсколько металлическихъ штативовъ съ кружками Эсмарха съ растворами карболовой, салициловой или борной кислоты и, наконецъ, желѣзный шкафъ со стеклянными полками и стѣнками для сохраненія инструментовъ въ обычное время. Этотъ шкафъ запирается герметически.

Приготовленія къ операціи. Наканунѣ операціи залъ тщательнымъ образомъ чистится. Полъ, стѣны и потолокъ въ обиліи поливаются водой помощью гидропульта и обтираются

щетками съ мыломъ. Затѣмъ вечеромъ въ продолженіи 2 часовъ и утромъ въ день операціи въ теченіи часа, дѣйствуютъ два паровыхъ пульверизатора, описанныхъ выше, которые наполняютъ воздухъ распыленной жидкостью и осаждаютъ такимъ образомъ изъ него всю органическую и неорганическую пыль. Прежде для распыленія употреблялся 2% растворъ карболовой кислоты, теперь-же просто чистая вода или съ примѣсью ol. terebentinae. Эта замѣна сдѣлана главнымъ образомъ на томъ основаніи, что пары карболовой кислоты, какъ извѣстно, весьма вредно дѣйствуютъ на организмъ, вызывая часто отравленіе и заболѣваніе почекъ, между тѣмъ какъ отъ распыленія мы ждемъ только механическаго дѣйствія, т. е. осажденія пыли каплями жидкости, что прекрасно можетъ исполнить и простая вода.

Такой только пульверизаціей, по нашему мнѣнію, и можно достигнуть тщательной очистки воздуха. Жидкость при этомъ получается въ столь размельченномъ видѣ, почти въ парообразномъ, что послѣ нѣкотораго времени дѣйствія пульверизатора весь воздухъ операціонной пропитывается парами этой жидкости. Спустя извѣстный промежутокъ времени, пары эти осаждаются изъ воздуха и увлекаютъ такимъ образомъ за собою всю пыль и дѣлаютъ воздухъ чистымъ.

Такого размельченія струи воды, что играетъ главную роль въ очищеніи воздуха, едва-ли можно достигнуть другими механическими приспособленіями, какъ-то системою трубокъ со щитами, расположенныхъ во всѣхъ направленіяхъ операціонной комнаты. Передъ каждой лапоротоміей всѣ нужные для операціи инструменты тщательно чистятся наждакомъ, мыломъ, затѣмъ въ день операціи утромъ ихъ помѣщаютъ въ стерилизаціонный шкафъ профессора Koch'a и держатъ тамъ при t°-рѣ 150° по С. въ теченіи 10—15 минутъ. Во время операціи они лежатъ въ 2% растворѣ карболовой кислоты, откуда подаются оператору. Въ послѣднее время сейчасъ послѣ каждой операціи всѣ инструменты чистятъ и стерилизуютъ и затѣмъ помѣщаютъ въ вышеупомянутый герметическій шкафъ. Благодаря этому, передъ операціей уже не представляется необходимымъ снова обеззараживать инструменты и клиника во всякое время готова къ исполненію самой трудной операціи. Для вытиранія крови и удержанія кишекъ in situ въ брюшной полости, постоянно употребляются плоскія и круглыя *губки*. Тѣ изъ нихъ, которыя помѣщаютъ въ брюшную полость, прошиваются толстыми шелковыми лигатурами для болѣе удобнаго и быстраго отысканія въ случаѣ западенія ихъ между кишечными петлями. *Способъ чистки и обезцвѣчиванія губокъ* слѣдующій: сначала онѣ какъ можно лучше выколачиваются и промываются въ нѣсколькихъ водахъ; затѣмъ ихъ окунаютъ въ растворъ марганцево-кислаго кали (1 унція на 10 фунт. воды), гдѣ держатъ нѣсколько секундъ, затѣмъ оттуда вынимаютъ и опускаютъ въ водный растворъ Acid. oxalici et acid. muriatici, который приготовляется такимъ образомъ: берется Acid. oxalicum $^1/_4$ фунта и растворяется въ $1^1/_2$ стаканахъ горячей воды; такъ-же поступаютъ съ Acid. muriaticum, но берется его гораздо больше 1 ф. или $1^1/_2$ ф., оба раствора выливаютъ въ чашку и разбавляютъ водой до 5 фунтовъ. Въ этомъ растворѣ губки держатъ до тѣхъ поръ, пока онѣ совершенно побѣлѣютъ и пропадетъ окраска отъ Kali Hypermarganici; послѣ чего ихъ кладутъ въ проточную холодную воду или многократно прополаскиваютъ въ такой-же водѣ, пока не пропадетъ кислый запахъ, затѣмъ ихъ помѣщаютъ въ растворъ сулемы 1:1000, часовъ на 5, снова прополаскиваютъ въ водѣ и переносятъ въ 5% растворъ карболовой кислоты, въ которой и хранятъ ихъ въ обычное время въ стеклянныхъ банкахъ съ притертыми пробками. Во время операціи онѣ переносятся въ особыя фарфоровыя чашки въ 2% растворъ карболки, откуда тщательно выжатыя подаются оператору. Однѣ и тѣ же губки можно употреблять нѣсколько разъ, если только онѣ не приходили въ соприкосновеніе съ заразными веществами. Послѣ каждой операціи онѣ снова обезцвѣчиваются и обеззараживаются растворомъ сулемы.

Съ такимъ матеріаломъ, какъ губки по ихъ эластичности, мягкости, огромной способности всасывать жидкости, не можетъ сравняться ни одинъ изъ предложенныхъ для этой цѣли

систенціи, подвижная, свободной жидкости въ животѣ не найдено; при второмъ изслѣдованіи спустя, нѣкоторое время, картина совершенно измѣнилась: опухоль съежилась, сдѣлалась значительно меньше, въ полости же живота, перкуссіей опредѣляется свободная жидкость, повидимому густая, такъ какъ съ трудомъ перемѣщалась съ одного мѣста на другое, при измѣненіи положенія тѣла больной. Въ этомъ случаѣ нужно предположить, что разрывъ произошелъ также самопроизвольно, такъ какъ никакихъ механическихъ инсультовъ у больной не наблюдалось въ теченіи болѣзни. При операціи дѣйствительно найденъ разрывъ стѣнки кисты.

Перекручиваніе ножки встрѣтилось намъ 9 разъ въ эту серію овaріотомій или 19,6%; если приложить сюда еще три случая торзіи ножки, наблюдавшейся при дермоидахъ, которыхъ было 13, и одну при злокачественныхъ новообразованіяхъ, то получимъ на 69 овaріотомій 13 торзій или 18,7%. Процентъ частоты перекручиванія ножки у различныхъ авторовъ весьма не одинаковъ, такъ:

	Овaріотомій.	Случаевъ торзіи ножки.
Sp. Wells.	на 1000	18—20 или 2%
Olshausen [1])	„ 296	23 „ 8%
Schroeder [2])	„ 400	20 „ 5%
Thornton [3])	„ 400	34 „ 8,5%
Péan [4]).	„ 130	8 „ 6,2%
Omori und Ikeda [5]) .	„ 100	3 „ 3%
Пр. Славянскій [6]) . .	„ 36	3 „ 8,3%
Крассовскій [7]) . . .	„ 168	9 „ 5,3%

---

[1]) Olshausen (Zeitschrift für geb. und gyn. bd. XX 1890 г.

[2]) Schroeder цит. по Соловьеву ж. акуш. и женск. б. т. I стр. 907.

[3]) Thornton цит. по Parisôt de la torsion de pedicule des de l'ovaire. These de Paris 86 г.

[4]) Péan цит. по Parisôt.

[5]) Omori und Ikeda. Centralblatt f. g. № 52, 1892 г.

[6]) Пр. Славянскій цит. по Соловьеву ж. ак. и ж. б. т. I.

[7]) Крассовскій. Дис. Матвѣева „матеріалы къ вопросу объ овaріотоміи въ Россіи 1886 г.“ и отчетъ Крассовскаго „о 40 овaріотоміяхъ ж. акуш. и ж. б. т. II.

НБ ХНМУ

время операціи, время отъ времени дезинфекцируютъ свои руки 2% растворомъ карболовой кислоты въ близь стоящихъ тазахъ.

Обязанности во время операціи между всѣмъ персоналомъ клиники распредѣляются слѣдующимъ образомъ: самъ операторъ помѣщается, стоя съ правой стороны больной, противъ него становится непосредственный помощникъ. Двое хлороформируютъ и слѣдятъ за пульсомъ и дыханіемъ больной, двое другихъ подаютъ инструменты и губки. Эти послѣдніе должны строго знать счетъ какъ инструментамъ, такъ и губкамъ, во избѣжаніе случайнаго оставленія этихъ вещей въ полости живота. Губокъ обыкновенно берется 10—12, самое большее 14 штукъ, плоскихъ для удержанія кишекъ и круглыхъ для вытиранія крови. Инструментовъ такъ-же берется опредѣленное количество, обыкновенно: 10 Реап'овъ, 2 Т—образныхъ пинцетовъ, 2 Hegar'a, двое пулевыхъ щипцовъ, 2 Musée и т. д.

Двѣ фельдшерицы становятся позади столовъ съ инструментами и губками, одна изъ нихъ приготовляетъ лигатуры для швовъ, а другая моетъ губки и слѣдитъ за температурой растворовъ. Каждый постоянно занимается однимъ и тѣмъ-же дѣломъ, благодаря чему привыкаетъ къ своимъ обязанностямъ и безъ всякой суеты, безъ шума исполняетъ приказанія оператора, что, безъ сомнѣнія, очень важно для болѣе успѣшнаго и быстраго хода операціи.

Всякая больная, поступающая въ клинику для большой операціи, въ продолженіи извѣстнаго времени, подвергается всестороннему наблюденію и повторному гинекологическому изслѣдованію. Благодаря этому, выясняется какъ натура опухоли, такъ и ея распространенность и отношенія къ органамъ тазовой и брюшной полости. Въ тоже самое время слѣдятъ за пульсомъ, температурой, мочеотдѣленіемъ и другими функціями органовъ больной.

Такому веденію больной и повторному изслѣдованію, какъ бы легокъ случай и не казался при первомъ изслѣдованіи, мы приписываемъ большое значеніе; только при этомъ можно

избѣгнуть въ большинствѣ случаевъ ошибки въ діагнозѣ и гарантировать успѣхъ операціи въ смыслѣ возможности радикальнаго излеченія больной отъ даннаго заболѣванія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи выяснилось, что опухоль не можетъ быть удалена, или успѣхъ ея связанъ съ большой опасностью для жизни больной, или если заболѣваніе, въ случаяхъ злокачественнаго новообразованія, распространилось очень далеко по органамъ брюшной полости, операцію не предпринимали.

Приготовленіе къ операціи больной начинается за нѣсколько дней до нея. Прежде всего, за день до операціи очищается тщательно желудочно-кишечный каналъ пріемами слабительнаго, чаще всего Calomel'a въ количествѣ 5—10 grn; наканунѣ операціи дается, какъ успокоивающее перистальтику кишекъ, Bismut. subnitricum съ opiumo'омъ 5 grn. 2—3 порошка; наконецъ въ день операціи и наканунѣ вечеромъ становятся клизмы и дѣлается теплая мыльная ванна въ 28° по R. Кромѣ всего этого, больная съ перваго же дня поступленія въ клинику дѣлаетъ дезинфекцирующія спринцеванія влагалища или изъ acid. carb. 2% или hydrarg. sublimat. corosivi 1:2000. Наканунѣ операціи діэта больной по возможности ограничивается жидкой пищей. Въ день операціи больная ничего не ѣстъ и не пьетъ во избѣжаніи рвоты при хлороформированіи. Приготовленная такимъ образомъ больная приводится или, если слабость ей не позволяетъ, привозится въ операціонную комнату на колесной кровати и помѣщается на операціонный столъ во всю длину его, на спинѣ, съ вытянутыми нижними конечностями, которыя окутываютъ стерелизированными простынями. Для наркотизированія всегда употребляется chloral-chloroform фирмы Merck'a въ Дармштадтѣ. Иногда передъ хлороформированіемъ, если того требуетъ данный случай, вспрыскиваютъ подъ кожу растворъ соляно-кислаго морфія 1/8—1/6 gr. *Хлороформированіе* производится обычнымъ способомъ: маска прикладывается не плотно къ лицу, такъ что больная вдыхаетъ не чистые пары хлороформа, а въ смѣси съ воздухомъ. Огь такого веденія хлороформеннаго нар-

коза мы не видѣли ни разу непріятныхъ осложненій. Наркозъ, въ большинствѣ случаевъ, наступаетъ тихо, спокойно и весьма рѣдко приходится прибѣгать къ возбуждающимъ средствамъ, исключая lig. ammonii. Но на всякій случай въ операціонной, имѣется цѣлый арсеналъ возбуждающихъ средствъ, какъ-то: эфиръ, кислородъ, электрическій токъ и проч. Достиженіе такого покойнаго наркотизированія, по нашему мнѣнію, зависитъ отъ весьма акуратнаго, педантичнаго приготовленія больной къ операціи, освобожденія вполнѣ желудочно-кишечнаго канала отъ его содержимаго и отъ опытности хлороформизатора. Наркозомъ у насъ съ 84 года завѣдуетъ одинъ и тотъ же врачъ-д-ръ С. М. Полотебновъ.

Производство операціи чревосѣченія вообще. Какъ скоро у больной наступаетъ полный наркозъ и она не реагируетъ на болевыя ощущенія и зрачекъ, приступаютъ къ операціи послѣ предварительной очистки и дезинфекціи поверхности живота. Это послѣднее производится такимъ образомъ: животъ моется 2% растворомъ карболки съ карболовымъ мыломъ и щеткой; затѣмъ обливается 2% растворомъ карболовой кислоты и вытирается губкой; послѣ этого поливается растворомъ лимонной кислоты. Прежде, года 2 тому назадъ употреблялся сокъ изъ здѣсь же выжатаго лимона. Растворъ лимонной кислоты смывается съ поверхности живота вторично 2% растворомъ карболовой кислоты и вытирается насухо губкой.

На лобокъ и нижнюю часть груди помѣщается карболовый компрессъ и тогда только приступаютъ къ разрѣзу брюшныхъ стѣнокъ. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ дѣлается обыкновенно по бѣлой линіи отъ пупка внизъ по направленію къ лобку и оканчивается пальца на 2 на 3 выше этого послѣдняго, дабы не ранить верхушку мочеваго пузыря. Если разрѣзъ нужно сдѣлать больше, то онъ продолжается выше пупка, причемъ пупокъ обходится влѣво; въ случаѣ же существованія пупочной грыжи, пупочное кольцо разрѣзывается по серединѣ.

Разрѣзъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходитъ вплоть до мечевиднаго отростка. Длиною разрѣза вообще не стѣсняются,

если только затрудняются манипуляціи въ брюшной полости, или если опухоль велика и невозможно уменьшить ея размѣры, или если существуютъ обильныя сращенія. Отъ этого дурныхъ послѣдствій не видѣли ни разу, рана заживала также первымъ натяженіемъ и послѣоперацiонное теченіе было вполнѣ нормальное. Мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые ставятъ успѣхъ операціи отчасти въ зависимость отъ величины разрѣза, мы считаемъ не справедливымъ, потому что разъ соблюдены всѣ предосторожности отъ попаданія заразныхъ началъ въ рану, успѣхъ операціи вполнѣ обезпеченъ, если, конечно, нѣтъ другихъ болѣе важныхъ поврежденій. Брюшина, по вскрытіи ея, тотчасъ же захватывается въ Реап'пинцеты, которые остаются на ней до конца операціи. Это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы имѣть брюшину постоянно передъ собой и не искать ея при накладываніи швовъ на брюшныя стѣнки, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ она можетъ отпрепароваться отъ прилежащей брюшной стѣнки. Брюшина вскрывается по пальцу ножницами, во избѣжаніе раненія петель кишекъ. Во все время операціи стараются удержать петли кишекъ въ брюшной полости, избѣгая насколько возможно полнаго извлеченія ихъ оттуда и оставленія на воздухѣ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ этого избѣжать нельзя и кишки приходится держать внѣ брюшной полости, ихъ обыкновенно закутываютъ въ марлевые компрессы, смоченные теплымъ 2% растворомъ карболовой кислоты.

Въ случаѣ очень тѣсныхъ плоскокостныхъ сращеній съ мочевымъ пузыремъ и кишками, когда болѣе полное отдѣленіе отъ органовъ можетъ повести къ раненію ихъ, предпочитается оставлять куски ткани опухоли въ связи съ упомянутыми органами; если же имъ случайно наносятся поврежденія, то немедленно на нихъ накладываются швы обыкновенно изъ тонкаго шелка. Для перевязки ножки опухоли или ея зашиванія, смотря по роду операціи, исключительно берется шелкъ различной толщины и почти никогда не употребляется другой матеріалъ, какъ-то: проволока, кэтгутъ. Культя, въ большинствѣ случаевъ лечится внутрибрюшинно. Туалетъ брюшины

совершается весьма рѣдко, только въ случаяхъ попаданія гноя въ полость брюшины, при асцитѣ же или разрывахъ стѣнки кисты во время операціи, когда серозное или коллоидное содержимое кисты вытекаетъ въ полость живота, жидкость эта просто выбирается дезинфекцированными хорошо отжатыми губками на корнцангахъ.

Брюшная рана зашивается наглухо глубокими и поверхностными шелковыми узловатыми швами. Въ глубокій шовъ послѣдовательно захватываются всѣ ткани, входящія въ составъ брюшной стѣнки, какъ-то: кожа, фасціи, мышцы и брюшина, въ поверхностные же швы—кожа и подкожная клѣтчатка. Швы накладываются такимъ образомъ, чтобы растояніе между ними равнялось одному сантиметру или только немного больше. Такой способъ зашиванія раны послѣдовательнаго захватыванія всѣхъ слоевъ брюшной стѣнки имѣетъ то преимущество, что при этомъ получается полное сращеніе всѣхъ слоевъ, рубецъ является плотнымъ, поэтому рѣдко приходится наблюдать послѣ операціи грыжи по бѣлой линіи. Какъ скоро проведены всѣ швы и губки вынуты, операторъ съ одной стороны, а помощникъ съ другой приподнимаютъ нѣсколько края раны за концы лигатуръ и, положивъ плашмя руку на брюшныя стѣнки, у мѣста вкола и выкола иголки, постепенно сближаютъ края раны, стараясь въ тоже время устранить сальникъ и кишки отъ ущемленія въ ранѣ.

Затѣмъ швы завязываютъ, начиная съ верхняго угла раны, животъ обмывается 2% растворомъ карболовой кислоты и вытирается на сухо губкой.

Рану присыпаютъ однимъ изъ дезинфекцирующихъ порошковъ, какъ-то: дерматоломъ, іодоформомъ, аристоломъ, іодоломъ или аэрофеномъ.

Наконецъ, на брюшную стѣнку накладывается глухая повязка. Непосредственно на рану помѣщается протективъ, сверхъ его нѣсколько слоевъ сулемованной марли и ваты, и все это придерживается вязаннымъ бинтомъ проф. Лебедева. Прежде сверхъ сулемованной ваты накладывали обыкновенно нѣсколько слоевъ юты, теперь же употребляется исключительно гигроскопическая вата. Перемѣнивъ на больной бѣлье, она перевозится на подвижной колесной кровати въ отдѣльную палату, предназначенную исключительно для больныхъ послѣ чревосѣченій. Эта комната тѣмъ существенно отличается отъ другихъ палатъ, что имѣетъ искусственную вентиляцію въ видѣ канала съ газовыми горѣлками; стѣны и потолокъ ея также выкрашены бѣлой масляной краской, которыя моются мыломъ и щеткой. На животъ больной помѣщается пузырь со льдомъ. *Въ первые часы послѣ операціи* больной стараются не давать ничего пить, и жажда ея утоляется нѣсколько кусочками льда. Это дѣлается съ той цѣлью, чтобы не переполнять желудка и такимъ образомъ ограничить или воспрепятствовать рвотѣ послѣ хлороформа, которая въ нѣкоторыхъ случаяхъ, нужно замѣтить, была очень мучительной и продолжалась долгое время. Такъ въ отдѣлѣ овріотомій въ № 32 мы наблюдали рвоту у больной въ продолженіи 10—12 дней, которая не поддавалась никакимъ фармацевтическимъ средствамъ и остановилась только послѣ употребленія горячихъ душъ. Такую продолжительную и частую рвоту, конечно, нельзя отнести исключительно къ дѣйствію хлороформа, а нужно предположить, что въ такихъ случаяхъ играетъ немаловажную роль раздраженіе тазовыхъ органовъ (яичниковъ) при операціи.

Если въ продолженіи сутокъ у больной нѣтъ рвоты, то на 2-е сутки разрѣшается ей чай, вино, на 3-и сутки бульонъ, на 5-й и 6-й день дается куриный супъ и немного курицы, бѣлый хлѣбъ дозволяется на 7-й день и то только въ ограниченномъ количествѣ. Первые трое сутокъ за больной, кромѣ сидѣлки и фельдшерицы, ухаживаютъ дежурные студенты изъ той группы, которая была на операціи. Черезъ каждые три часа измѣряются пульсъ, температура и дыханіе больной и записываются по часамъ въ дневникѣ, сюда же вносятся и всѣ другія свѣденія относительно состоянія оперированной. Въ первые часы и дни, кромѣ рвоты и тошноты, очень часто у больныхъ появляются боли различнаго характера внизу живота, больше соотвѣтственно мѣсту операціи.

Для успокоенія ихъ назначаются наркотическіе суппозиторіи съ кодеиномъ, съ опіумомъ, морфіемъ, или морфій впрыскивается подъ кожу въ количествѣ $^1/_8$, $^1/_6$, $^1/_4$ grn. Этихъ мѣръ, по большей части, бываетъ достаточно, и больныя успокаиваются.

Въ случаяхъ паденія пульса отъ большой потери крови во время операціи или отъ слабости, назначаются больной вино, преимущественно шампанское, и другія возбуждающія средства. Положеніе больной почти исключительно на спинѣ, а если больную нужно переложить на другую постель или перемѣнить бѣлье, то это дѣлаютъ сидѣлки, не позволяя ей самостоятельно двигаться. Въ такомъ положеніи больная пребываетъ отъ 8—10 дней; въ большинствѣ случаевъ это положеніе, очень тягостно для больной въ первые сутки, въ послѣдующіе же дни больная до того къ нему привыкаетъ, что и все остальное время послѣоперацiоннаго періода лежитъ на спинѣ.

Въ исключительныхъ случаяхъ, когда положеніе на спинѣ, больныя не переносятъ, ихъ позволяютъ ворочать на бокъ, но все же не раньше, какъ на 2, на 3 день послѣ операціи. Положеніе на спинѣ нужно считать наиболѣе удобнымъ и цѣлесообразнымъ въ томъ отношеніи, что при этомъ напряженіе брюшныхъ стѣнокъ бываетъ наименьшее, кишечникъ пребываетъ въ большемъ покоѣ, поэтому и брюшная рана находится въ лучшихъ условіяхъ заживленія.

Въ случаяхъ развитія метеоризма, что также нерѣдко наблюдается при чревосѣченіяхъ, особенно послѣ удаленія большихъ опухолей придатковъ и матки, вводится въ прямую кишку для болѣе свободнаго выхода газовъ эластическая резиновая трубка и къ этому присоединяется въ нѣкоторыхъ случаяхъ клизма изъ простой воды съ ol. terebentinae, ромашкой, или съ мыломъ, касторовымъ масломъ, глицериномъ и проч.

На 10—11-й день перемѣняется повязка и снимаются швы, если нѣтъ особыхъ показаній къ болѣе раннему снятію швовъ и перемѣнѣ повязки.

Перемѣна повязки происходитъ также при строгой антисептической обстановкѣ. Вторая повязка накладывается обыкновенно уже безъ протектива; рана присыпается однимъ изъ вышеупомянутыхъ порошковъ, закрывается сулемованной марлей и ватой и укрѣпляется тѣмъ же бинтомъ. При благопріятномъ теченіи послѣоперацiоннаго періода, на 14-й день больной разрѣшается сидѣть и назначается первая ванна. На 16—20 день больная встаетъ съ постели и дней черезъ 5—10 выписывается изъ клиники.

При выпискѣ изъ клиники, во избѣжаніе растяженія молодаго рубца, больной совѣтуютъ въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль носить вязанный бинтъ.

ЦБ ХНМУ 64408

Глава I.
ОВАРІОТОМІИ.

Кисты яичниковъ.

Чревосѣченій для удаленія кистъ яичника, сидящихъ на ножкѣ внѣ широкой связки, произведено 46 или 23% всѣхъ случаевъ. Сюда входятъ всѣ доброкачественныя новообразованія, а также и папиллярныя кисты, натура которыхъ опредѣлена только при операціи. Дермоидныя кисты и клинически злокачественныя опухоли яичниковъ (саркомы, папилломы и ракъ) мы разберемъ отдѣльно, такъ какъ онѣ по своему теченію и діагностикѣ разнятся отъ первыхъ.

Большая часть больныхъ принадлежала къ сословію мѣщанокъ и крестьянокъ 24:

военнаго сословія	5
купеческаго сословія	4
женъ чиновниковъ	1
дворянокъ	12

Изъ всего числа больныхъ замужнія преобладаютъ въ значительной степени надъ незамужними и дѣвицами такъ:

замужнихъ	37
незамужнихъ	1
дѣвицъ	8

или замужнихъ было въ 4 раза болѣе, чѣмъ незамужнихъ. Такое отношеніе, можетъ быть, дѣло чисто случайное и на основаніи небольшаго числа нельзя сдѣлать опредѣленнаго вывода, т. е. что половая жизнь и связанные съ ней роды и послѣродовой періодъ играютъ роль въ образованіи кисты

НБ ХНМУ

яичника. У другихъ авторовъ это отношеніе, основанное на большемъ числѣ случаевъ, гораздо меньше. Такъ, по Olshausen'у на 730 замужнихъ приходится 500 незамужнихъ больныхъ или 14 : 10. Къ сожалѣнію, остается неизвѣстнымъ сколько изъ этихъ 500 незамужнихъ были присущи половой жизни?

Если обратимъ вниманіе на число рожавшихъ и нерожавшихъ, то увидимъ, что первыхъ было почти въ два раза больше, чѣмъ вторыхъ—32 : 16 или 2 : 1, причемъ:

I	parae	8 больныхъ
II	„	5 „
III	„	4 „
IV	„	4 „
VI	„	1 больная
	multo-parae	7 больныхъ.

Одна больная имѣла 11 родовъ, 2 больныхъ имѣли по 1 выкидышу, но не имѣли срочныхъ родовъ, кромѣ того 11 больныхъ изъ вышеприведенной таблицы имѣли еще помимо срочныхъ родовъ 18 выкидышей; 6 больныхъ имѣли по одному выкидышу, 2 больныхъ—по 2, 2 больныхъ—3 и 1 больная—5 выкидышей.

Возрастъ больныхъ колебался между 20 годами и 60, что видно изъ слѣдующей таблицы:

Возрастъ:	Число больныхъ:
отъ 20 до 30 лѣтъ	18
„ 31 „ 40 „	11
„ 41 „ 50 „	12
„ 51 „ 60 „	5

Отсюда видно, что большее число овaріотомій падаетъ на возрастъ отъ 20 до 50 лѣтъ. По обширной статистикѣ Olshausen'a изъ 1513 больныхъ 1260 относится къ возрасту отъ 20 до 50 лѣтъ. Самый поздній возрастъ, въ которомъ оперировалъ Schroeder [1]), это—80 лѣтъ. По статистикѣ Матвѣева [2])

[1]) Schroeder Die Kranheiten der Weiblichen geschlechtes organe 1890 года, стр. 461.

[2]) Матвѣевъ „Матеріалы къ вопросу объ овaріотоміи въ Россіи". Дисс. 1886 г.

изъ 592 больныхъ, 493 оперированы въ возрастѣ отъ 20—50 лѣтъ.

Продолжительность болѣзни, считая съ того времени, какъ больная начала чувствовать боли или замѣтила опухоль, было самое большее 11 лѣтъ (№ 21) и самое меньшее 1 мѣсяцъ.

Продолжительность болѣзни:	Число больныхъ:
отъ 1 года включительно	5
„ 5 лѣтъ до 3 лѣтъ	20
„ 5 „	3
„ 6 „	3
„ 9 „	1
„ 10 „	1
„ 11 „	1

Жалобы больныхъ были весьма разнообразны и большею частью онѣ относились къ явленіямъ, зависящимъ непосредственно отъ давленія опухоли на сосѣдніе органы, отъ ея мѣстоположенія и размѣровъ.

На боли внизу живота, то въ той, то въ другой паховой области больныя жаловались 31 разъ, на боли въ поясницѣ 7 разъ, на тяжесть внизу живота 9 разъ, боли подъ ложечкой 4 раза, одышку 15 разъ, частые позывы и затрудненіе мочеиспусканія 6 разъ, тошноту и рвоту 6 разъ, упорныя констипаціи 9 разъ, головныя боли, головокруженія 7 разъ, сердцебіеніе, нервное разстройство, общую слабость, бѣли 6 разъ.

Безъ измѣненій менструаціи остались въ 18 случаяхъ, въ остальныхъ онѣ измѣнили свой типъ или совсѣмъ отсутствовали.

Въ 7 случаяхъ наступилъ уже климактерическій періодъ и отсутствіе регулъ не стояло въ связи съ присутствіемъ новообразованія.

Въ двухъ случаяхъ регулы сдѣлались гораздо меньше (№№ 41, 44).

У больной (№ 24) cystoma ovarior. duplex менструаціи за время болѣзни являются только черезъ 3—4 мѣсяца, продолжаясь по 4—5 дней; въ № 22 онѣ запаздываютъ и со-

НБ ХНМУ

провождаются болями; въ № 20 онѣ запаздываютъ и отдѣляются въ меньшемъ количествѣ; въ 9 случаяхъ (№№ 1, 3, 11, 16, 28, 35, 36, 37 и 43) регулы отсутствовали по причинѣ заболѣванія; въ № 28 кромѣ кисты была и беременность, такъ что въ этомъ случаѣ отсутствіе регулъ стояло въ связи съ начавшейся беременностью; въ остальныхъ же случаяхъ отсутствіе регулъ стояло прямо въ связи съ развивающейся опухолью яичника. Въ 7 изъ этихъ случаевъ мы имѣли дѣло съ кистой одного яичника и только въ 2-хъ было одновременное заболѣваніе обоихъ яичниковъ (№ 11, 43). Въ нижеслѣдующемъ рядѣ случаевъ регулы измѣнили свой типъ въ обратную только что сказанному сторону, т. е. сдѣлались за время болѣзни обильными и частыми, такъ въ № 19 съ начала заболѣванія регулы стали приходить то черезъ 2, то черезъ 3 недѣли и продолжаться по 6 дней (до болѣзни типъ ихъ былъ: 4 недѣли, 3—4 дня); въ № 25 они стали являться за время болѣзни по два раза въ мѣсяцъ, хотя продолжительность ихъ осталась таковой-же, какой была и до болѣзни: 4 дня; въ 4-хъ случаяхъ (№№ 4, 9, 12, 33) наблюдались маточныя кровотеченія, въ случаѣ 4-мъ онѣ происходили, по всей вѣроятности, отъ задержки частей оборта; въ случаяхъ 12 и 33 эти кровотеченія можно поставить въ зависимость отъ фиброзныхъ опухолей матки, которыя были найдены при изслѣдованіи у нашихъ больныхъ; въ № 12, кромѣ cystoma ovarii dextri, существовала fibromyoma uteri interstitiale съ 6-ти мѣсячную беременную матку, а въ № 33, кромѣ cystoma ovaii sinistri, множественная фиброміома величиной съ голову взрослаго человѣка.

Отсюда мы видимъ, что въ нашихъ случаяхъ, въ большинствѣ ихъ, регулы или совсѣмъ не измѣнили свой типъ, или сдѣлались менѣе обильными, или совершенно отсутствовали.

Подъ вліяніемъ болѣзни у 19 больныхъ *питаніе* было подорвано и они имѣли анемичный видъ, 13 больныхъ были умѣреннаго питанія и 14 отличались цвѣтущимъ видомъ и были упитаны въ достаточной степени. Для опредѣленія величины опухоли и быстроты ея роста, брались въ разное

время *размѣры живота*: окружность на уровнѣ пупка, наибольшая окружность его, разстояніе отъ мечевиднаго отростка до пупка и разстояніе отъ той и другой верхней sp. il. ant. sup. къ пупку.

Возмемъ для сравненія хоть одинъ размѣръ—наибольшую окружность живота въ сантиметрахъ. Самая большая окружность равнялась 120 с. и самая меньшая 69 с., наиболѣе часто встрѣчалась окружность отъ 90 до 100 с., какъ это видно изъ слѣдующей таблицы.

Отъ	70	до	80	с.	5 разъ.
„	80	„	90	„	7 „
„	90	„	100	„	15 „
„	100	„	110	„	7 „
„	110	„	120	„	3 раза.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для *опредѣленія положенія матки*, если она плохо контурировалась, *длины* и *ширины ея полости*, вводился въ полость матки эластическій бужъ и зондъ. Полость матки имѣла въ 25 случаяхъ длину отъ 6 до 10 ctm., въ 1-мъ $5^{3}/_{4}$ с., въ 1-мъ 14 с., въ 1-мъ 15 с., и, наконецъ, въ 1-мъ даже 18 ctm. Три послѣдніе случая съ такими большими размѣрами полости относились къ больнымъ, имѣвшимъ кромѣ кисты яичника интерстиціальныя и субсерозныя фиброміомы: №№ 12, 17 и 33. Такимъ образомъ, исключая эти случаи, мы видимъ, что полость матки почти во всѣхъ случаяхъ осталась безъ измѣненія.

Распознаваніе новообразованія того или другого яичника и дифференціальная діагностика ихъ ставилась какъ на основаніи анамнестическихъ данныхъ, такъ и путемъ обычныхъ методовъ внутренняго и наружнаго изслѣдованія. Если обыкновеннаго бимануальнаго изслѣдованія per vaginam было недостаточно, прибѣгали къ бимануальному изслѣдованію per rectum однимъ пальцемъ или къ способу Hegar'a и Schulze.

Въ обыкновенныхъ, неосложненныхъ случаяхъ діагностика не представляла большихъ трудностей. Такъ при опухоляхъ не достигающихъ большихъ размѣровъ, вполнѣ подвижныхъ, безболѣзненныхъ, можно было во всѣхъ случаяхъ опредѣлить

какъ характеръ самой опухоли, такъ и отношеніе ея къ маткѣ и къ придаткамъ. Это особенно легко удавалось при наличности другихъ условій, благопріятствующихъ вообще изслѣдованію, какъ-то: вялыя брюшныя стѣнки, небольшое содержаніе въ нихъ подкожнаго жирнаго слоя и отсутствіе асцита. Если при изслѣдованіи опредѣлялась консистенція опухоли, отдѣльно прощупывалась матка и связь опухоли съ маткой посредствомъ тяжа, исходящаго изъ того или другаго угла этой послѣдней, съ положительностью устанавливался діагнозъ кисты яичника.

Какой сторонѣ принадлежитъ опухоль, основывалось на отсутствіи яичника пораженной стороны, между тѣмъ какъ другой опредѣлялся съ большей или меньшей ясностью. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ яичникъ здоровой стороны почему либо прощупать не удавалось, для діагностики принималось во вниманіе положеніе опухоли, т. е. помѣщалась-ли она направо или налѣво отъ средней линіи. Но такое предположеніе, нужно замѣтить, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не оправдывалось по вскрытіи брюшной полости, какъ, напримѣръ, №№ 7, 38. Въ № 7 мы имѣли дѣло съ дѣвственницей, поэтому изслѣдованіе было производимо весьма осторожно, яичника прощупать не удалось и былъ поставленъ діагнозъ cystoma ovarii dextri, такъ какъ опухоль лежала справа отъ средней линіи. При операціи оказалось, что опухоль исходитъ изъ лѣваго яичника, правый-же неизмѣненъ и расположенъ на нормальномъ мѣстѣ; въ № 38 мы предположили, судя по положенію опухолей и отсутствію другаго яичника—cystoma ovarior. duplex; post operationem cystoma ovarii et parovarii dextri.

Если обычными методами изслѣдованія не удавалось уловить связи опухоли съ маткой, тогда захватывали влагалищную часть пулевыми щипцами и низводили матку насколько возможно книзу, затѣмъ, отодвигая опухоль кверху, слѣдили за движеніемъ пулевыхъ щипцовъ: если они слѣдовали за опухолью вверхъ, можно было съ увѣренностью сказать, что опухоль имѣетъ связь съ маткой.

При изслѣдованіи per rectum, при одновременномъ низведеніи матки книзу, также при помощи пулевыхъ щипцовъ, удавалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ большей ясностью, чѣмъ при изслѣдованіи pervaginam, прощупать ножку опухоли.

При осложненіи опухоли обильными сращеніями, асцитомъ, точная діагностика была очень затруднительна.

Въ этихъ случаяхъ, невозможно бывало, подчасъ, прощупать матку и опредѣлить ея отношеніе къ опухоли и только при повторномъ изслѣдованіи, прибѣгая даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ хлороформенному наркозу, удавалось опредѣлить какъ натуру опухоли, такъ и ея отношеніе къ тазовымъ органамъ. Какъ на примѣръ только что сказаннаго, я могу указать на случай № 8 (cystoma ovar. duplex). Одна опухоль пальца на 2 не доходила до пупка и была срощена съ кишками и сальникомъ, другая-же опухоль помѣщалась глубоко въ тазу, въ заднемъ Дуглассѣ, въ особой полости изъ ложныхъ перепонокъ, которыя сплошь отдѣляли задній Дуглассъ отъ остальной брюшинной полости. Отношеніе этихъ опухолей къ маткѣ опредѣлено только подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Опухоли громадныхъ размѣровъ, выполняющія всю брюшную полость и растягивающія стѣнки ея, можно смѣшать съ асцитомъ.

Для рѣшенія этого вопроса слѣдуетъ обращать вниманіе на форму живота, измѣненіе перкуторнаго тона въ зависимости отъ перемѣны положенія больной, а также на общій видъ больной, состояніе другихъ органовъ, какъ то: печени, почекъ и сердца, отъ заболѣванія которыхъ можетъ произойти накопленіе жидкости въ животѣ.

Форма живота при кистѣ отличается отъ таковой же при водянкѣ. Напряженная киста яичника выпячиваетъ середину живота впередъ, при брюшной же водянкѣ животъ представляется болѣе плоскимъ и отвисаетъ въ обѣ стороны. Перкуссія при водянкѣ даетъ тупой тонъ на болѣе отлогихъ мѣстахъ большаго скопленія жидкости, при измѣненіи же положенія тѣла тонъ рѣзко мѣняется соотвѣтственно перемѣщенію жидкости; при кистѣ тупой тонъ получается по всей по-

верхности прилегающей опухоли и остается постоянно безъ измѣненія.

О дифференціальной діагностикѣ между кистой яичника и другими заболѣваніями, какъ то: воспалительными, hydramnion, я говорить не буду, такъ какъ въ этомъ отношеніи у насъ не было случаевъ, а перейду теперь къ распознаванію между кистой яичника и фибромiомой матки. Это послѣднее возможно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя точно опредѣлить отношенія опухоли къ маткѣ и прощупать придатки ея.

Многополостная киста, состоя изъ мелкихъ полостей и благодаря этому имѣя бугристую поверхность и не равномѣрно-плотную консистенцію, можетъ симулировать собою фибромiому и вести такимъ образомъ къ ошибочному діагнозу.

Это наблюдалось не разъ и описано въ литературѣ (Olshausen, Leman). Въ такихъ случаяхъ, кромѣ пальпаторнаго изслѣдованія, нужно принимать во вниманіе полость матки и опредѣлять ея длину, что даетъ подъ часъ весьма цѣнные факты для болѣе вѣрной діагностики. Такъ въ одномъ изъ нашей серіи случаевъ, а именно въ № 15, такая ошибка въ распознаваніи была вполнѣ возможна: опухоль представлялась бугристой, неравномѣрно-плотной; отношенія къ маткѣ не опредѣлялось, въ общемъ имѣла большое сходство съ фибромiомой матки. Вѣрный діагнозъ у этой больной былъ поставленъ только благодаря тому, что полость матки при изслѣдованіи оказалась только $8^1/_2$ ctm., между тѣмъ какъ при фибромiомахъ, особенно соотвѣтствующей величины, въ громадномъ большинствѣ случаевъ она бываетъ значительно увеличена.

При кистахъ, сидящихъ на ножкахъ, такого увеличенія матки мы не видѣли ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ и длина ея не стояла въ зависимости отъ величины опухоли. На основаніи этого можно съ большимъ успѣхомъ руководиться въ сомнительныхъ случаяхъ размѣрами полости матки, увеличена ли она или нѣтъ: увеличеніе ея скорѣе укажетъ на фибромiому, нормальная же полость больше говоритъ за кисту. Но если размѣры матки получитъ почему либо будетъ невозможно, или увеличеніе длины полости будетъ не убѣдительно

въ достаточной степени, можно сдѣлать пробную пункцію опухоли черезъ брюшныя стѣнки или черезъ влагалище.

Въ одномъ случаѣ, оперированномъ недавно въ нашей клиникѣ (случай этотъ входитъ въ 3-сотню чревосѣченій) точный діагнозъ установленъ только послѣ пробной пункціи. Мы имѣли дѣло съ громадной цисто-фибромой, исходящей изъ нижняго сегмента и задней стѣнки цервикальнаго канала. Консистенція ея было до того эластична, что даже при повторномъ изслѣдованіи ничего нельзя было сказать опредѣленнаго и только пробная пункція черезъ брюшные покровы, давшая въ первый разъ небольшое количество жидкости, по свойству и по своему характеру похожей на лимфатическую, а при повторной пункціи ни капли жидкости, вывела насъ на вѣрный путь. При чревосѣченіи оказалась дѣйствительно cystofibroma.

Въ 9 ти случаяхъ, какъ я сказалъ выше (№№ 1, 3, 11, 16, 28, 35, 36, 37 и 43), регулы отсутствовали. Отсутствіе регулъ при наличности опухоли и анемнезъ могутъ иногда вести къ невѣрному діагнозу, даже опредѣленію нормальной беременности, если матка не прощупывается, или внѣматочной, если матка опредѣляется. Такъ, въ № 43 (Cystoma ovarior. duplex. см. рисун. I) у больной, незадолго передъ тѣмъ вышедшей замужъ, вдругъ прекращаются регулы при отличномъ самочувствіи; черезъ три мѣсяца послѣ этого больная замѣчаетъ увеличеніе живота, черезъ два мѣсяца осмотрѣвшая ее женщина-врачъ опредѣляетъ существованіе беременности на 3 мѣсяцѣ и дѣйствительно больная черезъ мѣсяцъ ясно чувствуетъ движеніе плода. Наконецъ, вскорѣ показываются обильныя грязновато-коричневаго цвѣта отдѣленія, сопровождающіяся сильными болями по всему животу и поясницѣ, что снова заставляетъ больную обратиться къ врачу.

Послѣ осмотра больной ставиться діагнозъ внѣматочной беременности. Но нужно замѣтить, что у этой больной всѣ другіе признаки беременности, какъ то: пигментація по Linea alba, околососковыхъ кружковъ, застойная гиперемія и отеч-

ность слизистой оболочки входа и рукава, а также нагрубаніе грудей и молозиво вполнѣ отсутствовали.

Такой случай наглядно показываетъ, какія могутъ происходить ошибки въ этомъ направленіи и только внимательное, подробное изслѣдованіе больной можетъ дать прочное основаніе для діагностики. Этотъ случай еще интересенъ въ томъ отношеніи, что опухоль имѣетъ грибовидную форму и въ своей верхней части перетяжку (какъ это видно на рисункѣ), которая образовалась искусственнымъ образомъ отъ тесемокъ, отъ юбокъ и платья. Эта перетяжка была ясно выражена и снаружи на стѣнкѣ живота.

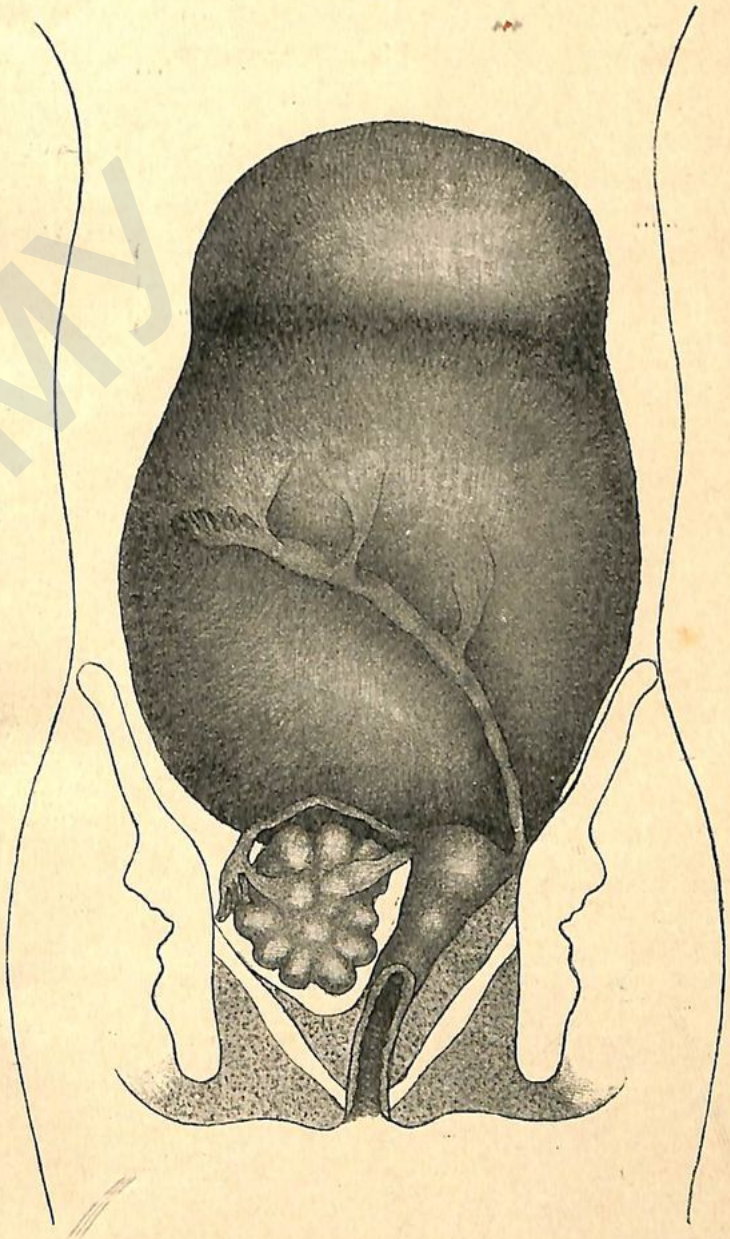
Гораздо труднѣе разобраться въ томъ рядѣ случаевъ, гдѣ и при существованіи небольшой кисты возникаетъ беременность, особенно это можетъ быть затруднительно въ первые мѣсяцы беременности.

Такъ было въ 28 случаѣ.

Больная поступила съ жалобами на общую слабость, тошноту, головокруженія, боли подъ ложечкой и на отсутствіе регулъ въ продолженіи 2 мѣсяцевъ. При изслѣдованіи найдена матка увеличенной, зондъ свободно проникаетъ въ полость на 10 сант., не вызывая ни болей, ни кровотеченія. На шейкѣ матки и слизистой оболочкѣ рукава явленія застойной гипереміи. Рядомъ съ маткой опредѣляется опухоль, занимающая весь задній сводъ и заходящая въ лѣвый сводъ, величиной съ гусиное яйцо, неравномѣрной консистенціи, эластической въ лѣвомъ большомъ сегментѣ и плотной въ правомъ меньшемъ. Опухоль не смѣщается, безболѣзненна и отдѣлена отъ задней поверхности матки ясной бороздой. На основаніи этого поставленъ діагнозъ Graviditas extrauterina; по вскрытіи же брюшной полости оказалась киста лѣваго яичника, плотно ущемленная въ заднемъ Дуглассовомъ пространствѣ и нормальная беременность. Если бы въ этомъ случаѣ мы произвели діагностическое осторожное. выскабливаніе полости матки и изслѣдовали бы подъ микроскопомъ слизистую оболочку, какъ это совѣтуетъ проф. Отть [1]), wider для

[1]) „Врачъ“ 1890 г.

Рис. № 1



болѣе точнаго діагноза внѣматочной беременности, то мы навѣрно бы получили децидуальныя клѣтки [1]) и были бы еще болѣе увѣрены въ своемъ діагнозѣ. Изъ подобнаго заблужденія могло бы вывести только продолжительное наблюденіе, причемъ выяснилось, что матка растетъ быстрѣе опухоли.

Изъ *осложненій болѣзни* въ нашихъ случаяхъ наблюдалось нагноеніе кисты, разрывъ ея стѣнки и торзія ножки, съ ея послѣдствіями.

Нагноеніе въ одной или нѣсколькихъ кистахъ бываетъ по Olshausen'y, Schroëder'y чрезвычайно рѣдко самопроизвольное и почти всегда развивается послѣ сдѣланнаго прокола нечистыми инструментами, или же отъ вхожденія воздуха въ полость кисты черезъ произведенное отверстіе.

„Самопроизвольное нагноеніе не подлежитъ сомнѣнію“— говоритъ Olshausen,—но встрѣчается рѣдко и по большей части совпадаетъ съ родами и въ такомъ случаѣ воспаленіе вызывается давленіемъ и разминаніемъ опухоли во время родовъ. Рѣже это бываетъ при пролиферирующихъ цистомахъ, чаще при дермоидахъ.

Въ нашемъ случаѣ № 16 нагноеніе пролиферирующей цистомы совпадаетъ съ родами. Роды, какъ это можно заключить изъ анамнестическихъ данныхъ, протекли благополучно, но продолжались долгое время. Въ теченіи послѣдняго года замѣтила ростъ живота, 6 недѣль т. н. родила; черезъ 2 недѣли послѣ родовъ стала лихорадить и появились боли внизу живота, затѣмъ, спустя нѣкоторое время (3 нед.), въ области пупка появилась небольшая выбющаяся опухоль съ красной лоснящейся поверхностью, съ чѣмъ она и пришла въ клинику. Въ клиникѣ въ скоромъ времени была сдѣлана пункція кисты, причемъ получили чистаго гноя безъ запаха 600 куб. сант.

Какъ видно изъ описанія этого случая, нагноеніе кисты,

---

[1]) Присутствіе децидуальныхъ клѣтокъ вышеупомянутые авторы считаютъ характернымъ для внѣматочной беременности и руководятся этимъ при постановкѣ діагноза.

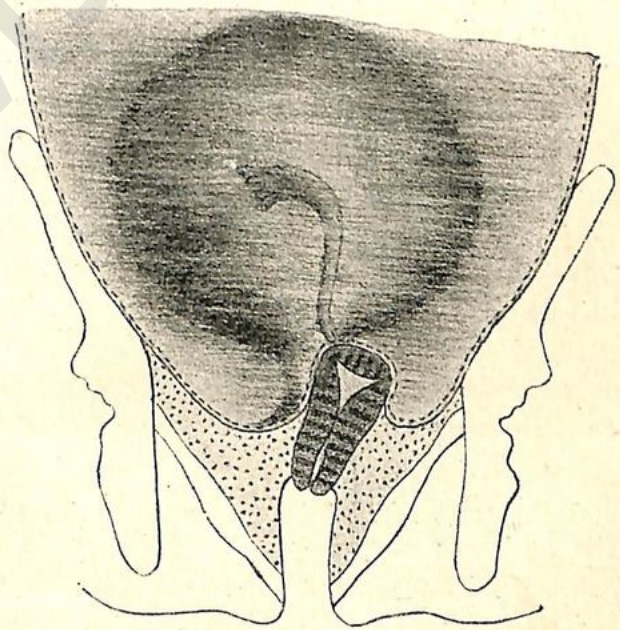
НБ ХНМУ

по всей вѣроятности, стоитъ въ связи съ родовымъ актомъ, можетъ быть не чисто проведеннымъ. Воспаленіе стѣнки кисты началось, нужно предположить, тотчасъ же послѣ родовъ, но шло тихо, не вызывая въ первое время сильныхъ болѣзненныхъ ощущеній и лихорадочнаго повышенія температуры. Кромѣ этого случая нагноеніе кисты наблюдали еще въ № 23 и 2 раза при кистахъ широкихъ связокъ въ № 7 и 29; въ № 7 нагноеніе кисты стояло въ зависимости отъ прокола, который былъ сдѣланъ больной на дому за нѣсколько времени до операціи.

Разрывъ одной изъ полостей стѣнки многополостной, коллоидной кисты былъ найденъ при операціи № 13. На передне-лѣвой поверхности опухоли находилось круглое отверстіе 5 ctm. въ діаметрѣ. Оно вело въ довольно обширную, порожнюю полость. При изслѣдованіи больной было опредѣлено кромѣ опухоли накопленіе свободной жидкости въ животѣ и хроническій перитонитъ (см. рис. № 2). Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что опухоль до операціи была принята за cystosarcoma. Отчего произошелъ разрывъ въ данномъ случаѣ, сказать опредѣленно мы не можемъ, такъ какъ въ анамнезѣ больной нѣтъ указаній на это. Разрывъ произошелъ вѣроятно самопроизвольно подъ вліяніемъ давленія содержимаго кисты на истончившуюся стѣнку ея; такое происхожденіе разрыва по Olshausen'у весьма часто встрѣчается въ пролиферирующихъ кистомахъ. Въ однокамерныхъ же кистахъ ни одна часть стѣнки не претерпѣваетъ утонченія, потому что она подвержена равномѣрному давленію со всѣхъ сторонъ и для того, чтобы произошелъ разрывъ, требуется еще содѣйствіе травматическаго поврежденія (Olshausen). Излившаяся коллоидная жидкость въ нашемъ случаѣ и послужила причиной хроническаго воспаленія брюшины съ накопленіемъ жидкости въ брюшной полости.

При кистахъ широкихъ связокъ въ № 30 этотъ разрывъ былъ діагносцированъ до операціи, при повторномъ изслѣдованіи. При первомъ изслѣдованіи была найдена опухоль праваго яичника, мѣстами плотной, мѣстами эластической кон-

Рис. № 2.



	Овaріотомій.	Случаевъ торзіи ножки.
Рейнъ [8])	на 185	44 или 20,8%
Склифасовскій [9]) . . .	„ 71	2 „ 2,8%
Hofmeier [10])	„ 103	10 „ 9,6%
Сутугинъ [11])	„ 35	2 „
Shultze [12])	„ 29	5 „ 17%

Самый большой процентъ торзій ножки мы находимъ у Otto Küstner'a [13])—38,8%; такую частоту встрѣчи торзій ножекъ въ своихъ случаяхъ овaріотомій онъ приписываетъ тому, что большая часть его больныхъ принадлежитъ къ крестьянамъ, людямъ, которые обращаются къ врачу, когда въ ихъ болѣзни уже происходятъ какія-нибудь осложненія и рѣдко являются съ неосложненными кистами.

Если взять процентъ въ среднемъ на всѣ случаи овaріотомій, приведенныхъ мною, то на 2,822 овaріотомій наблюдалось 196 торзій ножки или 7%, но этотъ процентъ будетъ нѣсколько не вѣренъ, такъ какъ большинство авторовъ (Sp. Wells, Olshausen, Schroeder и др.) согласно говорятъ, что нѣкоторые случаи не были отмѣчены ими.

Изъ 13 нашихъ случаевъ торзіи ножки въ 5 перекручиваніе было найдено у кистъ лѣваго яичника (въ №№ 8, 22, 27, 29, 41), въ 7-ми случаяхъ у кистъ праваго яичника (№№ 15, 24, 39), при дермоидныхъ кистахъ (въ №№ 3, 8, 12) и при злокачественныхъ новообразованіяхъ въ № 10. L. Tait считаетъ болѣе расположенными къ торзіи кисты правой стороны, другіе-же авторы наблюдали торзію ножки одинаково какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ:

По Olshausen'у изъ 19 случаевъ 15 разъ на лѣвой сторонѣ.
„ Froenkel'ю „ 7 „ 4 раза „ „ „

[8]) Рейнъ. Протоколы засѣданій Кіевскаго акуш. общества, т. V. 1892 г.
[9]) Склифасовскій. Дис. Матвѣева.
[10]) Hofmeier. Очеркъ основъ гинекологическ. операцій, переводъ д-ра Рунге 1893 г.
[11]) Сутугинъ. Врачъ 1891 г.
[12]) Shultze. Centralblatt. f. g. 1887 г. № 37.
[13]) Otto Küstner. Das Gesetzmafsige in der Torsionsspiral torquirter ovarial umorstiele. Centralblatt f. gynäk. 1891 года, № 11.

По Péan'y изъ 9 случаевъ 7 разъ на лѣвой сторонѣ.
„ Thornton'y[1]) „ 57 „ 28 „ „ „ „

Въ одномъ случаѣ, а именно въ № 27, перекручиваніе ножки было распознано до операціи по тѣмъ симптомамъ, которыми оно сопровождалось: сильная болѣзненность и увеличеніе опухоли, вздутіе живота и повышеніе температуры (38,4 — 39,5°), въ остальныхъ случаяхъ было только высказываемо предположеніе на основаніи болѣзненности опухоли, или торзія была находима при операціи.

Величина опухоли при торзіяхъ была отъ кулака до головы взрослаго человѣка:

Въ кулакъ	2
Въ два кулака	1
Въ голову взрослаго человѣка	3
„ новорожденнаго	2
Въ 6-ти мѣсяч. беременную матку	1

Въ 4-хъ случаяхъ она была средней величины.

Ножка опухоли была перекручена отъ 1 до 5 разъ (№ 27). Въ № 24 ножка совершенно открутилась отъ своего мѣста прикрѣпленія и опухоль держалась и питалась насчетъ обильныхъ сращеній съ прилежащими органами, особенно съ мочевымъ пузыремъ.

Изъ симптомовъ, сопровождающихъ перекручиваніе ножки, мы отмѣтимъ явленія перитонита, увеличеніе опухоли и повышеніе t°-ры, другихъ симптомовъ: обморочнаго состоянія, учащенія пульса, блѣдности, на которыя указываетъ Thornton, мы не наблюдали ни разу. Это объясняется тѣмъ, что больныя приходили уже спустя долгое время послѣ перекручиванія, или оно совершалось весьма медленно и успѣвали образоваться сращенія опухоли съ прилежащими органами и питаніе опухоли не нарушалось.

Въ двухъ случаяхъ, въ № 27 и 10 (злокачественнаго новообразованія), мы наблюдали асцитъ, на который, между прочимъ, какъ на симптомъ скручиванія ножки указываетъ д-ръ

[1]) Thornton. The Americ. journ. of the med. 1888 г. реф.

Шуриновъ [1]); въ № 10 асцитъ мы ставили въ связь съ злокачественнымъ новообразованіемъ яичника; въ № 27 его можно отнести насчетъ торзіи ножки.

Вслѣдствіе перекручиванія ножки въ № 27 абдоминальный конецъ трубы представлялъ начало гангренесценціи, а въ № 41 были видны по всей поверхности кисты участки омертвѣвшей ткани; содержимое кисты въ этомъ случаѣ было кровянистое; въ № 29 также часть стѣнки кисты подверглась мортификаціи.

Относительно показаній къ овaріотоміи въ настоящее время большинство хирурговъ: (Olshausen [2]), Martin, Schroëder, Aveling, Lohlein, Simjung, Grondin, Munde, Atthill [3]) Terier [4]), Рейнъ [5]) держатся того мнѣнія, что опухоль яичника, какихъ-бы она размѣровъ не была, оперировать тотчасъ-же, какъ только она констатирована, а не дожидаться показаній со стороны общаго состоянія больной, или болѣзненныхъ явленій, вызванныхъ опухолью. На 2-мъ съѣздѣ русскихъ врачей въ Москвѣ въ память Пирогова 1887 года былъ поднятъ этотъ вопросъ: когда производить овaріотомію? Выжидать-ли значительнаго развитія опухоли или оперировать ее немедленно, какой-бы она величины не была?

Въ дебатахъ принимали участіе профессора: Славянскій, Крассовскій, Лазаревичъ, Склиффасовскій и др.

Профес. Славянскій высказался за то, что какихъ-бы размѣровъ опухоль не была, оперировать ее слѣдуетъ безъ замедленія, при непремѣнномъ условіи благопріятной обстановки.

Профессора Лазаревичъ и Склиффасовскій: оперировать нужно всегда, не выжидая, даже и малыя опухоли, исключеніе могутъ составлять дермоидныя кисты при очень медленномъ ихъ ростѣ.

---

[1]) Шуриновъ. Ж. ак. и ж. б. т. II, стр. 575.

[2]) Olshausen Zeitchrift. für geb. und gynök Bd. XX, 90 г.

[3]) Цит. по Хазану „О показаніяхъ къ овaріотоміи", Ж. акуш. и женск. б. т. I.

[4]) Revue de chirurgie 1885 г.
Рейнъ. Врачъ 1885 г. № 33.

Профес. Крассовскій въ общемъ соглашался съ мнѣніемъ своихъ предшественниковъ и вопросъ, — говоритъ онъ — можетъ возникнуть только при кистахъ небольшихъ, которыя не безпокоятъ больную.

Отсюда мы видимъ, что вопросъ этотъ на 2 съѣздѣ рѣшенъ скорѣе въ пользу немедленнаго удаленія опухоли, чѣмъ выжиданія настоятельныхъ показаній операціи со стороны здоровья больной.

Принимая во вниманіе всю ту массу осложненій, которыя могутъ во всякое время присоединиться къ кистѣ, какъ то: нагноеніе кисты, разрывы ея стѣнокъ, перекручиваніе ножки съ послѣдующимъ омертвѣніемъ кисты и воспаленіемъ брюшины, злокачественныя перерожденія опухоли,— нужно придти къ тому убѣжденію, что, если больная согласна на операцію, слѣдуетъ произвести ее немедленно.

Настоятельнымъ показаніемъ къ операціи должно считать осложненіе беременностью, такъ какъ при этой послѣдней, опухоль часто быстро ростетъ и можетъ вызвать весьма тягостные симптомы съ одной стороны, съ другой стороны можетъ не только служить препятствіемъ для родоваго акта, но даже причиною смерти для матери и плода.

Такъ, смертность роженицъ при этомъ осложненіи по Jetter'у — 49,53%, по Playfair'у — 40,35%; смертность дѣтей 47,74%, между тѣмъ какъ при овaріотоміи во время беременности этотъ процентъ значительно ниже:

Engström [1]) . . .	сдѣлалъ	7	овaріотомій	0	случ. смерти.
Lawson Tait [2]) . .	„	11	„	1	„ „
Шредеръ [3]) . . .	„	16	„	0	„ „
Olshausen [4]) . . .	„	24	„	0	„ „
изъ дис. Матвѣева [5])	„	16	„	0	„ „

---

[1]) Дис. Матвѣева 1886 г.

[2]) Engström. De l'ovariotomie pendant la grossese. An. de gyn. et obst. 1890 г. стр. 242.

[3]) ibid.

[4]) ibid.

[5]) Olshausen. Zeitschrift. f. g. und gyn. Bd. XX.

Феноменовъ [1]) . .	сдѣлалъ	3	овариотомій	0	случ. смерти.
Лебедевъ [2]) . . .	„	4	„	0	„ „
Sp. Wells [3]) . . .	„	10	„	1	„ „
Martin [4]) . . .	„	3	„	0	„ „
Сутугинъ [5]) . . .	„	4	„	1	„ „

Изъ этой таблицы видно, что изъ 98 сдѣланныхъ овариотомій, умерло 3 больныхъ, процентъ смертности 3%; процентъ-же смертности дѣтей при оперативномъ вмѣшательствѣ равенъ по Engström'у 20%.

Въ нашихъ 4 случаяхъ операція была сдѣлана въ одномъ при двухстороннемъ дермоидѣ, въ двухъ при cystoma prolif. glandular. и въ одномъ при кистѣ широкой связки. Изъ этихъ больныхъ у 3 послѣдовалъ выкидышъ, въ одномъ на 5, въ двухъ на 15 день послѣ операціи. Въ одномъ случаѣ (№ 4) при двухстороннемъ дермоидѣ больная сама старалась вызвать выкидышъ, такъ какъ она потомъ говорила, что и пришла въ клинику именно съ тою цѣлью, чтобы ей произвели выкидышъ.

Послѣ операціи она встала съ постели, мяла животъ и всѣми силами старалась освободиться отъ беременности, чего и достигла на 15 день послѣ операціи.

Отсюда мы видимъ, что, благодаря оперативному вмѣшательству во время беременности, какъ процентъ смертности матерей, такъ и дѣтей уменьшается въ значительной степени.

Наконецъ, если только обратить вниманіе на то, что самоизвлеченіе кистъ встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ и опухоль, предоставленная сама себѣ, ростетъ,— лучше оперировать немедленно небольшую опухоль, чѣмъ дожидаться осложненій и удалять опухоль, связанную сроще-

---

[1]) Феноменовъ. „Врачъ“ 1890 г.

[2]) 4 случай входитъ въ 3 сотню чревосѣченій.

[3]) Цит. по Hofmeier'у. Очеркъ основъ гинекологическ. операцій, перев. д-ра Рунге 1893 г.

[4]) ibid.

[5]) Сутугинъ. „Врачъ“ 1891 г., № 4.

ніями съ прилежащими органами, въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма плотными, трудно удалимыми.

Противопоказаніемъ къ операціи служатъ:

во 1) плохое общее состояніе;

„ 2) когда злокачественное новообразованіе инфецируетъ въ значительной степени брюшину

и въ 3) непоправимыя заболѣванія органовъ, важныхъ для жизни больной.

Величина оперированныхъ опухолей приблизительно была слѣдующая: опухолей, которыя выполняли всю брюшную полость и доходили почти до мечевиднаго отростка, было 12; величиной съ 7 и 8 мѣсячную беременную матку—5;

съ 6-ти и 7-ми мѣсячную беременную матку—3;

въ голову взрослаго человѣка . . .	10
„ „ новорожденнаго	2
„ „ годовалаго ребенка . . .	1
„ гусиное яйцо	2
„ два кулака	5
„ одинъ кулакъ	4
„ яблоко	4
„ куриное яйцо	2

Въ 3 случаяхъ до операціи (№№ 3, 16 и 17) была сдѣлана предварительная пункція для выведенія содержимаго кисты. Пункція была дѣлаема съ цѣлью облегчить нѣсколько дыханіе больной.

Производство операціи. Послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота, проводился по бѣлой линіи разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, *длина* его была:

12 ctm.,	3 раза	20 ctm.,	5 разъ
14 „	7 разъ	21 „	2 раза
17 „	1 „	22 „	4 „
18 „	4 раза	24 „	3 „
19 „	3 „	25 „	2 „
		27 „	1 разъ.

По вскрытіи брюшныхъ стѣнокъ накладывались въ нѣкоторыхъ случаяхъ на края ихъ 2—4 провизорныхъ лигатуры,

затѣмъ приступали къ уменьшенію размѣровъ опухоли, если къ этому представлялась возможность. Для этого выпускали жидкость изъ кисты или помощью троакара, или прямо широко вскрывали ея стѣнку ножницами. Послѣ этого, захвативъ сдѣланное въ кистѣ отверстіе неллатоновскими щипцами, постепенно извлекали опухоль изъ брюшной полости, отдѣляя существующія сращенія ея съ окружающими органами, частью рукой, частью ножницами между двумя лигатурами. По извлеченіи опухоли наружу, ножка ея перевязывалась шелковой лигатурой въ одинъ, два или нѣсколько пучковъ, смотря по ея толщинѣ и ширинѣ.

Кровоточившіе сосуды культи перевязывались отдѣльно. Въ одномъ случаѣ, № 1, кромѣ перевязки крупныхъ сосудовъ культи, перитонеальный покровъ ея былъ соединенъ еще обвивнымъ непрерывнымъ шелковымъ швомъ.

Тщательно остановивъ кровотеченіе, культю опускали въ полость брюшины.

Туалетъ брюшной полости въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ нее попадало содержимое кисты, совершался обыкновенно дезинфецированными губками, которыми и вычерпывалась вся накопившаяся въ ней жидкость.

Брюшная рана соединялась рядомъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ, какъ глубокихъ, такъ и поверхностныхъ. Въ случаѣ № 7 на peritoneum и влагалище прямыхъ мышцъ былъ наложенъ непрерывный шовъ изъ кэтгута. Это сдѣлано въ виду значительной толщины брюшной стѣнки.

Брюшная рана присыпалась іодоформомъ или дермотоломъ и накладывали обычную повязку.

Операція продолжалась самое меньшее 20 минутъ, а самое большее 1 час. 50 мин., въ среднемъ она была отъ 20 до 40 минутъ.

Операція въ значительной степени *осложнялась* при сращеніяхъ опухоли, какъ паріетальныхъ, такъ и висцеральныхъ: сращеній съ peritoneum parietale было найдено 17 разъ; сращеній съ сальникомъ 18 разъ; сращеній съ кишками (coecum, colon, flexura sigmoidea, rectum, intenstina tenua) 10 разъ; съ

тазовой брюшиной 4 раза; сращеній съ маткой 3 раза; съ мочевымъ пузыремъ 2 раза; съ діафрагмой 2 раза и печенью 2 раза.

Особенной трудностью отдѣленія сращеній отличались слѣдующіе 9 случаевъ: № 3, благодаря обильнымъ плотнымъ сращеніямъ опухоли съ печенью, діафрагмой и сальникомъ и большой величины ея, пришлось ее на границѣ верхней $^1/_3$ съ средней перевязать лигатурами и перерѣзать; затѣмъ отдѣльно была удалена сначала нижняя, а потомъ и верхняя часть.

Послѣдняя представляла особенно обширныя сращенія съ сальникомъ, который былъ перевязанъ въ нѣсколько пучковъ.

№ 8 cystoma ovarior. duplex., правая опухоль удалена легко, сращенія съ кишками были свѣжія, но за то лѣвая опухоль представила громадныя затрудненія: она лежала въ заднемъ Дуглассовомъ пространствѣ въ особой полости изъ ложныхъ перепонокъ, которыя сплошь отдѣляли задній Дугласъ отъ остальной брюшной полости.

№ 14 cystoma ovarii sinistri, опухоль была приращена спереди къ perit. parietale почти на всемъ протяженіи и вверху фиксировалась довольно прочными сращеніями съ сальникомъ, на которыя были наложены лигатуры.

№ 15 cystoma ovarii dextri, обширныя сращенія съ передней брюшной стѣнкой на всемъ протяженіи и только въ нижнемъ углу раны удалось проникнуть въ полость peritonei и отсюда начать отдѣленіе; сращенія съ сальникомъ перевязаны предварительно 5 лигатурами, самое плотное изъ нихъ, толщиной около 5 ctm., перевязано двойной лигатурой.

№ 16 cystoma ovarii sinistri, suppuratio cystidis, вслѣдствіе плотныхъсращеній кисты съ передней брюшной стѣнкой, разрѣзъ пришлось увеличить и тогда только по отдѣленіи сращеній съ окружающими частями опухоль была извлечена наружу. При извлеченіи капсула кисты, сращенная съ передней брюшной стѣнкой, была разорвана и часть ея осталась на ней въ видѣ отдѣльной пластинки.

№ 19 cystoma ovarii sinistri et salpingoo ophoritis dextra,

въ этомъ случаѣ киста удалена безъ затрудненія, но фаллопіева труба была до того плотно срощена съ тазовой брюшиной, что ее пришлось оставить на мѣстѣ.

№ 22 cystoma ovarii sinistri, плоскостныя срощенія опухоли съ брюшной стѣнкой и для того, чтобы проникнуть въ брюшную полость, нужно было увеличить разрѣзъ и освободить кисту отъ содержимаго; идя шагъ за шагомъ киста наконецъ, была отдѣлена.

№ 24 cystoma ovarior. duplex, кромѣ срощеній съ брюшной стѣнкой, маткой и сальникомъ, особенной плотностью отличались срощенія съ мочевымъ пузыремъ.

При ручномъ отдѣленіи этихъ послѣднихъ срощеній, стѣнка пузыря разорвалась на протяженіи 6 ctm. При изслѣдованіи найдено, что стѣнка пузыря въ этомъ мѣстѣ была сильно истончена, опухоль питалась и держалась на счетъ срощеній съ мочевымъ пузыремъ, ибо ея истинная ножка отсутствовала (откручилась). Рана пузыря зашита непрерывнымъ, кэтгутовымъ швомъ и поставленъ катетеръ à demeure. Послѣоперацiонное теченіе безъ осложненій.

№ 32 Cystopapilloma ovarii sinistri et cystopapilloma intraligament. dextrum et hydrosalpinx duplex, особенныя трудности для удаленія представила правая опухоль при вылущеніи ея изъ широкой связки.

№ 5 больная страдала порокомъ сердца: insufficientia vv. aortae et aneurisma восходящей части аорты.

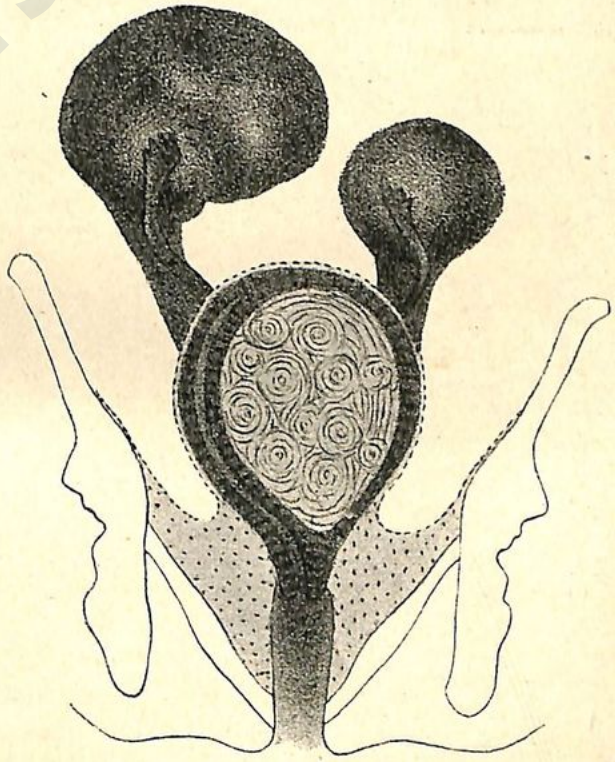
Въ трехъ случаяхъ наблюдался асцитъ, въ одномъ при перекручиваніи ножки и въ двухъ при разрывѣ стѣнки кисты.

При операціи имѣли дѣло:

съ	cystoma ovarii sinistri	13 разъ.
„	cystoma ovarii dextri	17 „
„	cystoma ovarior. duplex	8 „
„	cystes ovarii sinistri	7 „
„	cystes ovarii dextri.	1 „

изъ нихъ 5 случаевъ принадлежали къ папиллярнымъ кистамъ, такъ какъ при операціи при изслѣдованіи опухоли были открыты на внутренней поверхности стѣнки папилярныя разроще-

Рис. №. 3.



нія. Въ №№ 30 и 32 эти разрощенія пробуравили стѣнку кисты и проросли на наружную поверхность ея.

Содержимое кистъ въ 10 случаяхъ найдено серознаго характера, въ 2-хъ серозно-кровянистое, 2 раза гнойное, 1 слизистое, въ остальныхъ же случаяхъ коллоидное. Какъ осложненіе кистъ, 2 раза было найдено fibromyoma uteri interstitiale. Одинъ такой случай, относящійся къ № 12, представленъ мною на рисункѣ 3-емъ, гдѣ при существованіи двухсторонней кисты имѣлось еще интерстиціальная фиброміома.

Одинъ разъ встрѣтилась при операціи субсерозная фиброміома, одинъ разъ hydrosalpinx duplex, 1 разъ salpingo-ophoritis dextri. 1 разъ prolapsus uteri и 1 разъ cystoma parovarii dextri. Кромѣ овaріотоміи, попутно сдѣлано одинъ разъ ventrofixatio и однажды salpingotomia duplex.

Количество выпущенной жидкости колебалось отъ 170 куб. сант. до 10000 и болѣе.

Меньшій вѣсъ кисты вмѣстѣ съ жидкостью равнялся 75 grm. большій вѣсъ былъ 12870 grm., между другими случаями вѣсъ распредѣлился такъ:

	177 grm.			былъ	1	разъ.
отъ	200	„	до	500 grm.	6	„
„	1370	„		былъ	1	„
„	2030	„	до	5000 grm.	9	разъ.
„	5000	„	„	10000 „	6	„
„	10875	„		былъ	1	„
„	12300	„		„	2	„
„	12510	„		„	1	„

Во всѣхъ случаяхъ, исключая нижеслѣдующихъ 11-ти (№№ 3, 8, 16, 17, 22, 25, 26, 32, 37, 38, 42), t° все время теченія послѣоперацiоннаго періода держалось на нормальныхъ цифрахъ, а въ 11-ти же случаяхъ t° повышалась до лихорадочныхъ цифръ, отъ одного до нѣсколькихъ разъ, такъ въ № 3 cystoma ovarii dextri colloid. t° съ 9-го дня повысилась до 39° и держалась въ продолженіи 5 дней—при изслѣдованіи найденъ эксудатъ въ области перевязаннаго сальника;

въ № 8 cystoma ovarior. duplex, t° въ теченіи первыхъ 3-хъ дней доходила до 38,4, остальное время — нормальная; въ № 16 cystoma ovarii sinistri, suppurat. cystid., начиная съ 4-го дня t° лихорадочная до 38,7 вечеромъ, въ нижнемъ углу раны расхожденіе краевъ, на срединѣ между пупкомъ и symphisis oss. pubis—абсцессъ; на 38-й день больная выписалась здоровой; въ № 17 cystoma ovarii sinistri et fibroid. subserosum, съ 11-го дня больная стала по вечерамъ лихорадить, на 24-й день вскрылся абсцессъ въ нижнемъ углу раны; въ № 22 cystoma ovarii sinistri, съ 4-го до 29-го дня кривая t° представляется лихорадочной, съ вечерними повышеніями и съ рѣзкими утренними паденіями. У больной былъ найденъ бронхитъ. На 4-мъ швѣ снизу, образовался абсцессъ, который въ скоромъ времени вскрылся, на мѣстѣ его остался фистулезный ходъ, черезъ который выдѣлялся гной и на 65-й день послѣ операціи вышла шелковая лигатура. Въ правомъ, переднемъ и заднемъ сводахъ значительный экссудатъ. Выписалась изъ клиники на 133-й день послѣ операціи; въ № 25 cystoma ovarii sinistri colloid., съ 2-го до 7-го дня t° колебалась между 37,6—39,4°; на 7-й день пришла къ нормѣ. Позади матки въ лѣвой широкой связкѣ малоболѣзненный, плотный, небольшой экссудатъ; № 26 cystoma ovarii sinistri, послѣ операціи 2 эпиллептическихъ припадка, повышеніе t° во время него до 40°, въ № 32 cystopapilloma ovarior. duplex et hydrosalpinx duplex, t° въ продолженіи 10-ти дней лихорадочная (37,8—38,3°), все время сильная рвота, остановившаяся послѣ употребленія горячихъ душъ; въ правомъ и лѣвомъ сводахъ при выпискѣ найдены небольшой величины экссудаты; въ № 37 t° лихорадочная первые три дня; въ № 38 cystoma ovarii et parovarii dextri et prolapsus uteri, въ первые 4 дня t° нѣсколько разъ поднялась до 38,3, остальное время t° нормальная; въ № 42 cystoma ovarii dextri, однократное повышеніе t° на 3-й день до 38,1°.

Швы сняты въ громадномъ большинствѣ случаевъ на 10-й день, 2 раза на 9-й, 1 разъ на 11-й и 1 разъ на 15-ый (маточные швы).

Больныя вставали съ постели на 15-ый, на 28-ой день, въ среднемъ на 18-й день.

Рана зажила почти во всѣхъ случаяхъ, исключая вышеупомянутыхъ, prima intentio.

Число дней, проведенныхъ больными въ клиникѣ, было наименьшее 19 и наибольшее 133 дня.

отъ	20	до 25	дней	16 больныхъ.
„	26	„ 30	„	12 „
„	31	„ 35	„	6 „
„	36	„ 40	„	3 „
	43		дня	1 больная.
	50		дней	1 „

Изъ этой таблицы видно, что чаще всего больныя выписывались на 20, на 30 день.

Исходъ операціи былъ во всѣхъ случаяхъ благопріятный, больныя поправились.

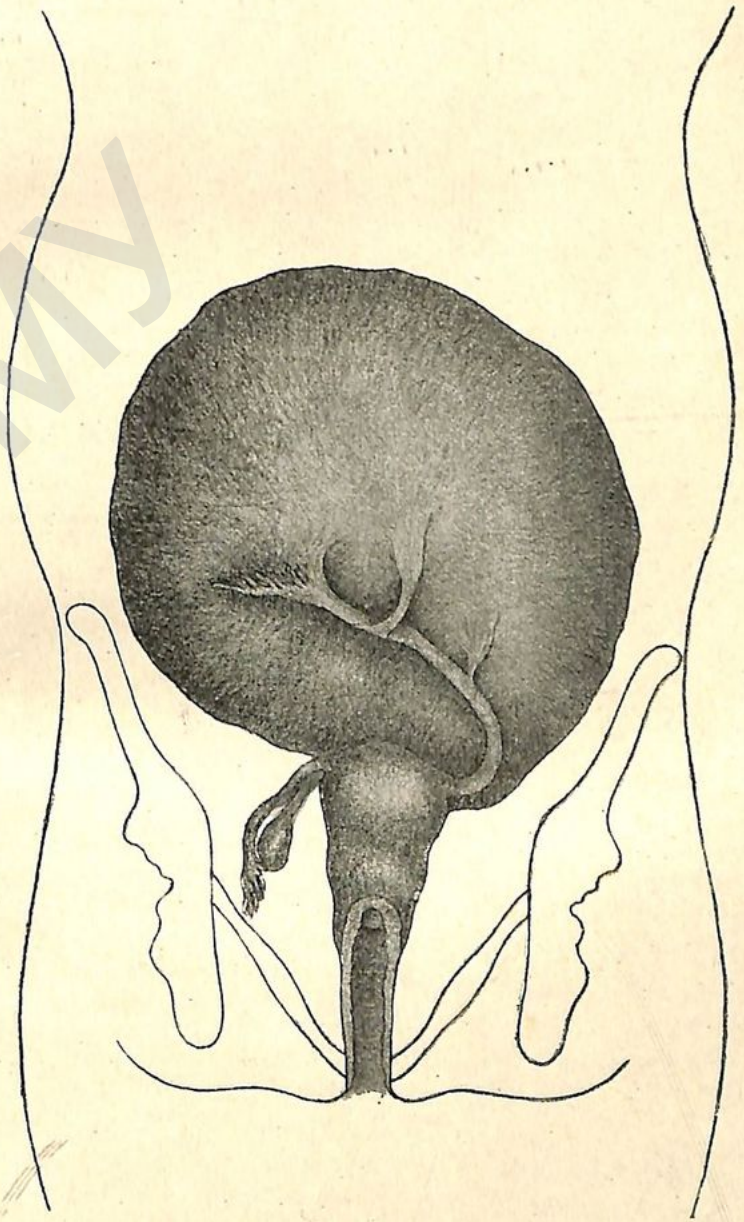
Смертность по статистикѣ Hofmeier'a при овaріотоміяхъ равна 10,7%.

У отдѣльныхъ авторовъ этотъ процентъ значительно меньше, такъ:

L. Tait	на	236	овaріот.	ум.	8	или 3,3%
Рейнъ	„	185	„	„	10	„ 5,4%
Феноменовъ	„	65	„	„	2	„ 3%
Лебедевъ	„	46	„	„	0	„ 0%
Кашкаровъ	„	40	„	„	2	„ 5%

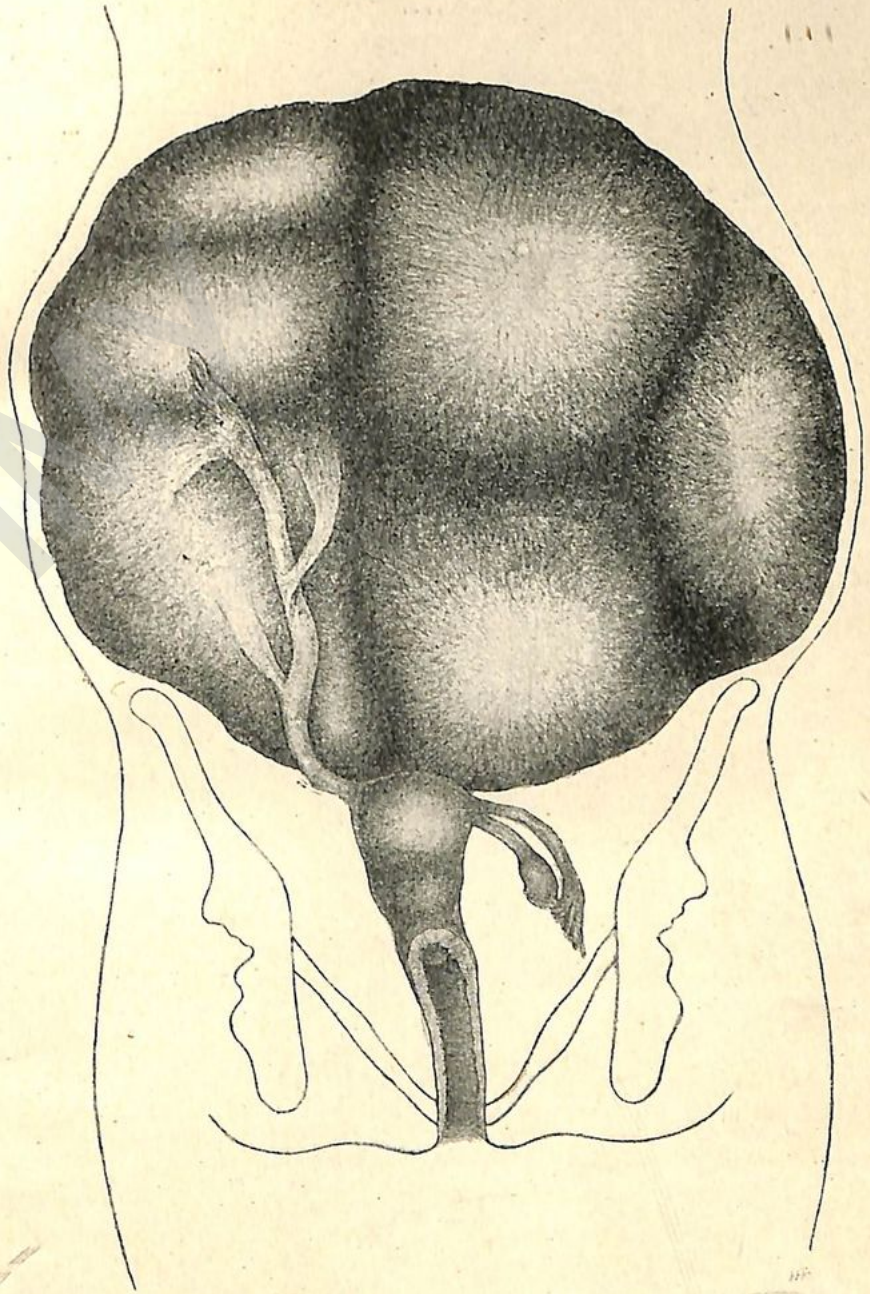
Если взять всю сумму овaріотомій 572, число умершихъ 22 больныхъ, то получимъ 3,8% смертности. На прилагаемыхъ рисункѣ 4-омъ изображена однополостная киста, относящаяся къ случаю 41-му: однополостная киста съ серозно-кровянистымъ содержимымъ; стѣнка по мѣстамъ подверглась мортификаціи. Рис. 5 представляетъ многополостную кисту праваго яичника съ колоиднымъ содержимымъ.

Рис. № 4.



НБ ХНМУ

Рис. № 5.



НБ ХНМУ

ТАБЛИЦЫ.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
1	И. К. солдатка, Новгородской губ. Замужн.	36	11 род. 1 выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ.	Больна 3 года. 6 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила опухоль. Блондинка, средняго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	103	Cystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia, 31 января 1884 г.	12 ctm. 7 глуб. и 11 поверхн. швовъ.		Перевязана въ два пучка шелкомъ, крупные сосуды перевязаны отдѣльно. Перитонеальный покровъ ея соединенъ обвивнымъ непрерывн. шелковымъ швомъ. Ножка опущена въ брюшную полость.	1 ч.	Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. На 10-й день сняты швы,—prima intentio. На 18-й день встала и выписалась на 50-й день послѣ операціи.	Однополостная киста съ гладкими и довольно толстыми стѣнками. Вѣсъ плотной части опухоли 135 grm. Выпущенная жидкость зеленоватаго цвѣта, нейтральной реакціи, уд. в. 1018. Количество ея 3600 к.с.	
2	Х. О. мѣщанка С.-Петерб. губерніи Замужн.	28		Больной считаетъ себя 8 мѣс. Питанія удовлетворительнаго, анемична.	95	Cystoma ovarii dextri colloides.	Ovariotomia 13 февраля 1885 г.	14 ctm. 7 глуб. и 10 поверхн. шелк. швовъ.		Перевязана въ 2 пучка шелкомъ, и кромѣ того наложено еще 3 добавочныхъ лигатуры. Опущена въ полость брюшины.	1ч.20м.	Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. На 10-й день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. На 25-й день выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой.	Киста состояла изъ двухъ полостей, стѣнка ея гладка, средней толщины. Вѣсъ ея безъ содержимаго 810 grm. Выпущенная жидкость коллоиднаго характера; вѣсъ ея 6720 grm.	
3	П. И. мѣщанка Ярослав. губ. Дѣвица.	30		Хвораетъ около пяти лѣтъ. Сначала болѣзнь выражалась болью въ животѣ, всего сильнѣе справа и снизу, сопровождалась иногда тошнотой и рвотой. Три года тому назадъ больная замѣтила въ правой сторонѣ живота подвижную опухоль, которая вначалѣ росла медленно, но въ послѣдній годъ чрезвычайно быстро. Больная сильно исхудала, подкожный жирный слой совершенно атрофированъ. На обѣихъ нижнихъ конечностяхъ отеки.	104	Cystoma ovarii dextri colloides	Ovariotomia 19 февраля 1885 г.	24 ctm. 12 глуб. и 16 поверхн. шелк. швовъ.	Обильныя сращенія, съ париэтальной брюшиной, затѣмъ съ печенью, діафрагмой и особенно плотныя съ сальникомъ.	Ножка перевязана въ два пучка. Опухоль срѣзана ножницами. Послѣ этого на культю наложено еще 2 лигатуры выше первыхъ. Культя опущена въ брюшную полость.	1ч.50м.	Послѣопераціонный періодъ протекъ вполнѣ благопріятно, разъ только t-ра повысилась до 39° на 9 день, и повышеніе держалось 5 дней, а все другое время была нормальна. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. Выписалась изъ клиники на 48-й день, значительно поправившись.	Киста многополостная съ коллоиднымъ содержимымъ. Вѣсъ ея безъ содержимаго 2670 grm. Собрано жидкости 4180 куб. с. Вѣсъ всей опухоли превышалъ 7000 grm., такъ какъ значительное количество жидкости не могло быть собрано.	9-го февраля за 10 дней до операціи былъ сдѣланъ проколъ и выпущено 2400 к. с., для временнаго облегченія больной, такъ какъ по чисто внѣшнимъ причинамъ овріотоміи произвести въ то время было нельзя.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.
4	Д. Д. Жена кассира. Живетъ въ области Войска Донскаго. Замужняя.	24	Беремен. была 1 р. окончилась выкидышемъ на 4-мъ мѣсяцѣ.	Больной себя считаетъ 6 мѣсяцевъ. 3 мѣс. тому назадъ было кровотеченіе, продолжавшееся 3 нед. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее.	96	Cystoma ovarii dextr. colloides.	Ovariotomia 1885. 22 сентября	14 ctm., 11 глуб. 5 поверх. шелков. швов.
5	П. К. крестьянка Ярославской губ. Замужняя.	39		Больна 5 лѣтъ. Больная слабаго тѣлосложенія, плохаго питанія	97	Cystoma colloid. ovarii dextri.	Ovariotomia 1887 г. 10 января.	20 с., 18 шелковыхъ швов.
6	Ф. С. крестьянка Ярославской губ. Незамужняя.	45	Род. 2 р.	Заболѣла $2\frac{1}{2}$ года когда послѣ сильныхъ болей внизу живота, она впервые замѣтила опухоль величиной въ куриное яйцо.	90	Cystoma ovarii dextr. colloid.	Ovariotomia 1887 21 января.	18 с., 8 глу и 4 поверхн. шелк. шва.

Срощенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
	Ножка короткая и широкая перевязана въ 4 пучка и опухоль отрѣзана. Культя опущена въ брюшную полость.	40	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. t^0 за исключеніемъ однократнаго повышенія на 2-й день до 38,4°, все время оставалась нормальной. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. Больная выписалась вполнѣ здоровой.		Операція произведена въ Общинѣ сестеръ милосерд.
Очень плотныя срощенія съ perit. parietale и съ сальникомъ.	Ножка довольно длинная и широкая, перевязана въ два пучка и опущена въ полость брюшины.	35	Безъ осложненій. Выписалась изъ больницы на 45-й день.	Многополостная колоидная киста съ толстыми стѣнками. Вся киста вмѣстѣ съ своимъ содержимымъ вѣсила $\frac{3}{4}$ пуда.	Аневризма восходящей дуги аорты (опер. въ загородной больницѣ).
	Длинная ножка перевязана двумя лигатурами и опухоль срѣзана. Культя опущена въ полость брюшины.	35	Послѣопераціонный періодъ безъ всякихъ осложненій протекъ при нормальной t^0 и пульсѣ. На 10-й день сняты швы—срощеніе раны полное, на 17-й день начала ходить, а на 25-й выписалась изъ клиники здоровой.	Выпущенная во время операціи разрѣзомъ жидкость, темно-коричневаго цвѣта, тягуча; въ размѣрѣ 3000 куб. с. Стѣнка кисты средней толщины, гладка. Вторичныхъ полостей нѣтъ. Вѣсъ кисты съ ея содержимымъ около 3300 grm.	

№ № по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчаніе.
7	М. Г. дворянка. Тифлисъ. Дѣвица.	20		Съ 17 лѣтъ регулы стали болѣзненны, отъ чего она лечилась грязевыми ваннами въ Франценсбадѣ. Съ этого времени больную часто безпокоили боли внизу живота, отдающія въ ноги. Въ сентябрѣ боли эти настолько обострились, что больная лежала въ постели; такое же обостреніе было и въ апрѣлѣ 1887 г. Жалуется на боли внизу живота, больше слѣва и частые позывы къ мочеиспусканію. Тѣлосложеніе и питаніе хорош., малокровна.	79	Cystoma ovarii sinistri colloides.	Ovariotomia 1887 3 октября.	19 с. 14 г. швовъ.	Сращеніе въ маломъ тазу, съ передней брюшной стѣнкой и сальникомъ.	Ножка перевязана въ 2 пучка опухоль отрѣзана и культя опущена въ брюшную полость.	55	Послѣопераціонный періодъ прошелъ при нормальной t° и пульсѣ. На 11-й день сняты швы—сращеніе полное. На 18-й день начала ходить, а на 24 выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль однополостная киста съ довольно толстыми стѣнками, наполненная коллоидной жидкостью темно-шоколаднаго цвѣта—170 к. с. Вѣсъ кисты 177 grm.	При изслѣдованіи казалось, что опухоль принадлежала правой сторонѣ, при операціи же найдено, что она принадлежитъ лѣвому яичнику.
8	А. Ф. крестьянка Тверск. губ. Замужн.	46	Род. 8 разъ.	Жалуется на опуханіе живота, періодическія боли въ поясницѣ и животѣ, преимущественно снизу и слѣва. Средняго роста и тѣлосложенія плохаго питанія.	71	Cystoma ovariorum duplex colloid.	Ovariotomia. 1887. 21 октября.	18 с. 15 г. швовъ.	Сращенія съ кишками свѣжими ложными перепонками. Правая опухоль лежала окутанная ложными перепонками въ заднемъ дуглассовомъ пространствѣ.	Id.	48	Вполнѣ благопріятное, кромѣ вечернихъ повышеній t° въ первые 3 сутокъ до 38,4°. Выздоровленіе больной не представляло никакихъ особенностей.	Жидкость коллоидная щелочной реакціи, уд. вѣсъ 10,20. Количество собранной жидкости 650 к. с. Вѣсъ кисты. 780 grm.	Ножка лѣвой кисты была перекручена въ 1½ оборота.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
9	А. И. мѣщанка Петербургской губ.	49		Лѣтъ 8 тому назадъ регулы стали появляться чаще: черезъ 2 недѣли по 6—7 дней, но общее количество крови терялось при этомъ меньше. Въ продолженіи послѣднихъ 5 лѣтъ страдала постоянными потерями крови, причемъ раза три бывали сильныя кровотеченія. Послѣднее кровотеченіе было въ сентябрѣ мѣсяцѣ настоящаго года. Передъ этимъ дня за три сильныя боли въ поясницѣ. Съ того времени въ небольшомъ количествѣ крови отдѣляются ежедневно. Брюнетка средняго роста и тѣлосложенія, слабаго питанія, анемична.	69	Cystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 1887. 10 октября.	15 с., 15 гл. шелков. ш.	Сращенія съ кишками, съ peritoneum parietale и Фаллопіевой трубой (абдоминальн. концомъ). При отдѣленіи сращеній произошелъ разрывъ стѣнки опухоли.	На ножку, въ составъ которой вошелъ абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы, наложено двѣ лигатуры и опухоль срѣзана.	40	Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій, t° на 4-й день поднялась до 38,7°, все остальное время была нормальна. Швы сняты на 10-й день сращеніе полное, на 20-й день встала съ постели, а на 37-й выписалась изъ клиники.	Опухоль состоитъ изъ 2-хъ отдѣловъ. Оба отдѣла представляютъ собою полости, изъ которыхъ большая имѣетъ 9 ctm. въ длину, 6 ctm. въ ширину; меньшая 4 въ длину и 3 ctm. въ ширину. Ножка была прикрѣплена къ большему отдѣлу опухоли. Содержимое рыхлое, желтоватаго цвѣта.	
10	Н. Т. солдатка, уроженка г. Петербурга. Замужняя.	48	Род. 8 разъ.	Мѣсяцъ тому назадъ появились боли внизу живота слѣва и замѣтила опухоль въ этой-же области. Жалуется на сильныя боли внизу живота, опухоль, одышку, и общую слабость.	93	Cystoma multilocularis colloides ovarii sinistri. Post operationem: Myxocystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia 1887. 18 ноября.	20 ctm. глуб. шелк. шва.	Съ кишками и peritoneum parietale правой стороны.	id.	45	Благопріятное. t° только въ первые часы поднималась до 38—38,3°, все остальное время была нормальна. На 10-й день сняты швы—сращеніе полное. На 20-й день больная встала съ постели, а на 25-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Форма опухоли напоминаетъ громадно увеличенный яичникъ. Длина его 22, ширина 20 ctm. Вѣсъ 4010 grm. При разрѣзѣ она состоитъ изъ массы мелкихъ полостей наполненныхъ слизистымъ тягучимъ, совершенно прозрачнымъ секретомъ. Подъ микроскопомъ форменныхъ элементовъ въ этомъ секретѣ не найдено. Двѣ наибольшія полости были наполнены зеленоватымъ и болѣе жидкимъ содержимымъ; этой жидкости выпущено 960 к. с.	

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ cim.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжи-тельность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
11	А. П. крестьянка Петербург-ской губ. Дѣвица.	25		Заболѣла 8 лѣтъ тому назадъ, когда впервые стала замѣчать увели-ченіе живота, которое прогрессировало съ каждымъ годомъ. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, хорошаго пи-танія	101	Cystoma ova-rii sinistri multiloculа-ris colloides et cystoma ovarii dextri colloides.	Ovariotо-mia. 1888 13 февраля.	22 с.; 25 гл. шелков. шв.	Сращенія правой опухоли съ задней поверхн. матки.		55 м.	Послѣопераціонное со-стояніе безъ осложне-ній; на 11-й день сня-ты швы—первое на-тяженіе; на 17-й день начала ходить, на 30 выписалась изъ кли-ники.	Большая лѣвая опу-холь представляетъ изъ себя кисту, состо-ящую изъ многихъ по-лостей, наполненныхъ колоидным содержи-мымъ. Размѣры ея: длина 37 ширина 26, толщина 15ctm. Вѣсъ 6450 grm. Меньшая опухоль вѣ-сомъ въ 700 grm. представляла одно-полостную кисту съ колоиднымъ содержи-мымъ.	
12	М. Ф. мѣ-щанка. Эстляндск. губ. Замужн.	37	1 берем. окон-чивш. выкиды-шемъ на 3-мъ мѣс. беременн.	Жалуется на опухоль въ животѣ и на маточныя кровотеченія, появившіяся 5 мѣся-цевъ т. н., исхуданіе, упадокъ силъ, боли подъ ложечкой, по вре-менамъ сильно ожe-сточающіяся и доводя-щія до желчной рвоты, запоры, частые позы-вы на мочеиспусканіе. Блондинка, небольшаго роста, слабаго тѣло-сложенія, крайне исто-щенная.	82	Fibromyoma uteri interstiti-ale, cystoma ovarior. dupl. peritonitis par-tialis.	Ovariotо-mia dup-lex. 1888. 27 февраля.	18 с. 19 швов.	Сращеній не было.	Ножка прав. опу-холи перевязана въ два пучка, лѣвой-же въ три пучка, т. к. ножка была шире и опухоль си-дѣла интралига-ментарно.	50 м.	Въ первые три дня t° не превышала 38°, а затѣмъ упала до нор-мы. Кромѣ медленнаго улучшенія общаго со-стоянія, выздоравли-ваніе было задержано развившимися у нея поносами. На 30-й день выпи-салась изъ клиники.	Правая киста, величи-ной съ голову 8-ми мѣс. утроб. плода, представляла многопо-лостную опухоль; со-держимое полостей се-розное; ткань кисты вездѣ отечна и очень рыхла, что зависѣло отъ нарушенія крово-обращенія въ ножкѣ ея. Лѣвая киста вели-чиной съ апельсинъ, по поверхности ея проходитъ фаллопіева труба;—содержимое ея серознаго характе-ра. Къ поверхности кисты прилежитъ зна-чительно сохранившій-ся яичникъ, въ ткани котораго находится свѣжее желтое тѣло.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
13	Д. Н. крестьянка Ярославск. губ. Дѣвица	21		Больна 10 мѣс. Жалуется на увеличеніе живота, тяжесть, одышку. 10 мѣс. т. н. почувствовала сильную боль въ животѣ и съ тѣхъ поръ замѣтила быстрый ростъ его. Брюнетка средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	99	Cystosarcoma ovarii dextri на основаніи присутствія асцита въ полости живота Post operationem: Cystoma ovarii dextri coll. ruptura Cystidis. Peritonitis chr.	Ovariotomia 1888. 20 марта.	24 с. 25 швовъ	Сращеніе съ сальникомъ было перерѣзано послѣ перевязки лигатурами		50 м.	Кромѣ незначительнаго повышенія t° въ первые часы послѣопераціоннаго періода и однократнаго повышенія ея до 38,6° послѣ снятія швовъ, выздоравливаніе больной прошло вполнѣ гладко. Швы сняты на 10-й день—первое натяженіе, а на 20-й больная выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль состоитъ изъ мелкихъ полостей наполненныхъ густой коллоидной жидкостью. Вѣсъ ея 3570 grm. Опухоль состоитъ изъ двухъ большихъ отдѣловъ раздѣленныхъ глубокой бороздой, въ которой помѣщается Фаллопіева труба. На передне-лѣвой поверхности опухоли находится круглое отверстіе 5 ctm. въ діаметрѣ. Оно ведетъ въ довольно обширную порожнюю полость.	Жидкость въ брюшной полости найдена не серозная, но болѣе густой консистенціи, желтоватаго цвѣта.
14	Ф. О. дворянка, уроженка Моск. губ. Замужняя.	30	Рожала 4 раза вполнѣ нормально-	1/2 года тому назадъ замѣтила опухоль живота. Съ этого же времени появились боли въ лѣвой пахов. области. Шатенка, средняго тѣлосложенія, высокаго роста, хорошаго питанія.	106	Cystoma ovarii sinistri colloides multilocularis	Ovariotomia 1888. 12 ноября.	Дл. 23 с. 2 шелк. швовъ	Сращенія были съ передней брюшной стѣнкой на всемъ протяженіи опухоли и очень прочныя съ сальникомъ.		40 м.	Послѣопераціонный періодъ, за исключеніемъ однократнаго повышенія t° до 38,2° на 2-й день послѣ операціи, прошелъ вполнѣ нормально. На 10-й день сняты швы—полное сращеніе; на 16-й день встала съ постели, а на 30-й выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль представляетъ изъ себя многополостную кисту, причемъ наибольшая полость занимаетъ переднюю часть опухоли, задняя часть, а равно верхняя состоитъ изъ мелкихъ полостей. Содержимое коллоидное съ уд. в. 1021. Вѣсъ плотной части опухоли 3370 grm.; количество выпущенной жидкости 9500 куб. с. Общій вѣсъ опухоли 12870 grm.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm.	Распознаваніе. (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжи-тельность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
15	А. Б. мѣщанка. Замужн.	33	9 родовъ и 2 выкидыша.	Больна 7 мѣс. Захво-рала послѣ послѣднихъ родовъ 7 мѣс. т. н.; послѣ родовъ пролежа-ла въ постели 6 нед., когда въ первый разъ обратила вниманіе на чрезмѣрную величину живота. Во время бе-ременности животъ былъ очень большой и на немъ ясно замѣ-чалась борозда.	86½	Cystoma ova-rii dextri col-loides multi-loculoris.	Ovariotomia 1888. 2 октября.	21 с. 24 глуб. 23 поверхн.	Сращенія peri-toneum parietale съ передней поверх-ностью опухоли вы-ше и ниже пупка, а также очень плот-ныя съ сальникомъ и colon transver-sum.		55 м.	Послѣопераціонное те-ченіе безъ осложненій; въ теченіи только пер-выхъ сутокъ и на утро вторыхъ t° вы-шла изъ предѣловъ нормы (до 38,2°). На 10-й день сняты швы—первое натяженіе; на 21-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль многополост-ная киста яичника, на-полненная коллоид-нымъ содержимымъ, состоитъ изъ мелкихъ полостей отъ горошины до грецкаго орѣха ве-личиной. Вѣсъ съ жидкостью ра-венъ 4300 grm., безъ нея 3630 grm. Длина 28, ширина больш. отдѣла 20, меньшаго отдѣла 13 ctm., высо-та 15 с.	Ножка кисты была перекру-чена въ ½ обо-рота.
16	П. У. мѣщанка.	24	Род. 4 раза послѣдн. роды 6 нед. т. н.	Больна 1 годъ Больная—шатенка, средняго роста, плоха-го питанія.	98	Cystoma ova-rii sinistri sup. puratio cy-stidis.	1889 г. 14 января.	22 с. 18 швов	Очень плотныя сро-щенія съ perit. pa-rietale et visce-rale.	Ножка перевязана 2 двойными лига-турами.	50 м.	Теченіе лихорадочное. Выписалась на 38 д. послѣ операціи.	Опухоль величиной съ голову взрослаго чело-вѣка, бугристая много-полостная киста. Вѣсъ опухоли рав. 460 grm. (плотной части). Изъ 4-хъ маленькихъ кистъ, только въ одной было гнойное, а въ другихъ коллоидное содержимое.	
17	О. Л. дворянка. Живетъ въ Петербургѣ Незамужн.	49		Больна три года, опу-холь замѣтила 2 года т. н. Брюнетка, сред-няго роста и тѣлосло-женія, представляетъ изъ себя очень худаго истощеннаго субъекта.	104	Cystoma ova-rii sinistri mul-tiloc. colloides et fibroid. subseruin uteri.	Ovariotomia sinis-tra 1889 г. 22 февраля.	5 ctm. 25 г. шелк. швовъ	Сращенія съperito-neum parietale по всей поверхности опухоли.	На ножку толщи-ною въ палецъ бы-ла наложена двой-ная шелковая ли-гатура и завязана въ 2 пучка. Опу-холь отрѣзана ножницами.	50 м.	Первые 10 дней те-ченіе безлихорадочное; на 10-й день сняты швы—первое натяже-ніе. Начиная съ 11-го дня больная начала ли-хорадить, на 21-й вскрылся небольшой нарывъ въ нижнемъ углу раны; на 42 д. выписалась изъ кли-ники здоровой.	Опухоль многополост-ная киста съ коллои-днымъ содержимымъ состоитъ изъ двухъ отдѣловъ: лѣваго ки-стовиднаго и праваго плотнаго бугристаго. При разрѣзѣ плотной части находимъ массу мелкихъ полостей. Вѣсъ съ оставшейся жидкостью 2830 grm. (Жидкость выпущен-ная троакаромъ при операціи—не измѣре-на. Жидкость кофей-наго цвѣта, тягуча. Подъ микроскопомъ — коллоидные шары и форменные элементы.	Субсерозные фиброиды оставлены in situ, т. к. во время операціи пульсъ у больной упалъ и надо было то-ропиться кончить операцію. За 3 дня до опе-раціи выпущено аппаратомъ Діелафуа 1400 к. с., кофейнаго цвѣта жидкости изъ кисты.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе. (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
18	Е. К. Дѣвица.	29		Больна три года. Жалуется на сильныя боли внизу живота. Шатенка, средняго роста и питанія	86	Cystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 1889 5 марта.	20 с. 19 глуб. шелков. швовъ.		id.	30	Безъ осложненій. Выписалась на 23-й день послѣ операціи.	Однополостная киста съ серознымъ содержимымъ.	
19	М. С. крестьянка. Новгор. г. Замужняя	30		6 лѣтъ какъ замѣтила опухоль величиной съ яблоко. 3 года т. н. появились боли въ правой сторонѣ. Больная средняго роста, умѣреннаго питанія, анемична. Опухоль въ животѣ замѣтила 5 мѣс. т. н., боли внизу живота только послѣднюю недѣлю.	78	Cystoma ovarii sinistri et salpingoophoritis dextra.	Ovariotomia 1889 28 марта.	14 с. 12 швовъ.	Не было.	id.	30	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. На 15-й день встала съ постели, а на 19-й выписалась изъ клиники здоровой.	Во время операціи выпущено 550 к. с. серозной жидкости. Опухоль однополостная киста лѣв. яичника. Стѣнки тонкія и гладкія.	Правую фаллопіеву трубу удалить не удалось, вслѣдствіе значительныхъ сращеній и слабости больной.
20	Х. Д. И. мѣщанка. Замужняя. (Операція въ Рожд. городской больницѣ.	50	Родила 1 р. Выкид. 2 р. Послѣдн. роды 33 г. т. н.	Больная крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.		Cystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia 1889. 29 апрѣля.	18 с. 18 глуб. шелков. швовъ.	Не было.	id.	30	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. На 9-й день сняты швы—первое натяженіе. На 22-й день послѣ операціи выписалась здоровой.	Многополостная киста лѣваго яичника, мѣстами пронизана папилломатозными разрощеніями. Величиной съ голову взрослаго человѣка.	
21	Е. П. дворянка Тверской губ. Замужняя.	60	Беременност. 4. Род. 1 разъ въ срокъ и 3 раза на 8 мѣс.	Первые признаки настоящей болѣзни замѣтила 11 лѣтъ, когда впервые прощупала въ животѣ болѣзненную, небольшую опухоль съ куриное яйцо; въ продолженіи 4 лѣтъ она достигла большихъ размѣровъ, но затѣмъ, послѣ паденія больной, она постепенно стала уменьшаться и достигла прежнихъ размѣровъ; черезъ 4 года она опять стала расти. Блондинка, слабаго тѣложенія, сильно истощенная особа.	? 98	Cystoma ovarii sinistri colloides.	Ovariotomia 3 окт. 1889 г.	17 с., 16 глуб. швовъ.	Съ peritoneum parietale.	id.	25	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій На 10-й день сняты швы prima intentio; на 18-й день встала съ постели, а на 27 выписалась изъ клиники здоровой.	Количество выпущенной при операціи жидкости 7600 к. с. Вѣсъ плотной части опухоли 525 grm. Киста однополостная коллоидная. Стѣнки ея тонки на внутренней поверхности, по мѣстамъ находятся и папилломатозныя разрощенія.	

НБ ХНМУ

№ № по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Срощенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
22	В. Б. дворанка Тверской губ. Замужн.	37	Род. 2. Выкидышъ 1 на 3-мъ мѣсяцѣ.	Заболѣла 6 мѣсяцевъ т. н. Опухоль замѣтила 3 м. Шатенка, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія.		Cystoma ovarii sinistri multiloculare colloides.	Ovariotomia 11 окт. 1889 г.	14 с., 14 шв	Плотныя, сплошныя срощенія между опухолью и peritoneum parietale, съ сальникомъ и кишками.	Ножка толщиной въ мизинецъ перекручена. Перевязана, въ два пучка. Опухоль отрѣзана.	35	Послѣопераціонное теченіе осложнилось образованіемъ абсцесса и свища въ швѣ (на 4-мъ снизу) и выпота въ брюшину около матки. t° нѣкоторое время была лихорадочная. Сняты швы на 10-й день, а на 110-й выписалась изъ клиники значительно поправившись.	Опухоль многополостная. Киста лѣваго яичника, величиной въ дѣтскую голову; 3 полости величиной въ апельсинъ, остальныя меньшія. Стѣнки неравномѣрной толщины, отечны.	Содержимое кисты шекладнаго цвѣта было настолько густо, что не выдѣлялось черезъ троакаръ: пришлось сдѣлать разрѣзъ и удалить содержимое руками и губками.
23	С. Замужняя. (Опер. въ частной лечебницѣ).	40	Много рожавш.	Нѣсколько лѣтъ. Истощена, лихорадитъ.		Cystoma ovarii sinistri, suppuratio cystidis.	Ovariotomia 10 янв. 1890 г.				35	Безъ осложненій. Встала на 23 день.	Однополостная киста лѣваго яичника съ гнойнымъ содержимымъ.	
24	А. С. крестьянка Тверск. губ. Замужн.	46	Род. 3 р.	10 лѣтъ т. н. больная случайно нащупала у себя опухоль съ куриное яйцо, немного болѣзненную при давленіи, не безпокоившую больную. 3 года т. н. появилась тяжесть внизу живота и періодическія боли. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія.		Cystoma ovariorm dupl. colloides.	Ovariotomia 13 янв. 1890 г.	19 с. 17 глуб. и 4 пов. шелковыхъ шва.	Плотныя срощенія правой опухоли съ peritoneum parietale, маткой и мочевымъ пузыремъ. При ручномъ отдѣленіи срощенія между опухолью и мочевымъ пузыремъ, послѣдній разорвался, при чемъ образовался разрывъ, длиной въ 6 с., который зашитъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ.	Правая опухоль ножки не имѣла и питалась на счетъ срощеній съ мочевымъ пузыремъ. Ножка-же лѣвой опухоли перевязана въ 2 пучка и опухоль отрѣзана.	55	Послѣопераціонный періодъ протекъ при нормальной t° и пульсѣ. На 10-й день сняты швы — первое натяженіе. На 22-й день встала съ постели, а на 33-й выписалась здоровой.	Правая опухоль принадлежала правому яичнику вѣсомъ въ 372 grm., 13 с. длины и 10 ширины; представляетъ многополостную коллоидную кисту. На внутренней поверхности во многихъ мѣстахъ встрѣчаются сосочковыя разращенія. Лѣвая опухоль такого же характера, вѣситъ 382 grm., 10 с. въ длину и ширину.	

НБ КНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен. постей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ стп.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
25	О. Д. Мѣщанка Тверской губ. Дѣвица.	42		5 лѣтъ, какъ замѣтила опухоль, величиной въ кулакъ въ животѣ въ правой паховой области. Сначала она росла тихо и была подвижна, но послѣ того, какъ она перемѣстилась въ лѣвую сторону (1 годъ т. н.) она стала расти весьма быстро. Блондинка, средняго роста, сильно истощена.	95	Cystoma ovarii sinistri multiloculares colloid.	Ovariotomia 3 мрт. 1890 г.	20 с. 23 ше шва.	Сращенія съ сальникомъ и peritoneum parietale.		35	Первые 7 дней больная лихорадила (37,6°—39,4°). На 10-й день сняты швы—рана зажила первымъ натяженіемъ. На 27-й день встала съ постели, а на 32 день выписалась изъ клиники здоровой.	Вѣсъ опухоли вмѣстѣ съ частью жидкости равн. 3400 grm., дл. 20, шир. 18 сант. Опухоль многополостная киста, наполненная тягучею, малопрозрачною жидкостью. Стѣнки малососудисты, гладки.	При выпискѣ найденъ позади матки, въ лѣвой широкой связкѣ, небольшой плотный параметритическій экссудатъ, малоболѣзненный.
26	О. М. Мѣщанка гор. Ревеля. Дѣвица.	21		1-е появленіе регулъ (16-ти лѣтъ) сопровождалось явленіями умопомѣшательства буйнаго характера. Съ 11 лѣтъ страдаетъ припадками эпилепсіи. Опухоль замѣтила въ концѣ 1888 г. Въ декабрѣ 1889 г. въ первый разъ начала страдать отъ сильныхъ болей въ лѣвой паховой области, которыя особенно сильны бываютъ передъ регулами. Шатенка, средняго роста, достаточняго питанія.		Cystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia 17 нбр. 1890 г.	12 с. 12. г. шелк. швов			30	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. На 9-й день сняты швы—первое натяженіе. На 36-й день выписалась здоровой.	Опухоль величиной въ два кулака, однополостная, тонкостѣнная киста лѣваго яичника съ прозрачнымъ содержимымъ серознаго характера. Вѣсъ мѣшка 20 grm. Количество жидкости равн. 300 к. с.	

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
27	Л. К. Мѣщанка гор. Гельсингфорса. Замужняя.	57	Род. 1 р. 36 л. т. н.	Опухоль замѣтила 3 м., которая быстро стала расти. Блондинка крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Въ клиникѣ до операціи у больной было наблюдаемо слѣдующее: повышеніе t° (38,4°—39,5°), болѣзненность опухоли, вздутіе живота (явленія мѣстнаго перитонита).		Cystoma ovarii sinistri и перекручиваніе ножки.	Ovariotomia 3 нбр. 1890 г.	20 с., 15 глуб. шелк. швовъ.	Сращенія съ peritoneum parietale.	Ножка, состоящая изъ lig. ovarii et tub.fallop.sinistri была перекручена 5 разъ. Перевязана въ два пучка и опущена въ брюшную полость.	30	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. На 9-й день сняты швы—первое натяженіе, только въ двухъ нижнихъ швахъ замѣчается поверхностное нагноеніе. На 27-й день выписалась вполнѣ здоровой.	Однополостная киста лѣваго яичника. съ серознымъ содержимымъ. Вѣсъ кисты безъ жидкости равн. 270 грм. Количество выпущенной жидкости равн. 1100 к. с.	
28	Х. В. Мѣщанка. Замужняя.	28	Род. 4 р. Выкидышъ 5 р. Послѣдн. разъ вык. 1 годъ. т.н.	Больная страдала постоянно изжогой и рвотой вначалѣ всѣхъ беременностей. Около года т. н., послѣ послѣдняго выкидыша лечилась отъ retroversio и носила кольцо. Жалуется на общую слабость, тошноту, головокруженіе, боли подъ ложечкой и отсутствіе регулъ 8 недѣль. Больная высокаго роста, слабаго тѣлосложенія, худая, анемичная особа.		Cystoma ov. sinistri et gravid. uterina 3-й. мѣсяцъ.	Ovariotomia 22 нбр. 1890 г.	14 с., 14 глуб. шелк. швовъ.			20	Безъ осложненій. На 5-й день абортъ. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. На 21-й день выписалась здоровой.		
29	Н. Р. Мѣщанка. Замужняя.	30		Опухоль замѣтила 3 года. Блондинка, средняго питанія, очень малокровная.		Cystoma ovarii sinistri multiloc. colloid.	Ovariotomia 14 окт. 1890 г.	15 с., 12 глуб. шелк. швовъ.	Сращенія съ петлями тонк. кишекъ.	Ножка была перекручена 2 раза, слѣва направо. Перевязана лигатурой и опухоль отрѣзана.	20		Опухоль многополостная киста съ коллоиднымъ содержимыми и папиллярными разрощеніями на ея перекладинахъ. Часть стѣнки кисты уже омертвѣла.	Операція въ лечебн. женщинъ - врачей.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
30	Ф. Замужн.	50	Рожала.	3 года. Весьма истощена.		Cystoma ovar. duplex. Post. operationem cystopapilloma ovar. dupl.	Ovariotomia 15 іюля 1890 г.		Сращеній мало.	Id.		Безлихорадочное. Встала съ постели на 24-й день.		Въ одномъ мѣстѣ папиллярныя разращенія проросли стѣнку кисты.
31	К. Д. Дворянка Екатеринос. губ. Замужн.	52	Род. 8 р. Вык. 1 р. На 3-мъ мѣс. бер.	Жалуется на увеличеніе живота и опухоль, время появленія которой не помнитъ. Чувствуетъ себя сравнительно хорошо, только при ходьбѣ бываетъ одышка.	115	Cystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 16 янв. 1891 г.	15 с., 17 глуб. шелк. швовъ		Ножка довольно широкая, перевязана въ 2 пучка, перерѣзана и опущена въ полость брюшины.	25	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. На 26-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Удаленная опухоль тонкостѣнная, однополостная киста лѣваго яичника; въ одномъ мѣстѣ имѣется на ней распластанный атрофированный яичникъ, отъ него тянется Фаллопіева труба, длиной около 28 сант. Вѣсъ опухоли-мѣшка 132 грм. Количество выпущенной жидкости 8000 к. с., удѣльн. вѣсъ 1005.	
32	А. Н. Жена купца гор. Петербурга.	36	Род. 1. Вык. 1 р. 10 л. т. н.	Больна 3 года. Блондинка, плохаго питанія.		Cystoma ovar. duplex. Post operationem: cystopapilloma ovarii sinistr. et cystopapilloma intralig. dextrum et hydrosalpinx duplex.	Ovariotomia 1 февраля 1891 г.	21 с., 16 глуб. и 2 пов. швовъ	Сращеніе съ тазовой брюшиной.	Ножка лѣвой опухоли перевязана въ два пучка, правой въ 4 пучка.	40	Сильная рвота въ продолженіи двухъ недѣль и повышеніе t°. На 30-й день выписалась.	Лѣвая опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопіевой трубы и яичника, мѣстами папиллярно; мѣстами кистовидно перерожденнаго. Папиллярныя разращенія занимаютъ переднюю и верхнюю поверхность яичника. Величиной съ кулакъ. Правая опухоль съ голову новорожденнаго; по всей почти внутренней поверхности кисты разсѣяны папиллярныя разращенія.	Въ настоящее время больная чувствуетъ себя отлично.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ стп.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжи-тельность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
33	С. Б. Дво-рянка. Замужн.	43		Заболѣла 9 лѣтъ т. н. Опухоль замѣтила 6 л. т. н. Брюнетка, роста выше средняго, крѣпкаго тѣлосложенія, доста-точнаго питанія.	84	Fibromyoma uteri interst. et cystoma ovarii sinistri.	Ovariotomia dupl. 30 марта 1891 г.	16 с., 15 гл. шелк. швовъ.		id.	30	Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій; на 10-й день сняты швы—первое натяженіе; на 19-й день больная выписалась изъ клиники.		
34	Л. Жена банкира.	34		Больна нѣсколько лѣтъ. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія		Cystoma ovarii dextri multilocular.	Ovariotomia 4 апр. 1891 г.			id.	40		Опухоль—многополостная киста праваго яичника овоидной формы, величиной съ голову 8-ми мѣсячнаго плода. Вѣситъ вмѣстѣ съ ея содержимымъ 1030 грм.	Операція въ частной квар-
35	Е. Ш. вдова купца, Новгор. губ.	54		Въ началѣ августа 1890 г. впервые почувствовала тяжесть внизу живота, иногда ноющія боли въ правой паховой области и слабость въ ногахъ. Въ декабрѣ 1890 замѣтила увеличеніе живота и ноющія боли въ лѣвой ногѣ, частые позывы на мочеиспусканіе и обильное отдѣленіе слизистыхъ бѣлей. Больная очень плохаго питанія.	48	Cystoma ovarii dextri multilocular. colloides.	Ovariotomia 28 окт. 1891 г.	15 с., 17 швовъ.	Съ peritoneum parietale съ colon ascendens и transverum, съ сальникомъ.	Ножка состоитъ изъ lig. ovari и фаллопіевой трубы; перевязана въ 2 пучка.	40	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы. На 42-й день выписалась изъ клиники здоровой. (Задержалъ больную въ клиникѣ furunculus около задняго прохода).	Опухоль — киста, состоящая изъ одной большой полости. содержащей до 9000 к. с. коллоидной жидкости, темно-шоколаднаго цвѣта и другихъ, гораздо меньшихъ размѣровъ, полостей. Количество выпущенной жидкости 10000 к. с. Вѣсъ плотной части опухоли равн. 875 грм.	
36	К. Щ. крестьянка Новгор. губ. Замужн.	30	Род 3. р. Вык. 1 р. Послѣдніе роды 7 л. т. н.	Больная 2 года т. н. замѣтила опухоль величиной съ кулакъ. Больная плохаго питанія.	105	Cystoma ovar. dext. multilocularis.	Ovariotomia 2 нбр. 1891 г.	25 с., 22 гл. шелк. шва	Срощеніе съ perit. брюшной стѣнки съ сальникомъ, съ грудобрюшною преградой.	id.	38	Безъ осложненій. На 22-й день выписалась здоровой.	Многополостная киста праваго яичника, наполненная серозно-кровянистымъ содержимымъ. Вѣсъ кисты вмѣстѣ съ жидкостью 12510 грм. Вѣсъ мѣшка 5675 грм.	

НБ ХНМУ

№ № по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ стм.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчаніе.
37	А. Г. Мѣщанка С.-Петербурга. Замужн.	39	Род. 3 р. Вык. 1 р. 11 лѣтъ т. н.	Въ іюлѣ 1891 г. замѣтила опухоль. Вскорѣ послѣ этого появилось непріятное ощущеніе давленія въ тазу, боли въ области крестца.	95	Cystoma ovar. sinistri multilocularis.	Ovariotomia 19 дкб. 1892 г.	14 с., 11 гл. и 1 пов. ш.	Сращенія съ сальникомъ.		24 м.	Безъ осложненій. На 32-й день выписалась здоровой.	Опухоль — многополостная киста лѣваго яичника имѣетъ одну большую полость и много малыхъ, разныхъ величинъ. Поверхность опухоли гладкая, стѣнки тонки и малососудисты. Жидкость серозная, прозрачная, желтаго цвѣта, уд. в. равн. 1.021, количество 6 фунтовъ.	
38	А. С. Мѣщанка Ярославск. губ. Замужн.	45	Род. 6 р. Посл. разъ 8 л. т. н.	Заболѣла послѣ первыхъ родовъ 20 лѣтъ т. н.; послѣ родовъ встала на 5-й день; вскорѣ почувствовала неловкость при ходьбѣ и чувство опусканія матки и давленія на низъ. Жалуется на выпаденіе матки, тяжесть при ходьбѣ, бѣли и сукровичныя отдѣленія. Правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.		Cystoma ovarior. duplex et prolapsus uteri incompletus. Postoperationem: cystes ovarii et parovarii dextri et prolapsus uteri.	Ovariotomia et ventrofixacio uteri 23 окт. 1891 г.	16 с., 14 гл. 1 поверх. швовъ.			40 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы, кромѣ трехъ, поддерживающихъ матку; эти послѣдніе сняты на 15 й день; около этихъ швовъ небольшое нагноеніе. 2-го нбр. 1891 г. произведена calpoperineorrhaphia по Hegar'y; 23 дбр. больная выписалась изъ клиники здоровой.	Обѣ опухоли—однополостныя кисты съ серознымъ содержимымъ. Одна опухоль, величиной съ кулакъ, вѣситъ 360 грм., другая, величиной съ яблоко, вѣситъ 75 грм.	Матка захвачена 3-мя швами, причемъ два шва проведены черезъ переднюю поверхность в одинъ черезъ дно.
39	Е. М. Дворянка Кіевской губ. Замужн.	21	Род. 2 р. Послѣдній 1½ года т. н.	Опухоль замѣтила 1½ года т. н. Жалуется на увеличеніе живота и боли внизу его (послѣднія три недѣли). Блондинка, хорошаго питанія.		Cystoma ovarii dextri.	Ovariotomia 1892 15 января.	16 с. 12 гл. шелк. швовъ	Небольшія сращенія съ peritoneum parietale и съ сальникомъ.	Ножка перекручена въ 1½—2 раза; перевязана въ 2 пучка; опухоль отрѣзана.	25 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы—повсюду первое натяженіе. На 24-й день послѣ операціи выписалась здоровой.	Опухоль — киста праваго яичника, однополостная, съ голову годовалаго ребенка. Коллоидное содержимое.	Операція сдѣлана въ лечебницѣ женщинъ-врачей.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm.	Распознаваніе. (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Срощенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжи-тельность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
40	Ш. Замужн.	30	Род. 1 р.	2 года. удовлетворительное.		Cystoma ova-rii dext. Post. operat. cysto-ma ovarior. duplex.	Ovariotо-mia 12 фе-враля 1892 г.		Нѣтъ.			Безлихорадочное. Встала на 22-й день здоровой.		
41	П. И. крестьянка. Петерб. губ. Замужн.	46	Род. 1 р.	Первые симптомы настоящаго заболѣва-нія появились 6 лѣтъ т. н. Въ февралѣ 1892 г. перенесла воспаленіе брюшины. Брюнетка, хорошаго питанія.		Cystoma ova-rii sinistri colloid.	Ovariotо-mia 14 мрт. 1892 г.	24 с. 12 гл. и 5 повер. швовъ.	Срощенія съ пе-редней брюшной стѣнкой и сальни-комъ.		55 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы—первое натяже-ніе. На 35-й день вы-писалась изъ клиники здоровой.	Опухоль величиной съ голову взрослаго че-ловѣка представляетъ изъ себя однополостную кисту лѣваго яични-ка съ коллоиднымъ содержимымъ. По поверхности ея видны омертвѣвающія мѣста. Толщина стѣнки ки-сты равна 4 mlm. Количество выпущен-ной жидкости 1500 grm.	
42	А. Б. Крестьянка Замужняя.	26	Род. 1 р. 13 м. н. т.	На 7-мъ мѣсяцѣ бе-ременности, послѣ под-нятія тяжести, у боль-ной вдругъ появились боли въ правой под-вздошной области, со-провождавшіяся рвотой Теперь дня два эти боли и рвота возобно-вились съ прежней силой. Больная умѣ-реннаго питанія, хо-рошаго тѣлосложенія.		Cystoma ova-rii dextri.	Ovariotо-mia 23 янв. 1892 г.	12 с. 11 гл. швовъ.			30 м.	Безъ осложненій. Не-большое поверхностное нагноеніе, на 7 швѣ снизу. На 50 день выписана здоровой.	Удаленная опухоль—многополостная киста праваго яичника, съ коллоиднымъ содержи-мымъ. Длина удален-наго конца Фаллопіе-вой трубы равн. 7 ctm.	

НБ ХНМУ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
43	М. Л. Дворянка Калужской г. Замужняя.	27		Съ января 91 года прекратились регулы. Въ апрѣлѣ 91 г. замѣтила увеличеніе живота. Жалуется на боли въ животѣ и поясницѣ. Больная высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія.	96	Cystoma ovarii dupl. multilocul.	Ovariotomia dupl. 29 марта 1892 г.	15 с. 10 гл. швовъ.			28 м.	Теченіе безлихорадочное. На 10-й день сняты швы — повсюду первое натяженіе. На 21-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Обѣ опухоли представляютъ изъ себя многополостныя кисты, обоихъ яичниковъ. Лѣвая опухоль величиной больше головы взрослаго человѣка содержала 3500 куб. с. серозной прозрачной жидкости и состояла изъ двухъ полостей, почти одинаковой величины. Правая опухоль величиной въ кулакъ содержала 200 куб. с. также серозной жидкости.	
44	М. К. солд., вдова.	50	Родила 12 р., Выкидышъ 1 р. на 4 мѣсяц. берем. Послѣд. роды 6 лѣт. т. н.	Послѣдніе 2 года стала замѣчать увеличеніе живота, сопровождающееся болью съ лѣвой стороны. Начиная съ Рождества 91 г. животъ началъ быстро расти и съ этого времени крови путаются. Больная средняго роста съ удовлетворительнымъ питаніемъ.	88	Cystoma ovarii sinistri	Ovariotomia 1 апр. 1892 г.	12 с. 11 гл. шелк. швовъ.			25 м.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы — первое натяженіе. На 26 день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль оказалась однополостной кистой лѣв. яичника, наполненная серознымъ содержимымъ. Правый яичникъ кистовидно перерожденъ.	
45	Н. П. дочь священн. Петрозав. Замужн.	56	Родъ 2 р. Послѣдн. роды 17 лѣтъ т. н.	Въ ноябрѣ 1890 года больная вдругъ почувствовала сильную боль въ животѣ съ лѣвой стороны; черезъ 3 дня боль прошла. Въ іюлѣ повторилась таже боль и призванный врачъ нашелъ опухоль съ лѣвой стороны въ два кулака, которая быстро стала расти. Больная правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	119	Cystoma ovarii sinistri colloides.	Ovariotomia 1892 18 апрѣля.	22 с. 18 гл. швовъ.	Сращенія съ peritoneum parietale.		40 м.	Безъ осложненій. На 11 день сняты швы — первое натяженіе, а на 20 выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль однополостная киста лѣв. яичника. Вѣситъ 78 grm. Жидкость коллоидная 3,7 киллограм.	

НБ КНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжи-тельность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
46	Х. К. военнаго сословія, Новгородск. губерніи. Замужняя.	30	Род. 3 р. Вык. 3 р. послѣдн. роды 9 лѣтъ т. н.	Опухоль замѣтила 6 лѣтъ т. н. Въ 1892 г. въ апрѣлѣ мѣсяцѣ перенесла мѣстное воспаленіе брюшины. Жалуется на присут-ствіе опухоли и ною-щую боль въ правой паховой области. Больная высокаго ро-ста, умѣреннаго пита-нія.	87	Cystoma ova-rii dextri colloides.	Ovariotо-mia 12 апр. 1892 г.	22 с., 19 глу швовъ.	Сращенія съ саль-никомъ.	Ножка весьма тонкая была пе-рекручена 2 раза справа налѣво. Перевязана въ 2 пучка и отрѣзана.	45 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы—первое натяже-ніе; на 27 день выпи-салась здоровой.	Киста однополостная, съ коллоиднымъ со-держимымъ въ коли-чествѣ 3600 куб. с. Стѣнки кисты мѣстами подверглись мортифи-каціи.	Операція въ частной лечеб-ницѣ женщинъ-врачей.

НБ ХНМУ

ДЕРМОИДЫ.

Чревосѣченій для удаленія дермоидныхъ кистъ произведено 13 разъ. Изъ оперированныхъ больныхъ:

Крестьянокъ	было	2
Мѣщанокъ	„	4
Дворянокъ	„	2
Ж. солдата	„	1
Ж. чиновника	„	1
Ж. врача	„	1
Ж. священника	„	1
Ж. ремесленника	„	1

Возрастъ больныхъ былъ самое меньшее 9 лѣтъ и самое большее 44 года, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

Возрастъ.	Число больныхъ.
9 лѣтъ	1
17 лѣтъ	1
22 года	1
25 лѣтъ	1
27 лѣтъ	2
28 лѣтъ	1
29 лѣтъ	1
30 лѣтъ	2
33 года	1
40 лѣтъ	1
44 года	1

Большее количество дермоидовъ встрѣтилось въ возрастѣ отъ 17 до 30 лѣтъ включительно 9 разъ. По статистикѣ

НБ ХНМУ

Pauly и Lebert'a [1]) большее число дермоидовъ приходится на 3-й десятокъ жизни. Больныя *начали менструировать*:

на	12 году жизни	1	больная
„	13 „ „	1	„
„	14 „ „	3	„
„	15 „ „	2	„
„	16 „ „	1	„
„	17 „ „	2	„
„	19 „ „	1	„
„	21 „ „	1	„

Одна больная (9 лѣтъ) еще не менструировала. Изъ нихъ замужнихъ было 9 больныхъ, а дѣвицъ 4. Рожавшихъ 7 и не рожавшихъ 6 больныхъ.

I рага	1 и 1 выкидышъ на 4-омъ мѣс. берем.
II рага	2
III рага	1
IX рага	1
XIII рага	1

Одна больная до конца беременности не доносила и выкинула на 4-омъ мѣсяцѣ.

Продолжительность болѣзни колебалась отъ 6 мѣсяцевъ до 11 лѣтъ.

Продолжительность болѣзни.	Число больныхъ.
6 мѣсяцевъ	1
9 мѣсяцевъ	1
1½ года	1
2 года	3
3 года	2
4 года	1
6 лѣтъ	1
11 лѣтъ	1

Въ остальныхъ 2-хъ случаяхъ продолжительность болѣзни не указана. Только что приведенное опредѣленіе продолжительности болѣзни конечно не можетъ быть абсолютно вѣрнымъ во всѣхъ случаяхъ, такъ какъ извѣстно, что дермоиды

[1]) Цит. по Olshausen'y „Болѣзни яичниковъ“.

могутъ существовать весьма долгое время, не вызывая никакихъ симптомовъ.

Такъ Poter [1]) при вскрытіи одной 83-хъ лѣтней женщины наблюдалъ дермоидную кисту вѣсомъ въ 89 унцій, которая однако-же не причиняла никакихъ страданій. Ножка оказалась перекрученной.

Жалобы больныхъ были слѣдующія: больная № 1 жаловалась на одышку, сильныя боли внизу живота, кашель и колотье въ груди. Опухоль въ этомъ случаѣ была смѣшаннаго характера, большихъ размѣровъ и лежала глубоко въ hypochondrium. Кромѣ того, у больной опредѣлялся старый верхушечный процессъ; № 2 сильныя боли въ правой паховой области, особенно безпокоившія больную при ходьбѣ, а также по временамъ бываетъ задержка и болѣзненность при мочеиспусканіи.

Эти симптомы зависѣли чисто отъ положенія занимаемаго опухолью: она лежала между мочевымъ пузыремъ и маткой, а также отъ мѣстнаго перитонита, въ № 3 симптомы также зависѣли отъ положенія опухоли и мѣстнаго перитонита и вызывали жалобы на боли внизу живота, особенно при ходьбѣ и актѣ дефекаціи; № 4 жалобы относились больше къ беременности, осложнившей опухоль, чѣмъ къ самой опухоли, какъ то: головныя боли, тошнота, общая слабость и частые позывы на мочеиспусканіе; № 5 боли внизу живота вызывались большими размѣрами опухоли, а также больную безпокоили головныя боли; №№ 6 и 7 замѣчались сильныя постоянныя боли въ поясницѣ, внизу живота перитоническаго характера; № 8 также были боли внизу живота перитоническаго характера; № 9 кромѣ жалобъ на боли въ крестцѣ, больную безпокоили головныя боли, слабость и нервное разстройство; №№ 10 и 11 постоянныя боли въ правой паховой области, въ № 11 онѣ по временамъ обострялись; въ № 12 жалобы больной сводились на боли внизу живота, запоры, зависящіе отъ вялой дѣятельности кишечника

[1]) Poter цит. по Olshausen'y „Болѣзни яичниковъ“.

и положенія матки, головныя боли, общую слабость; наконецъ въ послѣднемъ № 13 больную безпокоили боли внизу живота и поясницѣ. Изъ этаго перечня жалобъ мы видимъ, что онѣ вызывались, главнымъ образомъ, болями, зависѣвшими или отъ непосредственнаго давленія опухоли на прилежащія части, или отъ мѣстнаго воспаленія брюшины въ окружности опухоли.

Жалобы не представляютъ ничего характернаго для дермоидовъ и вполнѣ идентичны съ таковыми-же при пролиферирующихъ и другихъ кистомахъ. *Менструаціи* у нашихъ больныхъ въ 6-ти случаяхъ не измѣнили своего типа, въ 4-хъ же (№№ 2, 3, 10, 11) онѣ сдѣлались чаще и обильнѣе, въ одномъ № 4 онѣ отсутствуютъ уже $2^1/_2$ мѣсяца (больная беременна) и въ одномъ (№ 6) онѣ со времени болѣзни стали приходить рѣже: черезъ 5—6 недѣль,—вмѣсто обычныхъ трехъ. Въ первыхъ 4-хъ случаяхъ типъ регулъ измѣнился такимъ образомъ, что въ №№ 2 и 3 они вмѣсто 4-хъ недѣль приходятъ черезъ 2—3 недѣли; продолжительность ихъ осталась почти такая-же, какая была и до болѣзни; въ № 10 регулы сдѣлались чаще и обильнѣе; до заболѣванія они являлись черезъ 5 недѣль, продолжались по 7—8 дней; въ № 11 промежутокъ между регулами остался тотъ же, что былъ и раньше, но продолжительность ихъ сдѣлалась вдвое больше, вмѣсто 3-хъ—6 дней.

Сравнивая состояніе регулъ при дермоидахъ, съ состояніемъ ихъ при пролиферирующихъ кистомахъ, мы увидимъ разницу: при вторыхъ типъ регулъ или оставался безъ измѣненія, или они дѣлались гораздо меньше и въ одномъ только случаѣ замѣчалось увеличеніе количества теряемой крови, между тѣмъ какъ при дермоидахъ они въ большемъ количествѣ случаевъ сдѣлались обильнѣе.

Точная *діагностика* дермоидовъ вообще весьма затруднительна и можно лишь тогда, говоритъ Olshausen, съ достовѣрностью поставить діагнозъ, когда есть возможность изслѣдовать содержимое кисты, добытое или проколомъ, или же вслѣдствіе произвольнаго вскрытія. Только въ рѣдкихъ случаяхъ возможенъ діагнозъ дермоидной кисты по ощупыванію костныхъ массъ въ стѣнкахъ ея; благодаря этому признаку Sp. Wells'y удалось нѣсколько разъ поставить вѣрный діагнозъ.

Въ нашихъ случаяхъ діагностика устанавливалась съ большей вѣроятностью путемъ исключенія другихъ новообразованій яичника. Я не буду говорить здѣсь о томъ, какъ распознавалось, что опухоль принадлежитъ яичнику, такъ какъ я уже объ этомъ сказалъ при пролиферирующихъ кистомахъ; методы изслѣдованія были тѣ же. Опухоли были въ большей части случаевъ (7 разъ) плотной или тѣстоватой (1 разъ) или эластической (4 раза) или, наконецъ, неравномѣрной, т. е. мѣстами плотной, мѣстами эластической консистенціи и, обладая большей или меньшей подвижностью, имѣли то гладкую, то бугристую поверхность, овальную форму и сидѣли на длинной ножкѣ.

Принимая во вниманіе плотность опухоли, соотвѣтствующую солиднымъ новообразованіямъ яичника, подвижность ея, отсутствіе асцита, можно было исключить, съ большей или меньшей вѣроятностью, злокачественныя новообразованія. Фибромы яичника также можно было исключить, въ виду ихъ рѣдкости нахожденія въ яичникахъ.

Въ случаяхъ № 1, 5, 9 и 13, благодаря эластической консистенціи опухоли, былъ поставленъ діагнозъ пролиферирующихъ кистомъ яичника. Послѣ-же операціи оказалось, что мы имѣемъ дѣло со смѣшанными опухолями, исключая № 9, гдѣ обѣ опухоли были чисто дермоиднаго характера. Для діагностики новообразованій брюшной полости вообще интересенъ № 3 cystoma ovarii dermoid. duplex. Лѣвая опухоль при изслѣдованіи была совершенно подвижна и нельзя было опредѣлить абсолютно никакой связи ея съ маткой и діагнозъ не былъ поставленъ. При операціи—дермоидная киста, открутившаяся отъ своей ножки и державшаяся на счетъ сращеній съ сальникомъ.

Общее состояніе больныхъ было: у 2-хъ хорошее, въ 7 случаяхъ умѣренное и 4 больныхъ были плохаго питанія и имѣли анемичный видъ.

Показанія къ операціи при дермоидахъ выставляются тѣ-

же, что и при другихъ кистахъ яичника. Въ № 4 настоятельнымъ показаніемъ къ операціи служила возникшая беременность, ибо опухоли могли представить механическое препятствіе для родоваго акта, не говоря уже о другихъ осложненіяхъ, какъ-то: нагноеніе кисты, перекручиваніе ножки и т. д. (См. рисунокъ 6-й).

Величина опухолей была весьма различная: отъ куринаго яйца до головы взрослаго человѣка, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

Величина опухоли.	Число больныхъ.
Куриное яйцо.	2
Гусиное яйцо.	3
Кулакъ взрослаго человѣка . .	5
1½ кулака	1
Голова новорожденнаго . . .	2
Голова годовалаго ребенка . .	2
Голова взрослаго человѣка . .	1

Техника операціи дермоидныхъ кистъ таже самая, какую мы описали вообще при кистомахъ безъ сращеній. Операція нѣсколько осложняется при сращеніяхъ опухоли съ окружающими частями. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи былъ проведенъ длиной:

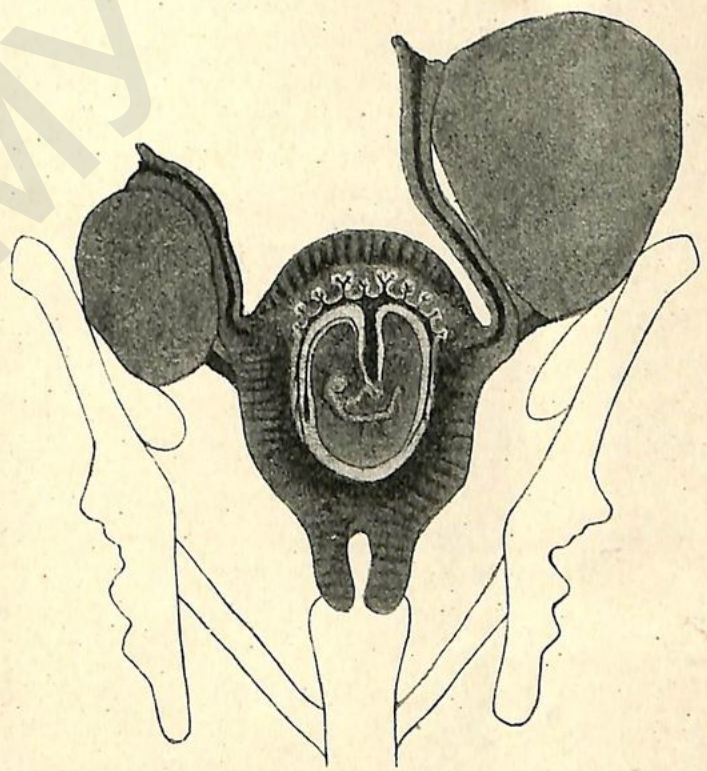
Въ	7½ ctm.	1 разъ (№ 5).
„	10 „	1 „
„	12 „	1 „
„	14 „	5 „
„	15 „	2 раза
„	16 „	1 „
„	17 „	1 „
„	19 „	1 „

По вскрытіи брюшной полости опухоль извлекалась наружу и ножка ея была перевязываема двойной шелковой лигатурой:

Въ	2 пучка . . .	11 разъ.
„	3 „ . . .	1 „
„	4 „ . . .	2 „

и въ одномъ случаѣ (№ 1) вся культя, кромѣ перевязки ея въ 3 пучка, была обшита обвивнымъ швомъ изъ тонкаго шелка.

Рис. № 6.



НБ ХНМУ

Брюшная рана соединялась глубокими и поверхностными швами изъ шелка; число швовъ приблизительно соотвѣтствовало величинѣ разрѣза. *Продолжительность операціи* конечно стояла въ зависимости отъ большаго или меньшаго числа и плотности сращеній опухоли съ окружающими частями:

Продолжительность операціи въ минутахъ.	Число больныхъ.
17 минутъ	1
19 „	1
23 минуты	2
25 минутъ	2
30 „	3
35 „	1
45 „	2
60 „	1

Изъ осложненій операцій нужно отмѣтить сращенія опухоли съ окружающими частями, главнымъ образомъ съ кишками и сальникомъ, въ слѣдующихъ случаяхъ: въ № 2 были найдены сращенія съ сальникомъ и кишками, сращенія были отдѣлены послѣ предварительной перевязки ихъ въ нѣсколько пучковъ.

Въ № 3 двухсторонняя киста; одна опухоль безъ сращеній, за то другая, открутившаяся отъ своей истинной ножки, держалась на плотныхъ и мясистыхъ сращеніяхъ съ сальникомъ. Сращенія эти перевязаны въ 4 пучка; въ № 6 cystoma ovarior duplex dermoid., обѣ опухоли были сращены съ perit. parietale, съ сальникомъ и кишками весьма плотными и обширными перепонками, отдѣленіе которыхъ потребовало большаго труда и времени; № 7 cystoma dermoid. ovarii dextri сидѣла въ заднемъ дуглассовомъ пространствѣ и была окутана ложными перепонками со всѣхъ сторонъ; № 8 cyst. ovarii dextri dermoid. опухоль была срощена съ сальникомъ и съ петлей тонкихъ кишекъ. Сращенія отдѣлены рукой. № 12 cystoma dermoid. ovarii dextri, на передней верхней поверхности опухоли имѣлось сращеніе съ сальникомъ, вытянутое въ видѣ шнура, толщиною въ карандашъ, съ весьма крупными

НБ ХНМУ

сосудами. Оно какъ и истинная ножка, было перекручено, причемъ связочная ножка въ одномъ мѣстѣ была сильно истончена. Сращенія перерѣзаны между лигатурами.

№ 13 киста смѣшаннаго характера: коллоиднаго съ дермоиднымъ; она имѣла плотныя сращенія съ сальникомъ. Такимъ образомъ, мы 6 разъ встрѣтили сращенія съ сальникомъ, три раза съ кишками (съ тонкими и толстыми), одинъ разъ съ тазовой и одинъ разъ съ паріэтальнымъ листкомъ брюшины.

Послѣопераціонный періодъ во всѣхъ случаяхъ протекалъ гладко, при нормальной температурѣ и пульсѣ. Въ первые дни послѣ операціи больныя нѣкоторое время жаловались на боли въ животѣ, у нѣкоторыхъ въ первые часы была тошнота и рвота. Швы снимались на 10-й день и во всѣхъ случаяхъ получилось первое натяженіе.

Съ постели вставали больныя и начинали ходить на 15—16—19-й день послѣ операціи. Число проведенныхъ больными въ клиникѣ дней послѣ операціи колебалось отъ 16-ти до 45 дней.

Число дней.	Число больныхъ.
16 дней	1 больной.
20 „	2 больныхъ.
23 дня	3 „
24 „	2 „
25 дней	1 больной.
26 „	1 „
27 „	1 „
34 дня	1 „
45 дней	1 „

Ovariotomia	dextra	сдѣлано	6 разъ.
„	sinistra	„	3 раза.
„	duplex	„	4 раза.

Опухолей чисто дермоиднаго характера удалено 14 разъ. Смѣшаннаго характера 3, причемъ въ одной было часть содержимаго серозное, въ 2-хъ коллоидное. Вѣсъ опухолей отмѣченъ не во всѣхъ случаяхъ, а только въ 7-ми, и онъ былъ равенъ:

62	grm.	. . . . .	1 разъ.
100	„	. . . . .	1 „
110	„	. . . . .	1 „
228	„	. . . . .	1 „
360	„	. . . . .	1 „
485	„	. . . . .	1 „
2310	„	. . . . .	1 „

Содержимое опухолей было во всѣхъ случаяхъ салообразное, легко застывающее на воздухѣ. Кромѣ того, въ нижеслѣдующихъ случаяхъ найдены: волоса, зубы и другія кости. Такъ въ № 1 въ полости кисты найдена, кромѣ салообразнаго содержимаго (жира), въ самой стѣнкѣ ея — кость, по своей формѣ не схожая ни съ одной изъ костей скелета; въ № 2 въ полости кисты въ содержимомъ ея находились въ большомъ количествѣ темные волосы, а въ стѣнкѣ—кость, похожая на височную, съ двумя отростками. Наружная поверхность этой костной пластинки гладкая, внутренняя-же усѣяна сосочками. Центръ этого костнаго образованія занятъ чрезвычайно плотнымъ отросткомъ, на вершинѣ котораго помѣщается 3 зуба, два изъ нихъ напоминаютъ молочные рѣзцы, а третій передній коренной нижней челюсти; въ № 5 найдены короткіе бѣлокурые волосы и нѣсколько эмалевыхъ зубоподобныхъ разсѣянныхъ пластинокъ; въ № 9, 10 и 11 констатировано присутствіе длинныхъ волосъ въ обѣихъ опухоляхъ; въ № 12 найдены какъ волосы, такъ и кость съ нѣсколькими зубами; въ № 13 у одного края капсулы открытъ кусокъ кости, напоминающій собою челюсть съ 2-мя вполнѣ развитыми зубами и однимъ зачаточнымъ.

Капсула въ большей части случаевъ была плотна и толста, поэтому при изслѣдованіи и получалось ощущеніе плотнаго тѣла.

Въ заключеніе обратимъ вниманіе на то, какъ часто встрѣчаются дермоиды вообще при овaріотоміяхъ.

	Овaріот.	Дермоид.
Sp. Wells [1])	на 1000	22 или 2,2%
Th. Keith [2])	„ 268	7 „ 2,6%

[1]) Цит. по Omori und Jkeda.
[2]) Ibid.

		Овариот.	Дермоид.		
Terillon [1])	на	200	8	или	4%
Olshausen [2])	„	296	29	„	10%
Рейнъ [3])	„	211	23	„	11%
Omori und Ikeda [4]) . .	„	150	38	„	25,3%
Hofmeier [5])	„	103	12	„	11,8%
Braun [6])	„	100	8	„	8%
Dohrn [7])	„	100	6	„	6%
Феноменовъ [8])	„	61	3	„	4,9%
Славянскій [9])	„	30	9	„	30%
Szabo [10])	„	32	3	„	9%
Nicoladini [11]).	„	31	1	„	4%
Лебедевъ	„	99	17	„	17%

Изъ этой таблицы мы видимъ, что самый большой процентъ частоты встрѣчи наблюдается у проф. Славянскаго 30%. Слѣдующій за нимъ Omori und Ikeda 25,3%, которые такое большее число случаевъ приписываютъ предрасположенію японокъ къ дермоиднымъ кистамъ, сравнительно съ другими народностями. Если взять общее число овариотомій 2052, то дермоидовъ встрѣтилось 186 или 7%.

Относительно % смертности при дермоидахъ нужно сказать, что онъ при не осложненныхъ случаяхъ равняется таковому при обыкновенныхъ кистахъ. При осложненіи же, какъ напримѣръ: при нагноеніи кисты, перекручиваніи ножки, и т. д. онъ значительно повышается; такъ у Olshausen'a при таковыхъ осложненіяхъ на 29 дермоидовъ умерло 4 больныхъ или 14%.

[1]) Terillon. An. de gynäkolog. et obst. т. 34, 1890 г.

[2]) Olshausen. Zeitschrift für geb. und. gyn. Bd. XX.

[3]) Рейнъ. Протоколы засѣданій акушерско-гинекологическ. общ. въ Кіевѣ 92 г. т. V выпускъ IX и X.

[4]) Omori und Ikeda. Centralblatt, № 52, 92 г.

[5]) Hofmeier. Очеркъ основъ гинекологическ. операцій. Перев. д-ра Рунге.

[6]) Braun. Wiener Klinischer Wochenschrift, № 4, 1888 г.

[7]) Dohrn. Centralblatt für gyn. № 9, 1890 г.

[8]) Феноменовъ. „Врачъ“ 1890 г.

[9]) Славянскій. Матеріалы къ вопросу объ овариотоміи въ Россіи, дис Матвѣева 1886 г.

[10]) Jzabo. Bericht über 37 ovariotomien.

[11]) Nicoladini. Wiener medicinich. presse 1887 г.

ТАБЛИЦЫ.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни; общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ сант. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи; когда сдѣлана. Сращеніе и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
5	Л. И. Выборгской губ. Дѣвица.	9		Больна около 2-хъ лѣтъ. Больная средняго тѣлосложен. и питанія.	64	Cyst. derm. ovarii dextri.	Ovariotomia dextra 6 ноября 1886 г.	7½ сант. 10 швовъ.	30 м.	Безъ осложненій. На 26-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Вѣсъ опухоли вмѣстѣ съ жидкимъ содержимымъ 2310 grm. При рѣзрѣзѣ плотной части опухоли встрѣчается салообразное содержимое съ примѣсью короткихъ бѣлокурыхъ волосъ, двухъ-трехъ костныхъ образованій и нѣсколько эмалевыхъ зубоподобныхъ разсѣянныхъ пластинокъ.	
6	Евг. П—ва. крестьянка Новгор. губ. Дѣвица.	25		3 года тому назадъ начались боли внизу живота; 11 мѣсяцевъ тому назадъ эти боли настолько обострились, что больная должна была слечь въ постель. Больная умѣреннаго тѣлосложенія и питанія.	75 сант. Лѣвая опухоль съ гусиное яйцо; правая — меньшей величины.	Cystoma ovar. dermoid. dupl.	Ovariotomia. 27 ноября 1886 г.	14 сант. 12 глуб. шелков. швовъ.	45 м.	Безлихорадочно. На 22-й день больная выписалась изъ клиники здоровой.	Правая опухоль величиной съ куриное яйцо. Въ стѣнкахъ кисты есть небольшіе участки, повидимому, яичниковой ткани. Лѣвая опухоль величиной съ гусиное яйцо—дермоидная киста въ полной стадіи развитія.	
7	Ел. І—нъ. мѣщанка гор. Нарвы. Замужн.	22	Выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ. 2 года тому назадъ.	Послѣ выкидыша пролежала въ постели 6 мѣсяцевъ и съ этихъ поръ появились боли внизу живота, поясницѣ, которыя теперь сдѣлались значительно сильнѣе. Больная слабаго тѣлосложенія и питанія.	66 сант. Опухоль величиной въ кулакъ.	Cystoma ovar. dextri. dermoid.	Ovariotomia 21 марта 1887 г.	14 сант. 9 глуб. и 2 поверхн. швовъ.	45 м.	Безъ осложненій. При нормальной температурѣ и пульсѣ. На 16-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Содержимое кисты молочнаго цвѣта, салообразное.	Ножка, въ составъ которой вошла и правая Фаллопіева труба, была перевязана въ три пучка и перерѣзана.

НБ ХГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни; общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ сант. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи; когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
8	Ол. М—ова. жена священника. Петербургской губ.	44	Род. 13 р. Послѣдніе роды 2 года тому назадъ.	9 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила внизу живота опухоль, и съ этихъ поръ страдаетъ по временамъ такими сильными болями внизу живота, что бываетъ принуждена ложиться въ постель. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія.	94 сант. Опухоль величиной въ кулакъ взрослаго человѣка.	Cystoma ovar. dextr. dermoid.	Ovariotomia 5 октября 1888 г. Сращеніе съ сальникомъ и съ одной изъ петель тонкихъ кишекъ..	14 с. 12 глуб. шелк. швовъ.	24 м.	Безъ осложненій, безлихорадочно. На 20-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль шаровидной формы съ гладкою поверхностью, вѣсомъ 100 grm. Дл. 8 сант., ширина 6 сант. При разрѣзѣ вытекло прозрачное содержимое, быстро застывшее въ саловидную массу. Стѣнки кисты внутри покрыты въ нѣкоторыхъ мѣстахъ волосами. Ножка ея толщиной съ гусиное перо, скручена; длина ея 7 сант.	
9	О. К—цъ. дворянка Астрах. губ. Замужняя.	40	Род. 9 р. Послѣдн. роды 3 года тому назадъ.	Послѣ 8-хъ родовъ мѣсячныя стали приходить чаще и появились сильныя боли въ крестцѣ. Жалуется на головныя боли, нервное разстройство, боли въ крестцѣ. Больная брюнетка, слабаго тѣлосложенія и питанія.	75 сант. Прав. опухоль величиною въ куриное яйцо. Лѣвая—величиной въ гусиное яйцо.	Cystoma ovar. dextr. et sinistri dermoides.	Ovariotomia 24 октября 1888 г.	14 сант. 12 шелковыхъ швовъ.	23 м.	Безлихорадочно. На 24-й день послѣ операціи выписалась изъ клиники здоровой.	Лѣвая опухоль вѣситъ 360 grm. Стѣнки ея тонки равномѣрны. Содержимое прозрачное, легко застываетъ въ саловидную массу. Среди него много длинныхъ волосъ. Правая опухоль вѣсомъ 62 grm. Стѣнки неравномѣрной толщины. Содержимое такое же, какъ и въ лѣвой опухоли.	
10	В. Кру—ва. С.-Петерб. г. жена врача.	27	Род. 1 разъ. Выкидышъ 1 на 4-мъ мѣсяцѣ. Послѣдн. роды 2 г. т. н.	Больна 1/2 года. Жалуется на боль въ правой ногѣ и въ правой паховой области. Больная высокаго роста, слабаго тѣлосложенія и плохаго питанія.	Опухоль величиною въ гусиное яйцо.	Cystoma ovar. sinistri.	Ovariotomia 24 ноября 1889 г.	14 с. 14 швовъ.	23 м.	Безъ осложненій. Выписалась на 25 день послѣ операціи здоровой.	Опухоль овоидной формы, вѣситъ 110 grm. Содержимое салообразное, съ примѣсью черныхъ волосъ, до 3 сант. длиной.	

НБ КНМУ

№ по порядку	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни; общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ сант. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
11	А. Фед—ва. Петербургской губ. Замужняя.	30	Роды 3. Послѣдн. роды 2 года тому назадъ.	Больна болѣе двухъ лѣтъ. Жалуется на боли въ правой паховой области, періодически обостряющіяся. Больная средняго тѣлосложенія, анемична.	Опухоль величиной въ $1^1/_2$ кулака взрослаго человѣка.	Cystoma ovar. dextr. dermoid.	Ovariotomia dextra 27 января 1890 г.	14 швовъ.	17 м.	Безлихорадочное. Выписалась здоровой на 24 день послѣ операціи.	Опухоль величиной въ $1^1/_2$ кулака, вѣситъ 228 grm. Поверхность ея гладкая, ровная красноватаго цвѣта; консистенція тѣстоватая, состоитъ она изъ плотной оболочки и желтоватой сальной густой массы, съ примѣсью большаго количества волосъ.	
12	П. К—ва. Мѣщанк. Петерб. губ. Дѣвица.	17		Опухоль замѣтила 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Жалуется на боли въ животѣ, поясницѣ, частые запоры, головныя боли, общую слабость. Больная средняго тѣлосложенія, очень плохаго питанія, анемична.	Опухоль величиной съ дѣтскую головку.	Cystoma ovar. dextr. dermoid.	Ovariotomia 4 декабря 1891 г. Сращенія съ сальникомъ.	16 с. 15 глуб. швовъ.	15 м.	Безлихорадочно. На 20-й день выписалась здоровой.	Опухоль продолговатой формы съ 4-мя выступами, тѣстоватой консистенціи, съ плотными костными участками въ одномъ выступѣ. Вѣсъ ея 485 gr. При разрѣзѣ стѣнки опухоли выдавливается кашицеобразная масса съ заключающимися въ ней волосами. Цвѣта желтовато - сѣраго. Въ плотномъ участкѣ неправильной формы кость, заключенная въ соединительной ткани. Имѣется нѣсколько зубовъ.	Ножка опухоли перекручена слѣва на право.

НБ ХГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни; общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ сант. и величина опухоли.	Діагнозъ.
13	И. Р—на. Мѣщанка. Олонецкой губ. Замужняя.	29	Род. 2. Послѣдніе роды 8 лѣтъ тому назадъ.	Опухоль замѣтила 4 года тому назадъ. Жалуется на боли внизу живота, поясницѣ, колотье въ rectum и опухоль. Больная правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	74 сант. Опухоль величиной съ голову новорожденнаго.	Cystoma ovar. sinistr. dermoides.

Видъ операціи; когда сдѣлана. Срощеніе и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
Ovariatomia 21 марта 1892 г. Плотныя срощенія съ сальникомъ.	15 сант. 12 глубокихъ шелковыхъ швовъ.	19 м.	Безлихорадочно. На 34-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль смѣшаннаго характера состоитъ изъ двухъ полостей; въ одной полости содержимое серознаго характера. Другая же наполнена саломъ, въ которомъ попадаются волосы. У одного края капсулы лежитъ неправильной формы кость; въ ней сидятъ два вполнѣ развитыхъ зуба и одинъ зачаточный. Жидкости выпущено при операціи 0,3 л., серознаго характера.	

НБ ХНМУ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЯ НОВООБРАЗОВАНІЯ.

Въ этотъ отдѣлъ главы войдутъ всѣ клинически злокачественныя новообразованія яичника, какъ-то: papilloma, sarcoma et carcinoma. Чревосѣченій по поводу этихъ заболѣваній произведено 10 разъ, при чемъ въ 6 случаяхъ опухоли удалены вполнѣ, въ четырехъ же ограничились только чревосѣченіемъ и выпусканіемъ асцитической жидкости. Больныя по *возрасту* были, самая молодая 23-хъ лѣтъ (№ 9 papilloma ovarii. duplex) и самая старая 50-ти лѣтъ (№ 7 cysto-sarcoma ovarii).

	Число больныхъ.
29-ти лѣтъ	1 (№ 8)
31 „	1 (№ 10)
35 „	1 (№ 6)
40 „	1 (№ 2)
47 „	2 (№ 1 и 3).

Пять больныхъ принадлежали къ сословію крестьянокъ, 1 мѣщанка, 1 купчиха и 3 дворянки; изъ нихъ 7 замужнихъ и 3 незамужнихъ; 5 рожавшихъ и 5 нерожавшихъ.

I partae . . .	1 больная	(№ 10)
II „ . . .	1 „	(№ 6)
III „ . . .	1 „	(№ 4)
VII „ . . .	1 „	(№ 1)
XII „ . . .	1 „	(№ 3)

Послѣдніе роды у всѣхъ больныхъ были уже давно, такъ у двухъ 5 лѣтъ тому назадъ, у одной 10 лѣтъ, у одной 18; пятая больная (№ 4), когда были послѣдніе роды, не помнитъ.

НБ ХНМУ

Діагностика другихъ злокачественныхъ новообразованій основывалась: 1) на быстромъ ростѣ опухоли, 2) плотной консистенціи опухоли, 3) бугристой поверхности ея, 4) присутствія асцитической жидкости, 5) болей и 6) большей или меньшей неподвижности опухоли, что особенно относится къ carcinom'амъ, такъ какъ при саркомахъ, какъ это мы видимъ и въ нашихъ случаяхъ, наблюдается часто полная подвижность опухоли. Конечно, ни одинъ изъ этихъ признаковъ не характеризуетъ злокачественное новообразованіе и можетъ встрѣчаться при доброкачественныхъ опухоляхъ, но совокупность ихъ въ связи съ общимъ видомъ больной (плохой, кахектичный) позволяютъ сдѣлать вѣрное распознаваніе.

Саркому яичника, по ея плотности, можно смѣшать съ фибромой яичника или съ многополостной кистой, если консистенція опухоли будетъ мѣстами эластическая.

Для дифференціальной діагностики между этими новообразованіями, кромѣ непосредственнаго ощупыванія опухоли нужно имѣть въ виду *асцитъ*, *общій видъ* больной и *быстрый ростъ опухоли*, которые весьма рѣдко сопровождаютъ вышеупомянутыя доброкачественныя новообразованія. Кромѣ, того фибромы яичника можно еще исключить и потому, что онѣ вообще-то весьма не часто встрѣчаются. Чаще ошибка можетъ происходить въ пользу кисты яичника, если мы имѣемъ передъ собой cystosarcom'у, какъ это было сдѣлано въ нашемъ случаѣ № 10 гдѣ до операціи былъ поставленъ діагнозъ кисты яичника, а при операціи оказалась cystosarcoma-ovarii и перекручиваніе ножки кисты.

Діагностика карциномы яичника въ нѣкоторыхъ случаяхъ не представляетъ большаго труда. Бугристая поверхность опухоли, распространенность новообразованія и неподвижность ея въ связи съ асцитомъ и другими явленіями, характеризующими вообще злокачественныя новообразованія, говорятъ въ большей степени за карциному яичника.

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ карциномъ яичника мы имѣли дѣло съ запущенными формами и при изслѣдованіи находили

бугристую неподвижную опухоль, глубоко вдающуюся въ тотъ или другой сводъ.

Оперативная техника: въ 6 случаяхъ сдѣлана радикальная операція, а въ 4 пришлось ограничиться однимъ разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ уже до операціи было предположено, на основаніи данныхъ изслѣдованія, что едва-ли удастся удалить новообразованіе вполнѣ, но такъ какъ во всѣхъ случаяхъ наблюдался асцитъ, то и было рѣшено произвести чревосѣченіе съ цѣлью выпусканія жидкости и непосредственнаго изслѣдованія новообразованія. При операціи раньше поставленная діагностика подтвердилась, радикальная помощь была невозможна, опухоли представлялись не удалимыми и далеко распространялись (весь серозный покровъ кишекъ и брюшной стѣнки былъ покрытъ вторичными узелками).

По опорожненіи брюшной полости отъ его содержимаго, брюшная рана была закрыта шелковыми глубокими и поверхностными швами.

Продолжительность операціи въ № 3-емъ . . . 25 м.
„ „ „ № 7 „ . . . 40 „
„ „ „ № 8 „ . . . 20 „

Послѣопераціонный періодъ въ №№ 5, 7 и 8 прошелъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ, въ № же 3 больная лихорадила около 7-ми дней и въ продолженіи 2-хъ недѣль она жаловалась на поносъ.

Выписались больныя:

№ 3 на 21-ый день
№ 7 „ 37 „ „
№ 8 „ 25 „ „

При выпискѣ найдено: явленія асцита не рѣзко выраженны.

Въ 6 случаяхъ полнаго удаленія опухоли, въ 5 опухоли сидѣли на ножкахъ, а въ 1 случаѣ № 2 она располагалась между листками широкихъ связокъ.

Брюшной разрѣзъ по l. alba длиной отъ 14 до 27-ми сант.; по вскрытіи брюшной полости изъ нея извлекалась

опухоль, ножка которой тотчасъ же перевязывалась шелковыми лигатурами въ 2 пучка—3 раза, 3 пучка—1 разъ (№ 4), 4 пучка—1 (№ 1) и въ № 2 широкая ножка, состоящая изъ lig. latum перевязана 6 цѣпью идущими швами. При удаленіи опухоли представились наибольшія трудности въ № 9 при экстирпаціи лѣвой опухоли, благодаря сильно разросшимся сосочковымъ массамъ и короткости сморщенной широкой связки. Въ № 2 наложеніе лигатуръ было весьма затруднительно въ силу глубокаго положенія опухоли въ клѣтчаткѣ между листками широкой связки.

Изъ 6-ти этихъ случаевъ только въ 1 № 9 найдены въ окружности опухоли на серозномъ покровѣ кишекъ и тазовой брюшинѣ огромное количество мелкихъ узелковъ яркокраснаго цвѣта, въ остальныхъ случаяхъ брюшина не представляла видимыхъ измѣненій.

Брюшина въ № 4 была соединена непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, въ другихъ случаяхъ брюшина захватывалась въ шелковые какъ глубокіе, такъ и поверхностные швы.

Операція продолжалась отъ 29 м. до 1 ч. 30 м. (№ 4).

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно и безъ осложненій въ №№ 1, 2, 4, 6 и 10; въ № 9 t-ра въ теченіе 7 дней лихорадочная, что объяснилось при снятіи повязки на 9 день вскрывшимся абсцессомъ немного ниже пупка.

Больныя выписывались изъ клиники: на 26 день—2 больн.

„ „ „ „ „ 25 „ 1 „
„ „ „ „ „ 28 „ 1 „
„ „ „ „ „ 30 „ 1 „

При изслѣдованіи асцита не найдено ни у одной больной. Въ № 2-омъ при выпискѣ больной опредѣлена въ области печени плотная, бугристая опухоль, заходящая подъ край лѣваго подреберья.

Вѣсъ полученной опухоли:

140 grm.	1450 „
200 „	3580 „
280 „	2030 „

Изъ злокачественныхъ новообразованій имѣли дѣло:

	Число случаевъ.
съ papilloma ovarii sinistri. . . .	1
„ papillom. ovarior. duplex . . .	1
„ cystosarcoma ovarii sinistri . .	1
„ cystosarcoma ovarii dextri . . .	2
„ cystosarcoma lig. lati dextri . .	1
„ cystocarcinoma ovarior. et peritonei.	4

Если къ этимъ 10 прибавить 10 папиллярныхъ кистъ, найденныхъ какъ при овaріотоміи, такъ и при удаленіи кисть широкихъ связокъ, то получимъ на всю сумму чревосѣченій 20 злокачественныхъ новообразованій или 10%.

Всѣ больныя поправились отъ операціи, но дальнѣйшая судьба ихъ неизвѣстна.

ТАБЛИЦЫ.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	Распознаваніе (діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
1	Ѳ. Б. Витебск. губ. Дворянка, замужняя.	47	Рожала 7 разъ. Послѣдн. роды 18 лѣтъ тому назадъ.	Больна около 1 года жалуется на тяжесть и рѣзь въ животѣ, отекъ ногъ и опухоль. Больная слабаго тѣлосложенія, плохаго питанія.	95	Sarcoma ovarii sinistri, ascites et prolapsus uteri incompletus.	Ovariotomia 1885. 23 марта.	27 с. 30 шелк. швовъ.	Безъ сращеній.	55	Безлихорадочное. На 10-й день сняты швы—prima intentio. На 26-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Экстирпированная опухоль съ голову взрослаго человѣка вѣситъ 1450 grm, сферической формы. Въ разрѣзѣ имѣетъ сплошь волокнистый характеръ, цвѣтъ разрѣза желтовато-бѣлый. Подъ микроскопомъ—веретенообразно-клѣточк. саркома.	Выписалась безъ слѣда асцита.
2	П. К. Ярославск. губ. Крестьянка, замужняя.	40		Больна 1½ мѣсяца, Жалуется на быстроростущую опухоль. Больная малокровна, плохаго питанія.	89	Cystosarcoma lig. lati dextri.	Ovariotomia 17 апр. 1887 г. Широкая ножка опухоли прошита 6 цѣпеобразными швами.	16 с. 14 шелков. швовъ.	Безъ сращеній.	50	Безлихорадочное. На 9-й день послѣ операціи, вслѣдствіе закрытія клиники переведена въ хирургическую госпитальную клинику; откуда спустя три недѣли выписалась, причемъ найдена въ лѣвой половинѣ живота въ области печени плотная бугристая опухоль, заходящая подъ край лѣваго подреберья.	Количество серозной жидкости выпущен. при операціи изъ кисты 1200 куб. с. Опухоль состоитъ изъ двухъ полостей, изъ которыхъ одна большихъ размѣровъ и нижняя часть ея занята второй полостью выполненной плотными массами вдающимися въ среду широкихъ связокъ матки. Внутренняя поверхность остальной полости гладкая. Въ другомъ меньшемъ отдѣлѣ внутрен. поверхность покрыта сплошнымъ рядомъ папиллярныхъ разрощеній.	Повторное чревосѣченіе (см. овариотомія № 5).
3	П. К. крестьянка. Ярославск. губ., замужняя.	47	Рож. 12 разъ, послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.	Больна 4 мѣсяца. Жалуется на опухоль, боль подъ ложечкой, одышку и общую слабость. Блондинка плохаго питанія, анемична.	98	Cysto-carcinoma ovarii et peritonei.	Laporatomia 30 сентября 1887 года.	14 с. 15 глуб. шелков. швовъ.	Радикальнаго пособія оказать было невозможно, такъ какъ вся брюшина была покрыта узлами новообразованія.	25	Безлихорадочное. На 18-й день встала съ постели, а на 21-й день выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи асцитъ небольшой.		Выпущена при помощи разрѣза асцитическая жидкость.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ cm.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Срощенія и другія осложненія.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
4	С. А. крестьянка. Новгородск. губ. Замужняя.	33	Рож. 3 раза.	Больна 2 года. Жалуется на опухоль живота, тяжесть и боли внизу его и сильную одышку.	102	Cysto-sarcoma ovarii dextri.	Ovariotomia 28 января 1888 г.	24 с. 24 шелков. швовъ.	Безъ срощеній.	1 ч. 30 м.	Безлихорадочное. На 15-й день встала съ постели, а на 26-й день выписалась здоровой.	Опухоль имѣетъ форму громадно увеличеннаго яичника. Вѣситъ 3580 гр. Содержитъ въ себѣ разной величины кистовидн. полости. Содержимое полостей различнаго характера, въ нѣкоторыхъ студенистаго вида.	
5	Р. С.					Cysto-carcinoma ovarii.	Laparotomia exploratiya. 1889, окт.		Радикальнаго удаленія опухоли сдѣлать было нельзя, такъ какъ на peritoneum parietale et viscerale сидѣли отдѣльные узлы новообразованія.		Безлихорадочное.		Операція въ частной лечебницѣ.
6	А. Д. купчиха, Петерб. г. Замужняя.	35	Рож. 2 раза. Послѣдн. роды 10 лѣтъ тому назадъ.	Больна нѣсколько мѣсяцевъ. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее.	—	Papilloma ovarii sinistri.	Ovariotomia 1889 29 апрѣля.	14 с. 12 шелков. швовъ.	Безъ срощеній.	40	Безлихорадочное. На 18-й день встала съ постели.	Лѣв. опухоль вѣситъ 280 grm. и походитъ на качанъ цвѣтной капусты,—совершенно плотное новообразованіе. Состоитъ изъ отдѣльныхъ долекъ, отъ горошины до вишни величиной. Остатокъ лѣваго яичника имѣлъ величину крупи. лѣснаго орѣха. Прав. яичникъ, кистовидно-перерожденный вѣситъ 80 grm.	Операція въ частной квартирѣ.
7	А. П. крестьянка. Тверск. губ. Замужняя.	50		Больна 1/2 года. Жалуется на боли въ животѣ. Больная средняго тѣлосложенія, очень плохаго питанія.	95	Cysto-carcinoma ovarior. et peritonei.	Laparotomia. 1890. 27 октябр.	17 с. 17 шелков. швовъ.	Вслѣдствіе распространенности новообразованія, удалить опухоль не представлялось возможнымъ.	40	Безлихорадочное. Выписалась на 37-й день послѣ операціи.		Выпущена вся асцитическая жидкость.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ стм.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ
8	Н. А. мѣщанка г. Тифлиса. Замужняя.	29		Больна 9 мѣсяцевъ. Жалуется на одышку, тошноту рвоту по утрамъ, учащен. позывы къ мочеиспусканію. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, плохаго питанія.	96	Cystocarcinoma ovarior. et peritonei	Laparotomia. 1891. 21 октябр. была сдѣлана съ цѣлью удалить грыжевидное выпячиваніе въ области пупка и водяночную жидкость.	14 с. 15 ш
9	М. В. дворянка Московск. губ. Дѣвица.	23		2½ года, какъ замѣтила опухоль. Жалуется на боли и опухоль внизу живота Больная крѣпкаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	89	Papilloma ovarior.duplex Ascites.	Ovariotomia 1887. 27 ноября.	19 с. 14 шелков. ш… 18 с. 18 … ков. ш…
10	Д. Т крестьянка Витебск. губ. Замужняя.	31	Род. 1 разъ 5 лѣтъ тому	5 мѣсяцевъ, какъ замѣтила опухоль быстро ростущую. Больная средняго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	73	Cysto-sarcoma ovarii dextri (перекручиван. ножки).	Ovariotomia. 1892. 7 марта.	

Сращенія и другія осложненія.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
d.	20	Безлихорадочное. Выписалась на 25-й день съ явленіями асцита.		
	50	Лихорадочное.—Нагноеніе и фистула на одномъ изъ среднихъ швовъ. На 28-й день выписалась изъ клиники безъ слѣда асцита.	Вѣсъ лѣв. опухоли 200 grm. правой 140 grm. Величина лѣвой съ кулакъ, правая меньше. Обѣ опухоли имѣютъ видъ качана цвѣтной капусты, и состоятъ изъ долекъ, причемъ въ центрѣ лѣвой опухоли находится киста величиной съ куриное яйцо, правая же почти сплошная и въ серединѣ ея остатки яичниковой ткани.	
	40	Безлихорадочное. На 18-й день встала съ постели, а на 25-й день выписалась изъ клиники.	Опухоль вѣситъ 2030 grm. плотная, бугристая. При разрѣзѣ содержитъ внутри рыхлую ткань бѣловатаго цвѣта—подъ микроскопомъ—саркоматозная.	

НБ ХНМУ

Глава II.

УДАЛЕНІЕ КИСТЪ ШИРОКИХЪ СВЯЗОКЪ.

Въ этой главѣ мы разберемъ кисты широкихъ связокъ. Сюда относятся, съ одной стороны, кисты яичниковъ, разросшіяся между листками широкихъ связокъ, съ другой стороны—кисты придатка яичника (parovarii).

Чревосѣченіе по этому поводу произведено 30 разъ, или въ 15% всѣхъ чревосѣченій.

Большая часть больныхъ принадлежала къ *сословію* мѣщанокъ и крестьянокъ и меньшая часть къ другимъ сословіямъ.

Крестьянокъ	11
Мѣщанокъ	8
Дворянокъ	8
Ж. чиновника	1
Ж. купца	1
Ж. псаломщика	1

Возрастъ больныхъ: самой младшей больной было 22 г. и самой старшей 66 лѣтъ; между же остальными больными возрастъ распредѣлился такимъ образомъ:

Возрастъ:	Число больныхъ:
отъ 23 до 30 лѣтъ . . .	8
„ 31 „ 40 „ . . .	9
„ 41 „ 50 „ . . .	6
56	2
60	1
65	2

Изъ этой таблицы мы видимъ, что чаще приходилось оперировать въ возрастѣ отъ 22 до 40 лѣтъ.

Замужнихъ было 25, незамужнихъ 2, дѣвицъ 3. Сравнивая эти цифры съ цифрами при овaріотоміяхъ, видимъ, что отношеніе между замужними и незамужними въ томъ и дру-

НБ ХНМУ

гомъ рядѣ случаевъ почти одно и тоже, т. е. замужнихъ въ нѣсколько разъ было больше, чѣмъ незамужнихъ.

Изъ замужнихъ 12 больныхъ имѣли беременность и роды:

I рагае	. . .	5 больныхъ.
II	„ . . .	3 „
IV	„ . . .	1 „
V	„ . . .	2 „
XII	„ . . .	1 „

Изъ незамужнихъ была беременна одна больная и выкинула на 4 мѣсяцѣ беременности.

Продолжительность болѣзни въ нашихъ случаяхъ, по указанію больныхъ, равнялась:

до 1 года	. . . .	7 разъ
по 1 году	. . . .	5 „
до 2 лѣтъ	. . . .	3 „
„ 3	„	6 „
„ 4	„	2 „
„ 5	„	4 „
„ 6	„	1 „
„ 10	„	1 „
„ 12	„	1 „

Въ большей части случаевъ продолжительность болѣзни была отъ 1 мѣсяца до 3 лѣтъ у 20 больныхъ, въ 2 случаяхъ, какъ это видно изъ приведенной таблицы, болѣзнь продолжалась 12 и 10 лѣтъ (въ № 17 и 18). Случай № 18 интересенъ въ томъ отношеніи, что въ теченіи болѣзни наблюдался 2 раза разрывъ стѣнки опухоли безъ особенныхъ явленій. 10 лѣтъ тому назадъ появилась внизу живота опухоль небольшой величины, которая черезъ годъ достигла величины куринаго яйца. Нѣсколько времени спустя, при случайномъ паденіи съ лѣстницы, эта опухоль лопнула, послѣ чего явились весьма сильныя боли внизу живота, сопровождавшіяся рвотой и лихорадочнымъ состояніемъ. Мѣсяца черезъ четыре появилась вновь опухоль, которая приблизительно черезъ годъ также лопнула; спустя два мѣсяца снова замѣтила опухоль; она росла сначала медленно, а въ послѣднее время стала увеличиваться весьма быстро.

Благодаря этимъ повторнымъ разрывамъ кисты, болѣзнь и могла продолжаться столь долгое время, не причиняя особенно сильныхъ страданій больной.

Въ № 17 въ теченіи болѣзни замѣчалось также исчезновеніе опухоли.

Въ большей части случаевъ *симптомы болѣзни*, какъ и въ предыдущей серіи овaріотомій, зависѣли главнымъ образомъ отъ мѣстныхъ перитонитовъ, размѣровъ опухоли и давленія ея на сосѣдніе органы: мочевой пузырь и прямую кишку.

16 больныхъ жаловались на боли внизу живота, у двухъ изъ нихъ (№№ 13, 18) эти боли, особенно усиливались передъ регулами; у одной больной № 18 боли тупого характера локализировались въ обѣихъ паховыхъ областяхъ; у трехъ (№№ 14, 15, 27 эти боли по временамъ остраго характера, были на лѣвой сторонѣ и отдавали въ лѣвую ногу, такія-же боли мы находимъ въ трехъ случаяхъ и на правой сторонѣ (№№ 11, 19 и 25); въ остальныхъ 6 случаяхъ жалобы больныхъ были на одышку и тяжесть внизу живота. Кромѣ этого, больныя жаловались на боли въ поясницѣ (3 раза), на частые позывы на мочеиспусканіе (3 раза), 2 раза на затрудненіе при мочеиспусканіи, въ одномъ упорныя констипаціи, тошноту, кровотеченія, головныя боли, и въ 9 случаяхъ на общую слабость и отсутствіе аппетита. Въ 14 случаяхъ *типъ регулъ* остался безъ измѣненія; въ 7-же (№№ 1, 2, 4, 13, 14, 19, 23) они измѣнились слѣдующимъ образомъ: въ №№ 2, 4 и 19 они сдѣлались менѣе обильными, рѣже приходятъ (№ 4) и меньшее число дней продолжаются (№№ 2 и 19) сравнительно съ состояніемъ ихъ до болѣзни; въ 4 случаяхъ (№№ 1, 13, 14, 23) они за время болѣзни сдѣлались обильнѣе и стали являться чаще (№№ 1, 13 и 14), хотя въ этихъ послѣднихъ случаяхъ количество дней въ менструальномъ періодѣ стало меньше, такъ въ № 1 вмѣсто нормальнаго типа до болѣзни черезъ 3 недѣли по 5-6 дней—за время болѣзни черезъ 2 нед. по 2-3 дня; въ № 13 вмѣсто типа черезъ 4 недѣли по 5 дней,—являются черезъ 3 нед. по 3 дня, наконецъ, въ № 14 вмѣсто 5 недѣль приходятъ черезъ

4; но количество дней осталось безъ измѣненій, какъ было и до болѣзни—5 дней.

Въ 1 случаѣ № 21 наблюдались маточныя кровотеченія. Эта больная—66 лѣтъ, прекратила менструировать 20 лѣтъ тому назадъ и вотъ, спустя 20 лѣтъ, вдругъ изъ половыхъ частей появляются крови съ тупой болью въ лѣвомъ паху. Кровотеченіе черезъ нѣсколько времени прекратилось, но черезъ $1^1/_2$ недѣли открылось снова и продолжалось 2 мѣсяца; въ скоромъ времени больная замѣтила опухоль.

У 7 больныхъ регулы отсутствовали, причемъ у 6 изъ нихъ это отсутствіе можно объяснить уже наступившимъ климактерическимъ періодомъ и у одной, начавшейся беременностью ($2^1/_2$ мѣсяца).

Въ одномъ случаѣ, а именно въ № 20, нужно отмѣтить, усиливавшееся за время болѣзни, разстройство нервной системы въ формѣ истерическихъ припадковъ, которыми страдаетъ съ дѣтства, но въ слабой степени. Кромѣ этого, у больной бываютъ постоянныя сильныя боли внизу живота, особенно во время менструаціи.

Разсматривая все вышесказанное относительно менструаціи, мы видимъ, что въ этомъ рядѣ случаевъ кистъ яичника и parovarii, регулы въ большей части случаевъ остались безъ измѣненія.

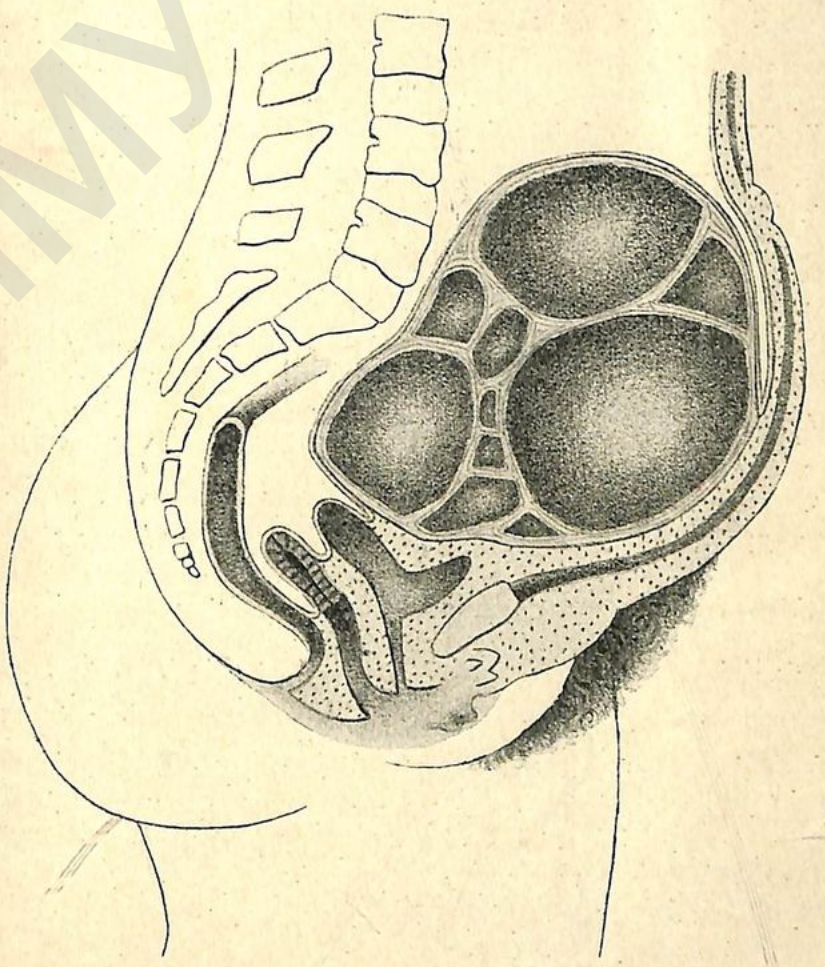
Общее состояніе больныхъ въ 14 случаяхъ было хорошее въ 7 умѣренное и въ 9 случаяхъ питаніе было подорвано,—больныя отличались плохимъ общемъ видомъ и были въ значительной степени малокровны.

Наибольшая окружность живота въ сантиметрахъ:

отъ	75	до	80	stm. . . .	2	больныхъ
„	81	„	90	„ . . .	7	„
„	91	„	100	„ . . .	2	„
„	101	„	110	„ . . .	3	„
„	118	„	—	„ . . .	1	больная
„	122	„	—	„ . . .	3	больныхъ
„	132	„	—	„ . . .	1	больная

Въ остальныхъ случаяхъ животъ не былъ измѣренъ.

Рис. № 7.



ПБХНМУ

Полость матки въ 6-ти случаяхъ была увеличена:

въ № 5 . . . . 15 ctm. (бужемъ и зондомъ)
„ № 17 . . . . 13 „
„ № 23 . . . . 12 „
„ №№ 21 и 6 . . 11 „
„ № 18 . . . . 12½ „

У другихъ 24 больныхъ длина полости матки оказалась нормальной величины, а въ одномъ случаѣ даже меньше нормы, въ № 4 она равнялась всего 4 ctm.

Діагностика. Межсвязочныя кисты, помѣщаясь между листками широкой связки, ростутъ какъ по направленію въ брюшную полость, такъ и въ клѣтчатку таза. Помѣщаясь съ боку матки, онѣ весьма тѣсно прилегаютъ къ ней, такъ что отдѣляются только въ большей и меньшей степени, выраженной бороздой. Всѣ движенія опухоли весьма отчетливо передаются на маткѣ, что особенно ясно обнаруживается изслѣдованіемъ по Hegar'у. Матка обыкновенно оттѣсняется въ противоположную сторону, т. е. въ правую или лѣвую и чаще всего кпереди, въ то время какъ сама опухоль больше помѣщается кзади отъ матки и весьма рѣдко впереди ея, какъ это мы наблюдали въ № 14 (см. рисунокъ № 7).

№ 14 Cystoma lig. lati dextri. Матка смѣщена сильно кзади, а опухоль помѣщалась впереди нея и прощупывалась незначительнымъ сегментомъ черезъ передній сводъ. При изслѣдованіи мочеваго пузыря катетеромъ оказывается, что онъ частью лежитъ впереди опухоли, частью же между ней и маткой.

При ростѣ опухоли въ полость брюшины, матка значительно вытягивается опухолью вверхъ, влагалищная часть тогда помѣщается высоко и при изслѣдованіи пальцемъ достигается съ большимъ трудомъ. Какъ на примѣръ только что сказаннаго, я могу указать на № 5 и № 9. Въ № 5 Cystoma lig. lati sinistri при бимануальномъ изслѣдованіи per vaginam матка опредѣляется высоко поднятой и вытянутой вверхъ, какъ придатокъ опухоли, сзади и слѣва ея. Своды, въ особенности лѣвый, какъ и матка, приподняты сильно вверхъ. Въ № 9 Cystoma intraligament. duplex. Per vaginam матка

нормальной величины и консистенціи приподнята вверхъ, мочевой пузырь также нѣсколько вытянутъ кверху, нижній сегментъ опухоли черезъ рукавъ не достигается и своды оттянуты сильно кверху, какъ правый, такъ и лѣвый. Въ большей части случаевъ опухоль глубоко внѣдряется въ тазовую клѣтчатку и вытягивается тотъ или другой сводъ въ полость рукава, въ тоже самое время она тѣсно прилежитъ къ соотвѣтствующему краю матки, будучи отдѣлена отъ нея только бороздой, или граница ея съ маткой можетъ быть не опредѣлима. Матка занимаетъ положеніе боковое и по мѣрѣ роста опухоли поднимается и оттягивается вверхъ, какъ это видно на рисункѣ № 6-омъ, относящемся къ случаю № 6. При изслѣдованіи такихъ опухолей мы per vaginam прежде всего прощупываемъ нижній сегментъ опухоли, черезъ выпяченный сводъ, затѣмъ опредѣляемъ консистенцію опухоли, границы ея и тѣсное отношеніе къ маткѣ.

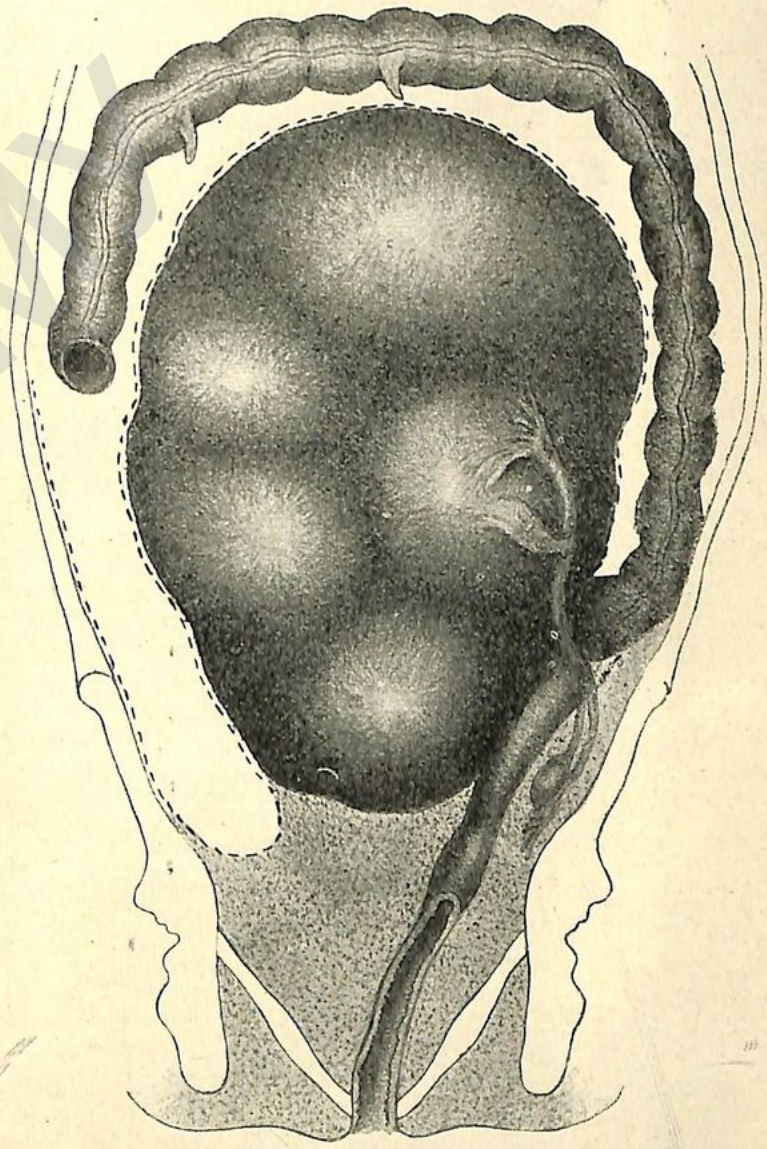
Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоли эти, разростаясь подъ брюшиной, отслаиваютъ ее отъ подлежащей ткани, при этомъ на лѣвой сторонѣ попадаютъ въ брыжжейку flexurae sigmoideae, раздвигаютъ обѣ пластинки ея и могутъ проникнуть такъ далеко, что J. Romanum прилегаетъ къ ней непосредственно; правосторонняя опухоль, ростущая кнаружи, попадаетъ въ соединительную ткань, лежащую вокругъ слѣпой кишки и постепенно оттѣсняетъ ее настолько, что слѣпая кишка и червеобразный отростокъ непосредственно прилегаютъ къ ней (Schroeder [1]).

Какъ примѣръ только что сказаннаго, представляетъ случай № 9. Опухоль занимала все пространство между слѣпой кишкой и маткой и оттѣсняла кишку настолько, что эта послѣдняя тѣсно прилегала къ ней, кромѣ того она совершенно вплотную прилегала къ правому краю матки, такъ что при наложеніи лигатуръ, первыя изъ нихъ проходили черезъ толщу правой стѣнки и соотвѣтствующаго угла матки.

Тѣсное прилежаніе къ опухоли flex. sigmoid. находимъ въ

[1]) Руководство къ болѣзнямъ женскихъ полов. органовъ. Рус. переводъ 1890 г. стр. 460.

Рис. № 8.



№ 14-омъ, гдѣ peritoneum лѣвой боковой стѣнки таза былъ значительно приподнятъ опухолью кверху.

Въ другихъ случаяхъ опухоль, по мѣрѣ своего роста вверхъ можетъ отпрепаровать брюшину отъ позвоночника, какъ это находимъ въ № 28. Въ № 28 киста придатка яичника, разростаясь между листками правой широкой связки, далеко проникла вверхъ, отдѣлила брюшину отъ позвоночника и помѣстилась непосредственно на большихъ сосудахъ брюшной полости.

Такимъ образомъ, на основаніи только что сказанныхъ данныхъ относительно анатомическаго положенія кисты широкихъ связокъ, какъ-то: 1) эластической консистенціи, 2) тѣснаго прилеганія къ соотвѣтствующему краю матки на большомъ протяженіи, 3) глубокаго положенія опухоли въ полости малаго таза, и 4) смѣщенія матки вверхъ и въ стороны, можно съ большей вѣроятностью поставить точный діагнозъ.

Принадлежитъ-ли данная опухоль широкой связки яичнику, или придатку ея, во многихъ случаяхъ сказать весьма трудно, даже и тогда можетъ быть сдѣлана ошибка, когда рядомъ съ опухолью прощупывается тѣло имѣющее всѣ свойства нормальнаго яичника. Кистома можетъ развиться въ наружномъ концѣ яичника, очень рѣзко отшнуроваться отъ него, такъ что рядомъ съ опухолью прощупывается яичникъ, отдѣленный отъ него бороздой (Schroeder [1]). Кромѣ того въ цѣломъ рядѣ случаевъ яичникъ нельзя открыть даже при осмотрѣ полученаго препарата, хотя несомнѣнно киста принадлежитъ parovari'ю.

Wykowska-Dunin [2]) объясняетъ это или полнымъ отсутствіемъ яичника, или одностороннимъ ихъ положеніемъ, или наконецъ, тѣмъ, что каналы parovarii вростаютъ въ строму яичника, привлекаютъ его къ образованію кисты и давленіемъ содержимаго приводятъ къ атрофіи его.

---

1) Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ. Русск. переводъ стр. 468. 1890 г.

2) Wykowska-Dunin. Beitrage zur Kenntniss und Behandlung die Parovarialcysten. Archiv für gyn. Bd. 34.

НБ ХНМУ

Діагностическій проколъ и изслѣдованіе жидкости, которому нѣкоторые авторы приписываютъ большое значеніе, что при parovarial'ныхъ кистахъ жидкость прозрачная, опалесцирующая, не содержитъ paralbumin'a и морфологическихъ элементовъ уд. в. 1001, 1002, чѣмъ отличается отъ овариальныхъ опухолей,—очень часто не оправдывается на дѣлѣ, а кромѣ того, проколъ самъ по себѣ представляется небезопаснымъ, въ виду возможности послѣдовательнаго нагноенія кисты.

Ни химическій анализъ, добытый проколомъ, жидкости, ни результатъ микроскопическаго изслѣдованія ея, не можетъ рѣшить вопроса, говоритъ Veit [3]), и приводить въ подтвержденіе своихъ взглядовъ рядъ изслѣдованій на большомъ матеріалѣ Pfannenstiel'я [4]), Относительно удѣльнаго вѣса весьма вѣрно замѣчаетъ Olshausen, что удѣльный вѣсъ можетъ быть весьма различенъ и зависитъ отъ кровоизліянія или развитія сосочковъ на внутренней поверхности кисты. Наконецъ, однокамерность кистъ, что какъ говорятъ, характеризуетъ parovarial'ныя кисты, не рѣдко не подтверждается на практикѣ. Отсюда мы можемъ заключить, что дифференціальная діагностика не можетъ быть сдѣлана между кистой яичника, развившейся въ широкой связкѣ и кистой parovarii.

Дифференціальная діагностика между кистой яичника и кистой широкой связки устанавливается, на основаніи тѣхъ характерныхъ признаковъ послѣдней, о которой только что сказалъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ діагностика представляетъ большія затрудненія и вѣрный діагнозъ можетъ быть только я поставленъ по вскрытіи брюшной полости. Такіе случаи наблюдались и при нашихъ овариотоміяхъ, гдѣ при чревосѣченіи оказывалась не киста яичника, а киста широкой связки.

Подобное смѣшеніе можетъ произойти главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль ростетъ больше всего въ брюшную полость, помѣщается внѣ малаго таза и имѣетъ болѣе или менѣе значительные размѣры. Отношеніе къ маткѣ опре-

[3]) Weit. Діагностика женскихъ болѣзней. Русскій переводъ, стр. 159, 1892 года.

[4]) Pfannenstiel Archiv für gyn Bd. 38.

дѣляются только какъ опухоли придатка и не обнаруживаютъ того тѣснаго соприкосновенія къ ней, какъ это характеризуетъ кисты широкихъ связокъ.

Такія опухоли по оперативной техникѣ, въ большей части случаевъ, не представляютъ большихъ трудностей для удаленія, такъ какъ имѣютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженную ножку, по перевязкѣ которой опухоль удаляется.

Среди нашихъ случаевъ мы какъ напримѣръ этого можемъ указать на № 27. Въ этомъ случаѣ опухоль весьма подвижная во всѣ стороны, величиной съ гусиное яйцо; отъ лѣваго бока матки къ опухоли прощупывается шнурокъ. До операціи былъ поставленъ діагнозъ кисты яичника, при операціи-же оказалась киста широкой связки.

Изъ осложненій болѣзни слѣдуетъ замѣтить въ 2-хъ случаяхъ (№ 7 и 29) нагноеніе кисты и въ 2-хъ случаяхъ торзія ножки въ № 21 и 24.

Въ № 7 нагноеніе кисты было діагносцировано до операціи по температурной кривой. Нагноеніе въ данномъ случаѣ развилось послѣ сдѣланнаго прокола. Въ №-же 29 примѣшиваніе гноя къ содержимому можно объяснить такимъ образомъ: такъ какъ при изслѣдованіи препарата внутренняя поверхность кисты не представляла явленій воспаленія, то нельзя предположить, что нагноеніе произошло отъ сдѣланныхъ проколовъ, при которыхъ оба раза получена чистая жидкость. Превращеніе же жидкости въ гной слѣдуетъ отнести на счетъ кишечника. Стѣнка кисты въ одномъ мѣстѣ была плотно срощена съ кишечной петлей и сильно истончена. Этимъ-то путемъ и проникли въ полость кисты патогенные микроорганизмы.

Въ 6-ти случаяхъ (№№ 9, 11, 18, 19, 21, 27) найденъ ascites. Въ 3-хъ случаяхъ (№ 19, 21, 27) сдѣлана для облегченія дыханія больной пункція за нѣсколько времени до операціи.

Показанія къ операціи при кистахъ широкихъ связокъ тѣ-же, что и при кистахъ яичника, только при этихъ опухоляхъ лучше выждать нѣкоторое время, пока киста достигнетъ большихъ размѣровъ и выйдетъ изъ полости малаго таза, такъ

какъ удаленіе, небольшихъ опухолей лежащихъ глубоко въ клѣтчаткѣ таза, можетъ представить подъ часъ большія, техническія трудности.

Случаи самоизлеченія кисты весьма рѣдки и наблюдаются только при однополостныхъ кистахъ при разрывахъ ихъ стѣнки. Одинъ проколъ такихъ кистъ, также рѣдко ведетъ къ полному излеченію и жидкость спустя извѣстное время снова накопляется въ кистѣ, а кромѣ того послѣ прокола можетъ произойти нагноеніе кисты, какъ это мы находимъ въ № 7-мъ, гдѣ на дому у больной, до прибытія ея въ клинику, былъ сдѣланъ проколъ, причемъ получена прозрачная, серознаго характера жидкость, больная послѣ этого стала лихорадить и при чревосѣченіи содержимое кисты оказалось густымъ гноемъ съ отвратительнымъ, зловоннымъ запахомъ.

Изъ оперативныхъ методовъ, исключающихъ вскрытіе брюшной полости, слѣдуетъ отмѣтить salpingovario-cystotomia, предложенная какъ методъ леченія внутри связочныхъ кистъ проф. Ястребовымъ [1]). Способъ этотъ авторъ примѣнилъ у больной, страдавшей порокомъ сердца, эмфиземой легкихъ и отекомъ ихъ въ заднихъ доляхъ, опухоль же лежала глубоко въ тазу и выпячивала сводъ влагалища, была однополостная и содержала серозную жидкость. Операція произведена безъ хлороформа. Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ: стѣнка кисты обнажается послойно черезъ задній сводъ, вскрывается, затѣмъ отдѣляется нѣсколько отъ окружающихъ частей и, наконецъ, сшивается со стѣнками рукава.

Послѣдовательное леченіе: промываніе полости кисты и тампонація—полное выздоровленіе больной.

Такого рода операція можетъ быть примѣнима только при однополостныхъ кистахъ, съ серознымъ содержимымъ, съ гладкими стѣнками и глубокомъ положеніи ихъ въ тазу; при кистахъ же болѣе сложнаго строенія, только при противопоказаніяхъ къ лапоротоміи вообще, какъ говоритъ проф. Ястребовъ.

На основаніи малочисленности наблюденій, едва ли можно

[1]) Журн. акушер. и женск. болѣз. 1888 г. № 7 и 8.

сказать что нибудь опредѣленное относительно этой операціи, но по сложности послѣопераціоннаго ухода за больной и возможности инфекціи изъ полости влагалища, ее нельзя сравнивать съ laparo-parovario-cystoektomi'ей. Техника удаленія кистъ широкихъ связокъ путемъ чревосѣченія не можетъ быть поставлена въ извѣстныя рамки и зависитъ отъ особенностей каждаго даннаго случая. Конечно, какъ и вообще при овaріотоміяхъ, должно стремиться къ полному удаленію опухоли, что, къ сожалѣнію, не во всѣхъ случаяхъ возможно исполнить.

Полное удаленіе опухоли достигается или вылущеніемъ ея изъ среды широкихъ связокъ, если опухоль помѣщается глубоко въ тазу, или обычнымъ способомъ, какъ вообще при овaріотоміяхъ, если опухоль имѣетъ хирургическую ножку.

Вылущеніе по Мартину и Шредеру производится слѣдующимъ образомъ: надрѣзывается перитонеальный покровъ кисты, циркулярно по всей ея окружности, затѣмъ отпрепаровываютъ тупымъ путемъ peritoneum отъ стѣнки кисты, удаляютъ послѣднюю и оставшуюся капсулу зашиваютъ матрацнымъ швомъ, отрѣзавъ излишекъ peritoneum поверхъ лигатуръ.

Martin въ каждомъ такомъ случаѣ, прежде закрытія раны со стороны брюшной полости, дренажируетъ ее, выводя дренажъ во влагалище.

При невозможности вылущить опухоль описаннымъ образомъ, дѣлаютъ разрѣзъ въ стѣнкѣ кисты, заходятъ въ нее рукой и стараются отдѣлить дно кисты отъ подлежащей, рыхлой ткани. Какъ скоро это удалось сдѣлать, накладываютъ подъ дно кисты рядъ лигатуръ и опухоль поверхъ лигатуръ съ избыткомъ брюшины отрѣзываютъ ножницами.

При кистахъ, вытягивающихъ широкую связку вверхъ, получается ножка, которая и перевязывается въ одинъ, два или нѣсколько пучковъ. При невозможности удалить опухоль въ силу ли ея положенія или плотныхъ сращеній съ окружающими частями, приходится ограничиваться неполной операціей. Способы производства ея также различны, какъ и при полномъ удаленіи опухоли.

Леченіе можетъ быть двоякое: или внѣбрюшинное, или внутрибрюшинное. Первый способъ леченія въ настоящее время все болѣе и болѣе отступаетъ на задній планъ. Предложенъ онъ былъ Шредеромъ и заключается въ слѣдующемъ: резецируется стѣнка кисты насколько можно больше и остатокъ ея вшивается въ нижній уголъ раны. Вшитая такимъ образомъ часть мѣшка постепенно запустѣваетъ и, наконецъ, совсѣмъ заростаетъ. Противъ такого способа леченія говоритъ кропотливость послѣопераціоннаго ухода и продолжительность его, какъ и вообще при внѣбрюшинномъ уходѣ за культей сравнительно съ другимъ способомъ—внутрибрюшиннымъ, гдѣ все теченіе послѣопераціоннаго періода равняется 3—3½ недѣлямъ. Къ сожалѣнію и въ настоящее время въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ внѣбрюшинному способу при неудалимыхъ опухоляхъ.

Изъ внутрибрюшинныхъ способовъ леченія остатка кисты мы опишемъ способъ проф. А. И. Лебедева [1]), который онъ примѣнилъ впервые на больной № 1, 21-го ноября 1884 г.

Проф. Лебедевъ основываетъ рекомендованный имъ способъ на слѣдующихъ фактахъ и явленіяхъ, наблюдаемыхъ въ теченіи межсвязочныхъ опухолей:

1. Содержимое параваріальныхъ кистъ несравненно чаще представляется чисто серознымъ и весьма мало отличается отъ асцитической жидкости.

2. Самопроизвольное лопаніе такихъ кистъ влечетъ за собой весьма незначительные клиническіе симптомы, въ формѣ раздраженія перитонеальнаго покрова брюшной полости.

3. Серозная жидкость, изливаясь въ брюшную полость, быстро всасывается и peritoneum не претерпѣваетъ почти никакихъ измѣненій отъ соприкосновенія съ этой жидкостью и что, слѣдовательно, вполнѣ безнаказанно можно оставлять такія кисты въ прямомъ сообщеніи съ полостью брюшиннаго мѣшка.

Самый способъ операціи представляется въ слѣдующемъ

[1]) А. И. Лебедевъ. Къ техникѣ оперативнаго леченія интралигаментарныхъ кистъ „Еженедѣльн. Клиническ. газета“ 1885 г. № 4 и 5.

видѣ: по вскрытіи брюшной полости киста пунктируется при помощи троакара, затѣмъ, по отдѣленіи сращеній опухоли съ прилежащими частями, ампутируется насколько возможно большая часть ея стѣнки, останавливая кровотеченіе изъ краевъ разрѣза помощью Т образныхъ пинцетовъ; вслѣдъ затѣмъ удаляются остатки серозной жидкости изъ ея полости помощью губокъ и стѣнка кисты перевязывается по участкамъ шелковыми лигатурами такимъ образомъ, что каждая изъ нихъ захватываетъ участки, перевязанные двумя сосѣдними съ ней лигатурами, такъ что въ общемъ онѣ имѣютъ видъ цѣпи. По наложеніи всѣхъ лигатуръ стѣнки кисты снова срѣзываются насколько возможно больше и культя такимъ образомъ ампутированной кисты походитъ на шейку невполнѣ затянутаго кисета.

Для ограниченія питанія кисты и скорѣйшей атрофіи ея перевязываются главные сосуды, снабжающіе ее кровью: art. spermatica et art. uterina.

Проф. А. И. Лебедевъ, являясь сторонникомъ полнаго удаленія кисты, рекомендуетъ этотъ способъ въ тѣхъ случаяхъ однополостныхъ, серозныхъ кистъ, гдѣ полнаго удаленія опухоли произвести нельзя въ силу глубокаго положенія ея и гдѣ удаленіе можетъ быть связано съ опаснымъ раненіемъ art. uterina или одной изъ ея вѣтвей или, наконецъ, раненіемъ urether'a, который въ такихъ случаяхъ весьма тѣсно и на большомъ протяженіи прилежитъ къ стѣнкѣ кисты.

Такой способъ имѣетъ громадныя преимущества передъ внѣбрюшиннымъ способомъ Шредера какъ по простотѣ послѣопераціоннаго ухода за больной, такъ и по продолжительности и теченіи этого періода.

Перевязка кисты по участкамъ цѣпеобразными швами и наложеніе лигатуръ на главные питающіе кисту сосуды гарантируютъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія и, нарушая питаніе кисты, ведутъ къ послѣдовательной атрофіи и сморщиванію остатка

Изъ другихъ способовъ неполнаго удаленія опухоли слѣдуетъ упомянуть о дренированіи опухоли черезъ рукавъ, какъ

это сдѣлалъ въ одномъ случаѣ В. В. Сутугинъ [1]). Послѣ неудавшагося вылущенія кисты изъ среды широкихъ связокъ, благодаря плотнымъ сращеніямъ, авторъ черезъ сдѣланное отверстіе въ стѣнкѣ кисты провелъ Т-образный дренажъ въ полость рукава черезъ лѣвый задній сводъ сантиметр. на 6 отъ port. vaginalis матки внизъ и влѣво, при помощи троакара, и закрылъ верхнее отверстіе въ стѣнкѣ кисты непрерывнымъ, скорняжнымъ швомъ изъ кэтгута. Больная выздоровѣла.

Резецировать часть стѣнки кисты онъ побоялся, такъ какъ содержимое ея представляло изъ себя чистый гной.

Всѣ наши случаи, исключая двухъ, № 19 и 28, оперированы внутрибрюшиннымъ способомъ и опухоли удалены частью вылущеніемъ, частью по типу овaріальныхъ опухолей, имѣющихъ хирургическую ножку, и, наконецъ, при невозможности вполнѣ удалить опухоль, проф. Лебедевъ примѣнилъ свой способъ.

Въ № 19, какъ я сказалъ выше, леченіе ножки было внѣбрюшинное. Въ этомъ случаѣ имѣли дѣло съ cystoma papillare intraligament. parovarii dextri multiloculare., съ густымъ коллоиднымъ содержимымъ. Вслѣдствіе глубокаго положенія опухоли въ полости малаго таза, вполнѣ удалить ее не представлялось возможнымъ, коллоидное-же содержимое, папиллярныя разращенія, многокамерность ея—исключали возможность частичной резекціи стѣнки кисты и внутрибрюшиннаго леченія остатка ея. Поэтому, по извлеченіи опухоли наружу, на основаніе ея былъ наложенъ эластическій жгутъ и она насколько возможно срѣзана, остатокъ ея выше жгута перетянутъ двумя кисетными швами, эластическій жгутъ снятъ и культя вшита въ нижній уголъ брюшной раны кэтгутовыми швами. Поверхность культи прижжена ol. Martis.

Въ № 28, вслѣдствіе опасности полнаго удаленія опухоли, такъ какъ она помѣщалась на крупныхъ сосудахъ брюшной полости, большая часть кисты удалена, а остатокъ вшитъ въ нижній уголъ брюшной раны.

Случаи № 1, 12 и 25 оперированы по способу проф. Лебедева. Эти случаи относились къ однополостнымъ кистамъ съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ, съ гладкими и тонкими стѣнками. Послѣ резекціи большей части кисты, остатокъ былъ обшитъ въ № 12—5-ю, а въ № 25—6-ю цѣпеобразными швами. Глубина остатка полости равнялась въ № 12 приблизительно 5 ctm.

[1]) Сутугинъ. „Хирургическій вѣстникъ“, 1885 г.

Въ одномъ случаѣ № 5-мъ (cystoma lig. lati sinistri) опухоль глубоко выросла между листками широкой связки и была соединена цѣлымъ рядомъ весьма плотныхъ ложныхъ перепонокъ какъ съ маткой, такъ и съ окололежащими органами. Вылущеніе опухоли не увѣнчалось успѣхомъ, поэтому срѣзана большая часть опухоли и отъ лѣваго угла матки до flexura sigmoidea, широкая связка прошита 12 цѣпеобразными швами. Послѣ этого остатокъ новообразованія и меньшій участокъ широкой связки срѣзаны ножницами и края обрѣза широкой связки соединены непрерывнымъ обвивнымъ швомъ изъ кэтгута.

Въ 13-ти случахъ (№№ 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 30) опухоли удалены по типу овaріальныхъ опухолей, имѣющихъ хирургическую ножку.

Въ № 8 (cystoma parovarii dextri), несмотря на глубокое положеніе, возможно было наложить на широкую связку подъ дно опухоли 4 цѣпеобразныхъ шелковыхъ лигатуры и поверхъ ихъ опухоль срѣзана.

Въ № 9 (cystoma intralig. duplex) правая опухоль имѣла очень широкую и короткую ножку, идущую отъ праваго угла матки до слѣпой кишки. Наложеніе лигатуръ было начато отъ угла матки, причемъ первыя лигатуры были наложены, въ виду тѣснаго прилежанія опухоли такимъ образомъ, что проходили черезъ толщу стѣнки правой стороны и соотвѣтствующаго угла матки. Послѣ весьма трудной перевязки, опухоль отрѣзана; ножка лѣвой опухоли перевязана въ два пучка и также отрѣзана.

Въ № 10 (cystoma parovarii dextri intraligament.) на широкую связку ниже дна опухоли наложены двѣ лигатуры и опухоль отрѣзана.

Въ № 11 (cystoma ovarii dextri et cystoma parovarii sinistri) ножка правой опухоли перевязана въ двѣ лигатуры, а ножка лѣвой опухоли—6-ю цѣпеобразными швами. Эта послѣдняя опухоль имѣла широкую ножку и прилегала съ одной стороны къ лѣвому краю матки, а съ другой стороны доходила до flexura sigmoidea.

Въ № 13 (cystoma intralig. sinistr.) широкая ножка перевязана въ два пучка.

Въ № 16 (cystoma intralig. dextrum) на ножку наложены 2 двойныхъ лигатуры.

Въ № 20 (cystoma intralig. sinistr.) ножка перевязана въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой.

Въ № 21 (cystoma intralig. sinistr.) широкая (10 ctm) ножка, перекрученная справа налѣво, перевязана двойной шелковой лигатурой въ 2 пучка.

Въ № 22 (cystoma ovarii sinistri et graviditas) ножка перевязана въ два пучка.

Въ № 24 (cystoma ovarii sinistri intralig.) ножка опухоли перевязана въ 7 пучковъ, причемъ въ два пучка захвачена часть стѣнки матки.

Въ № 26 (cystoma ovarii sinistri intralig.) ножка въ 10 с. шириной была также перевязана въ два пучка двойной лигатурой.

Въ 6-ти случаяхъ №№ 2, 3, 6, 7, 15 и 18 кисты удалены по способу Шредера, съ разрѣзомъ стѣнки кисты, введеніемъ въ нее руки и отпрепаровкой дна отъ подлежащей ткани.

Въ № 2 (cystoma ovarii dextri intralig.) введенной въ полость кисты рукою, отдѣлено дно ея отъ подлежащей ткани и подъ него наложена двойная лигатура, поверхъ опухоль срѣзана. Опухоль тѣсно прилегала къ слѣпой кишкѣ, отъ которой она была отдѣлена по наложеніи 5 лигатуръ.

Въ № 3 (cystoma parovarii dextri intralig.) дно кисты вылущено изъ широкой связки и на образовавшуюся дупликатуру связки наложена двойная лигатура, послѣ чего опухоль отрѣзана. Ниже этихъ лигатуръ листки широкой связки были

обколоты еще 8-ю швами и, такъ какъ киста помѣщалась глубоко въ широкой связкѣ, то ниже предыдущаго ряда лигатуръ, для закрытія могущей образоваться тамъ полости, наложенъ еще рядъ въ 4 шелковыхъ лигатуры.

Въ № 6 (cystoma intralig. dextr.) дно кисты вылущено введенной въ полость ея рукой и подъ него на широкую связку наложено 6 цѣпеобразныхъ швовъ, опухоль срѣзана поверхъ лигатуръ (см. рисунокъ 8-й, гдѣ показано положеніе опухоли и отношеніе ея къ маткѣ).

Въ № 7 (cystoma intralig. dextr. et suppurat. cystidis) подъ вылущенное и приподнятое дно кисты было наложено, на широкую связку 8 лигатуръ, идущихъ цѣпью.

Въ № 15 (cystoma intralig. sinistr.) удалена какъ и предыдущая и на широкую связку наложено 5 цѣпью идущихъ лигатуръ.

Въ № 18 (cystoma ovarii intralig. sinistr.) удаленіе совершено такимъ-же образомъ; на широкую связку подъ дно наложено 6 цѣпеобразныхъ швовъ.

Въ 5-ти случаяхъ №№ 4, 14, 23, 27 и 29 произведено вылущеніе опухоли по способу Шредера и Мартина.

Въ № 4 (cystoma parovarii dextri) по отдѣленіи сросшеній киста была вылущена вполнѣ изъ широкой связки и образовавшаяся полость закрыта 2 швами.

Въ № 14 (cystoma intralig. sinistrum) опухоль вылущена, а оставшаяся капсула сшита пятью шелковыми лигатурами.

Въ № 27 (cystoma ovarii intralig. sinistr.) громадная межсвязочная опухоль, благодаря очень плотнымъ и обильнымъ сросшеніямъ, была вылущена по частямъ, кровоточащіе сосуды были частью перевязываемы, частью захватывались въ Pea'n—пинцеты. По остановкѣ кровотеченія культя опухоли опущена въ брюшную полость.

Въ № 23 (cystoma intralig. sinistr.) опухоль вылущена и на широкую связку наложено 9 лигатуръ (двойныхъ и одиночныхъ).

Въ № 29 (cystoma lig. lati. dextri et suppuratio cystidis)

большая часть кисты, по отдѣленіи сращеній, срѣзана, дно вылущено изъ широкой связки и капсула зашита матрацными швами.

Туалетъ брюшины совершался тщательно отжатыми губками на корнцангахъ.

Длина разрѣза брюшныхъ стѣнокъ колебалась отъ 10 до 27 ctm., въ общемъ она была такова:

10 ctm.	1 разъ.	18 ctm.	3 раза.
11 „	1 „	19 „	1 „
12 „	2 раза.	20 „	2 раза.
14 „	3 „	21 „	1 разъ.
15 „	2 „	22 „	2 раза.
16 „	3 „	23 „	4 „
17 „	3 „	24 „	1 разъ.
		27 „	1 „

Брюшная рана зашивалась узловатыми шелковыми швами, какъ поверхностными, такъ и глубокими; самое меньшее число наложенныхъ швовъ 9, а самое большее 25.

Изъ осложненій операціи кромѣ глубокаго положенія опухоли слѣдуетъ отмѣтить: кровотеченія, сращенія съ прилежащими органами и въ одномъ случаѣ раненіе мочеваго пузыря.

Кровотеченіе изъ культи наблюдалось въ № 4 и въ № 9. Въ № 4 паренхиматозное кровотеченіе, открывшееся съ внутренней поверхности капсулы, остановлено ватнымъ тампономъ съ растворомъ полуторно-хлористаго желѣза (1 : 4); въ № 9 при перевязкѣ lig. lati ткань выскользнула изъ лигатуры и открылось сильное кровотеченіе изъ art. spermatica и вѣтвей ея,—кровотеченіе остановлено вторичной перевязкой.

Въ № 16 при разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ была поранена верхушка мочеваго пузыря; рана зашита 10 тонкими шелковыми швами.

Въ 11 случаяхъ (№№ 4, 5, 7, 9, 10, 11, 18, 20, 23, 27, 29) встрѣтились съ болѣе или менѣе плотными сращеніями опухоли съ прилежащими частями:

Сращенія съ perit. parietale	8 разъ.
„ „ сальникомъ	5 „
„ „ маткой	2 раза.
„ „ кишками (тонкими и съ S. Romanum)	5 разъ.

Въ № 11 опухоль была окутана сплошь ложными перепонками, а въ № 4 нашли сращенія со всѣми прилежащими частями. Эти сращенія частью отдѣлялись рукой, частью, особенно сращенія съ сальникомъ, перевязывались между двумя лигатурами.

Продолжительность операціи колебалась отъ 25 минутъ до 2 час. 30 минутъ, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

25 минутъ	2 раза	1 ч. 10 м.	1 разъ
30 „	2 „	1 „ 15 „	2 раза
35 „	1 разъ	1 „ 18 „	1 разъ
40 „	4 раза	1 „ 20 „	1 „
42 „	1 разъ	1 „ 30 „	1 „
50 „	3 раза	1 „ 50 „	1 „
60 „	5 разъ	2 „ 30 „	1 „

Послѣопераціонное теченіе въ 15 случаяхъ (№№ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 28) прошло безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ, въ 12 случаяхъ (№№ 5, 7, 9, 11, 14, 17, 18, 19, 22, 26, 29, 30) температура повышалась отъ одного до нѣсколькихъ разъ; въ №№ 5, 11, 18 и 26 температура лихорадочная въ первые три дня; въ № 26 это повышеніе температуры можно было объяснить нагноеніемъ въ уколахъ 4 среднихъ швовъ, въ остальныхъ же случаяхъ никакихъ осложненій не наблюдалось.

Въ № 7 отъ 12 до 15 дня температура лихорадочная, больная жаловалась на кашель.

Въ № 9 послѣ операціи температура доходила до 35,7 и замѣчался значительный упадокъ силъ, холодный потъ, паденіе пульса, такъ что въ продолженіи 6 часовъ приходилось поддерживать жизнь больной различными возбуждающими средствами; послѣ этого больная начала постепенно поправляться. На 10 день температура вдругъ повысилась до 39,5° и таковой была, съ незначительными паденіями, до 35 дня послѣ операціи. Эту лихорадку вызвали обсцессы, вскрывавшіеся въ различныхъ участкахъ брюшной раны.

Въ № 14 больная съ 15 дня начала лихорадить и такъ продолжалось около двухъ недѣль. Такъ какъ со стороны мѣст-

наго теченія процесса, осложненій не замѣчалось, больная была не разъ показываема терапевтамъ, которые высказались за легкую инфекціонную форму.

Въ № 19 (внѣбрюшинный уходъ за культей) послѣоперацiонный періодъ протекалъ при повышенной температурѣ.

Въ № 22 (при осложненіи кисты беременностью) температура только рзаъ повысилась до 38,3°, остальное время держалась на нормальныхъ цифрахъ. Черезъ 2 недѣли послѣ операціи послѣдовалъ выкидышъ 2½ мѣсяцевъ, теченіе котораго было правильное. Случаи №№ 29 и 30 протекли также при повышенной температурѣ (38,5°); въ 28 случаѣ въ нижнемъ углу раны образовался свищъ изъ котораго выдѣлялся гной и съ теченіемъ времени постепенно выходили шелковыя лигатуры, которыми была перевязана ножка кисты.

Въ 3 случаяхъ №№ 1, 21 и 27 послѣдовалъ летальный исходъ, въ 1 на 6 сутки послѣ операціи больная умерла при явленіяхъ паралича всей лѣвой половины тѣла, затрудненіе глотанія,—явленіе которое развилось уже на 4 сутки. При жизни былъ поставленъ діагнозъ—ограниченнаго процесса въ правой половинѣ продолговатаго мозга. При вскрытіи найдено: peritoneum нормальнаго блеска, безъ всякихъ признаковъ воспаленія. На днѣ 4 желудочка съ правой стороны эпендима размягчена на пространствѣ ½ квадратн. ctm.; она буроватаго цвѣта. Размягченіе распространяется и на вещество мозга.

Въ № 21 больная умерла на 77 день послѣ операціи отъ хроническаго перитонита, начавшагося еще до операціи. При вскрытіи: брюшина по всей своей поверхности окрашена въ сѣроаспидный цвѣтъ и въ полости его мѣстами гноевидная жидкость. Между кишками, брюшными стѣнками и сосѣдними органами имѣются многочисленныя старыя сращенія.

Въ № 27 смерть послѣдовала на 3 сутки послѣ операціи при явленіяхъ громаднаго метеоризма, ничѣмъ неустранимаго, сильной рвоты и упадка сердечной дѣятельности. При вскрытіи найдено: ущемленіе одной изъ петель тонкихъ кишекъ въ одномъ изъ мѣшкообразныхъ углубленій, образованномъ изъ

старыхъ ложныхъ перепонокъ подъ лѣвой пупартовой связкой. Въ данномъ случаѣ особенно обратило вниманіе на себя сердце больной, состоящее почти сплошь изъ жировой ткани.

Продолжительность послѣоперацiоннаго періода равнялась:

3 сут.	1 разъ (№ 27).	32 сут.	1 разъ.
6 „	1 „ (№ 1).	34 „	2 раза.
19 „	1 „	39 „	1 разъ.
24 „	3 раза.	44 „	1 „
20 „	4 „	63 „	1 „ (№ 9).
26 „	3 „	65 „	1 „ (№ 20).
27 „	2 „	76 „	1 „ (№ 21).
30 „	1 разъ.	112 „	1 „ (№ 19).

Самое большее число дней, проведенныхъ больной въ клиникѣ, мы находимъ въ № 19, т. е. при внѣбрюшинномъ уходѣ за культей.

Началомъ своего образованія опухоли имѣли 9 разъ parovarium, 9 разъ ovarium и 12 разъ трудно было сказать принадлежитъ-ли киста яичнику или parovari'ю; такимъ образомъ мы встрѣтили:

Cystoma parovarii dextri	8 разъ.
„ „ sinistri	2 раза.
„ ovarii intralig. dextri	4 „
„ „ sinistri intralig	5 разъ.
„ lig. lati. sinistri	5 „
„ „ „ dextri.	4 раза.
„ intralig. duplex	2 „

Кромѣ того въ одномъ случаѣ была еще въ № 11 Cystoma ovarii sinistri; въ № 4-мъ perisalpingitis et hydrosalpinx sinistra; въ № 23 fibroid. subserosum uteri и въ № 27 fibromyoma uteri multiplex, и потому вмѣстѣ съ удаленіемъ кистъ сдѣлана въ № 4 salpingotomia sinistra, а въ № 23 и 27 myomotomia.

Въ 6-ти случаяхъ (№ 18, 19, 21, 24, 29, 30) на внутренней поверхности стѣнки кисты открыты папиллярныя разрощенія; въ № 29 и 30 онѣ вышли на наружную поверхность кисты.

Величина опухоли не во всѣхъ случаяхъ обозначена и находимъ ее только въ 24-хъ.

Опухолей выполняющихъ всю брюшную полость было 5.

Въ голову взрослаго человѣка.	4 опух.
Въ 2 кулака	1 „
Въ гусиное яйцо	1 „
Въ кулакъ.	2 „
Въ апельсинъ	2 „
Дномъ своимъ доходила до пупка.	1 „
Стояла на 6 ctm. выше пупка	1 „
На серединѣ между пупкомъ и лобкомъ .	1 „
Стояла на 29 ctm. надъ лобкомъ . . .	1 „
„ „ 25 „ „ „ . . .	1 „
„ „ 16 „ „ „ . . .	2 „
„ „ 12 „ „ „ . . .	1 „
„ „ 10 „ „ „ . . .	1 „

Содержимое кистъ было въ 15 случаяхъ чисто серознаго характера, въ 2 серозно-коллоиднаго, въ 1 серозно-кровянистаго, въ 10 коллоиднаго и въ 2 гнойнаго, изъ этихъ 2 послѣднихъ случаяхъ въ № 7 гной отличался сильно зловоннымъ запахомъ.

Количество выпущенной жидкости не во всѣхъ случаяхъ было точно опредѣлено:

375	куб. сант.	. .	1	разъ.		
1000	„	„ . . .	6	„		
Отъ 3000	„	„ до	4000	куб. сант.	4	раза.
„ 4000	„	„ „	6000	„ „	3	„
„ 6000	„	„ „	9000	„ „	3	„
16500	„	„ . . .	1	разъ.		
18500	„	„ . . .	1	„		

Изъ оперированныхъ больныхъ отъ операціи умерла только одна больная (№ 27), другія-же двѣ, какъ мы видѣли выше, погибли отъ случайныхъ причинъ, существовавшихъ еще до операціи.

Смертность послѣ удаленія кистъ широкихъ связокъ въ общемъ почти равна таковой-же при овариотоміяхъ, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы.

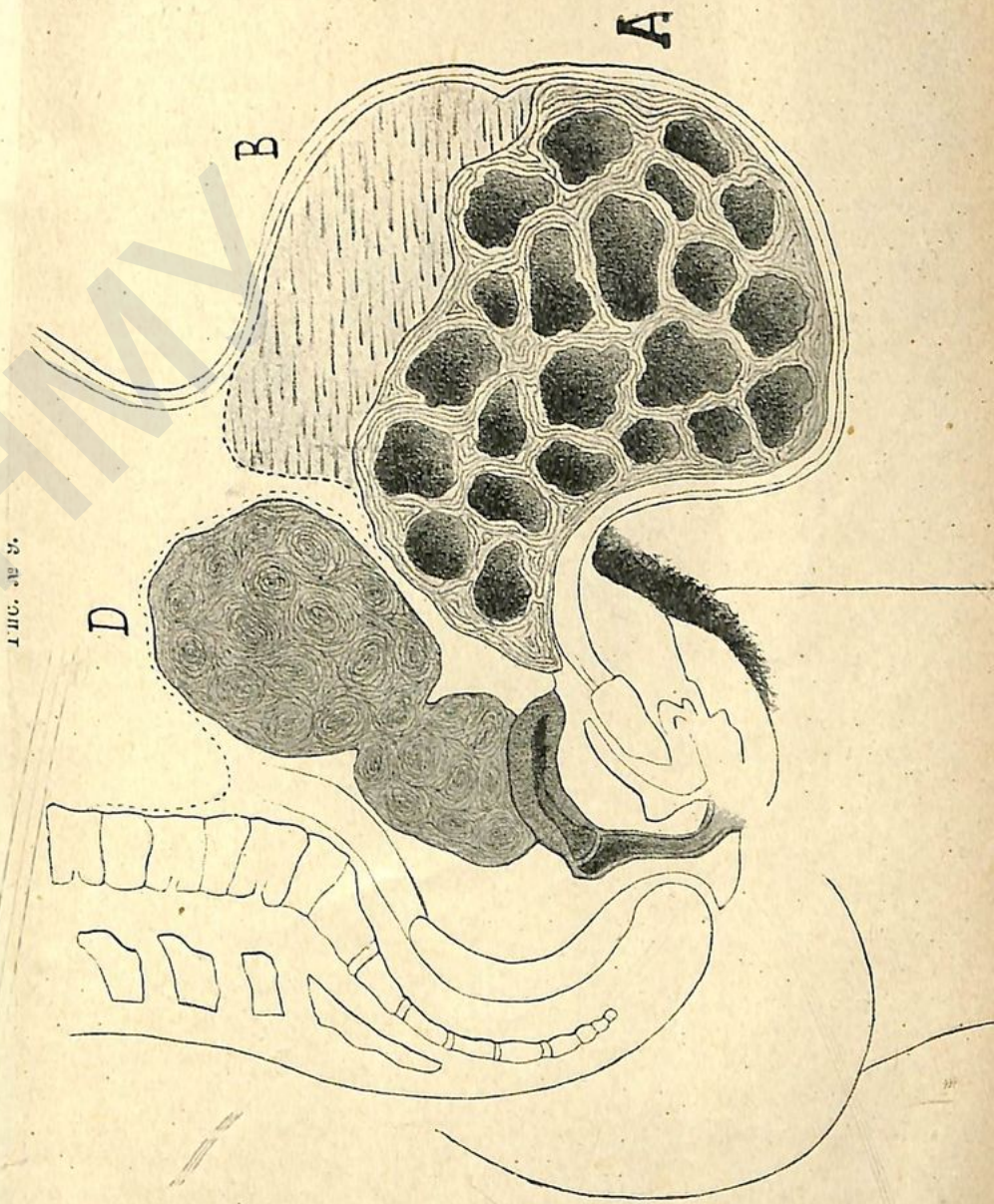
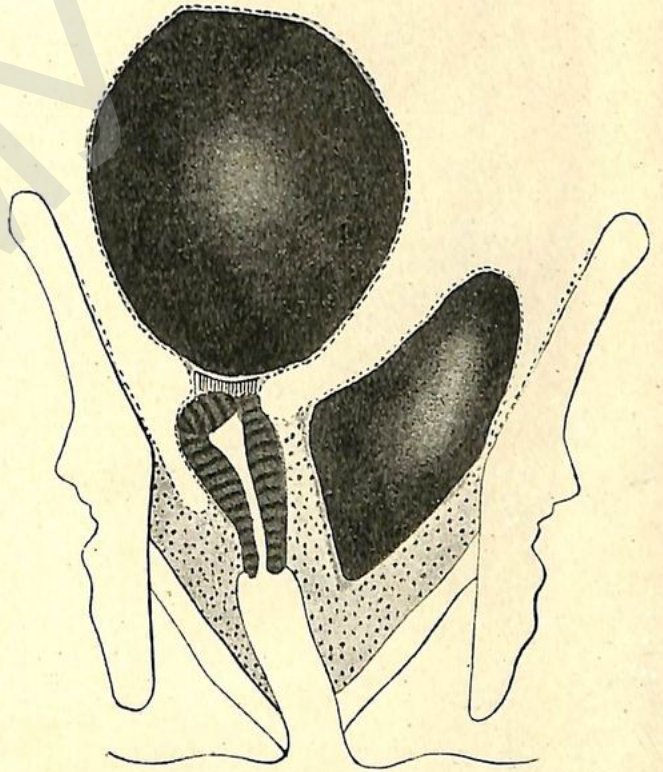


Рис. № 10.



НБ ХНМУ

		Число смертей.
Проф. Лебедевъ	30 случ.	1
Проф. Рейнъ [1])	26 „	1
Проф. Феноменовъ [2]) . .	12 „	3
Кашкаровъ [3]).	20 „	0
Сутугинъ [4])	9 „	0
Оттъ [5]).	6 „	0
Вастенъ [6]).	5 „	1
L. Tait [7])	36 „	1
Braun [8])	30 „	3
Omori und Ikeda [9]). . .	5 „	0
	179	10 или 5,5% смертности.

На прилагаемомъ рисункѣ № 9, относящемся къ случаю 27, изображена многополостная киста широкой связки (A), peritonitis saccata (B) и субсерозные фибромы (Д). На рисункѣ № 10 представлена двухсторонняя киста — cystoma ovarii dextri et cystoma parovarii sinistri intraligament. (см. случай № 11).

[1]) Проф. Рейнъ. Протоколы засѣд. акушерско-гинекологическ. общества въ Кіевѣ, т. V, 1892 г.

[2]) Феноменовъ. Врачъ 1888 и 90 года.

[3]) Кашкаровъ. Клиническія бесѣды о чревосѣченіяхъ при болѣзняхъ женск. половыхъ органовъ 1893 г.

[4]) Сутугинъ. Врачъ 1888 и 91 года.

[5]) Оттъ. Врачъ 1888 года.

[6]) Вастенъ. Больничная газета Боткина 1892 г.

[7]) L. Tait. Brit. Med. journal 1888 г.

[8]) Braun. Wiener klinisch. Wochenschrift, № 4, 1888 г.

[9]) Ommori und Ikeda. Centralblatt für gyn., № 52, 1892 г.

НБ ХГМУ

ТАБЛИЦЫ.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
1	Е. Г. Дѣвица.г. Петербурга.	35		Больна 9 мѣсяцевъ. Средняго роста и тѣлосложенія, слабо упитана и очень малокровна.	80 сант. Верхняя граница опухоли стоитъ пальца на 3 выше пупка нижній же сигментъ скрывается въ полости таза.	Cystoma parovarii dextri. intraligamentos.	Laparocystectomia. partialis. 1884 года. 21 ноября.		Способъ проф. Лебедева.	Внутрибрюшинный.		1ч.15м.	Первые двое сутокъ прошли для больной вполнѣ хорошо, мучила больную только икота. Въ теченіе 2-хъ сутокъ однако появилось нѣкоторое затрудненіе глотанія, которое на 3 сутки значительно усилилось. Къ вечеру 4-хъ сутокъ появился параличъ верхней и нижней лѣвыхъ конечностей, парезъ n. facialis и повышенная болѣвая чувствительность пораженной стороны тѣла. На 6-й день послѣ операціи больная умерла.	Содержаніе кисты серознаго характера количество его 1650 куб. сант.	Вскрытіе дало слѣдующее: на днѣ 4 желудочка эпендима размягчена на пространствѣ 2 кв. сант. буроватаго цвѣта, размягченіе распространяется и на вещество мозга.
2	Княжна Т. уроженка г. Тифлиса. Дѣвица.	33		Опухоль замѣтила два года величиной съ яблоко въ правой половинѣ живота. Больная высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія.	90 ctm.	Cystoma ovarii dextri intraligament.	Ovariotomia dextra 1885 г. 26 окт.		Вылущеніе.	id.		1ч.50м.	Послѣопераціонное теченіе вполнѣ правильное. На 10-й день сняты швы—сращеніе полное. На 24-й день больная выписалась здоровой.	Вынущенная жидкость коллоиднаго характера, въ размѣрѣ 3540 куб. сант. Вѣсъ плотной части опухоли 480 grm	Опухоль имѣла плотное сращеніе со слѣпой кишкой, которое уничтожено по наложеніи 5 лигат.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
3	М. И. Крестьянка, Олонецкой губерніи. Замужняя.	25		Когда замѣтила увеличеніе живота не помнитъ. 4 недѣли тому назадъ появились боли внизу живота и поясницѣ, по временамъ отдающія въ правую ногу до колѣна. Больная средняго роста и тѣлосложенія, анемична.	75 ctm; высота опухоли 16 ctm., поперечникъ 12 ctm.	Cystoma parovarii intralig. dextrum.	Laparocystectomia. 1886 г. 15 января.	14 ctm.	Вылущеніе	id.	7 глубокихъ и 7 поверхн. швовъ.	1 ч.	Безъ осложненій; на 10-й день сняты швы—сращеніе первымъ натяженіемъ по всей длинѣ раны. На 27-й день выписалась изъ клиники здоровой.		
4	П. И. Крестьянка, Калужск. г. Незамужняя	28	Выкинула на 4 мѣсяцѣ, 7 л. тому назадъ.	Больна 7 лѣтъ. Опухоль замѣтила 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Жалуется на сильныя боли внизу живота, частые позывы на мочеиспусканіе и чувство напираніе на низъ. Больная слабаго тѣлосложенія и питанія.	66 с. Опухоль нѣсколько больше кулака взрослаго человѣка.	Cystoma parovarii dextrum. Perisalpingitis et hydrosalpinx sin. Cystoma incipiens ovarii sinist.	Laparocystectomia dextra et salpingooophorectomia sinistra. 1886 г. 12 февраля.	10 с	Вылущеніе.	id.	9 глубокихъ шелковыхъ швовъ.	1 ч. 10 м.	Безъ осложненій; на 9-й день температура разъ только поднялась до 38,3°. На 11-й день сняты швы—повсюду prima intentio. Черезъ 1½ мѣсяца больная выписалась здоровой.		
5	Е. Г. Мѣщанка, Ярославской г. Вдова.	60	Рожала 2 раза. Послѣдніе роды 36 лѣтъ тому назадъ.	Опухоль замѣтила 1½ года тому назадъ. Больная истощена и малокровна.	122 ctm.	Cystoma lig. lati sinistri	Laparocystectomia sinistra 26 октября 1886 г.	29 с	Вылущеніе.		12 глубокихъ шелковыхъ швовъ.	2½ ч.	Въ теченіи первыхъ сутокъ температура была нѣсколько повышена (высшая 38,6°), а въ теченіи всего остальнаго времени не превышала 37,6°. На 11-й день сняты швы—повсюду первое натяженіе. На 40-й день больная выписалась, чувствуя себя здоровой.	Вѣсъ плотной части удаленной опухоли 660 grm. Въ общемъ вѣсъ удаленной такимъ образомъ кисты достигалъ до 18800 grm. вмѣстѣ съ жидкостью.	

НБ КНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ опе-раціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціон-ный періодъ и про-должительность его.	Описаніе препа-рата.	Замѣчанія.
6	Л. М мѣщанка Новгородской г. Замужняя.	28	Рожала 1 разъ. 7 лѣтъ тому назадъ.	Больна 1 годъ. Жалуется на опухоль живота и сильныя боли. Блондинка, средняго тѣлосложенія и питанія.	Высота стоянія опухоли надъ лобкомъ 12 ctm.	Cystoma intraligament. dextrum.	Laparocystectomia dextra 31 января 1887 г.	12 c.	Дно опухоли отдѣлено отъ подлежащей ткани и подъ него на широкую связку положены лигатуры.	id.	10 глуб. шелк. швовъ.	35 м.	Безъ осложненій; на 10-й день сняты швы, сращеніе полное и первымъ натяженіемъ. На 21-й день больная выписалась изъ клиники здоровой.		
7	А. С. Дворянка. Петербургской губ.	37		Болѣзнь свою больная замѣтила 4 недѣли тому назадъ, когда появился знобъ и жаръ, а одновременно и боли внизу живота, поясницѣ и въ ногахъ. Больная блондинка, высокаго роста, средняго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, очень анемична.	85 ctm.	Cystoma lig. lati. dextri et suppurat. cystid.	Laparocystectomia. 12 феврал. 1887 г.		id.	id.	14 глуб. шелк. швовъ.	1 ч. 15 мин.	Въ теченіи первыхъ 11-ти дней заживленіе шло при нормальной температурѣ. Послѣ же 11-го дня наступило кратковременное повышеніе дошедшее до 39°, но скоро температура пришла къ нормѣ. На 24-й день больная выписалась въ удовлетворительномъ состояніи.	Количество выпущенной жидкости 4200 куб. сант.	
8	Е. В. Мѣщанка Петербургск. губ. Незамужняя.	25		Опухоль замѣтила годъ тому назадъ. Больная блондинка, хорошаго питанія.	86 ctm. верхн. граница опухоли go scrobiculum, нижняя теряется въ тазу.	Cystoma parovarii dextri intraligament.	Lapo-cystectomia. 7 октября 1887 г.	15 ctm.	Опухоль удалена по типу овріальныхъ опухолей имѣющихъ ножку.	id.	14 глуб. шелк. швовъ.	50 м.	Послѣопераціонное теченіе виолнѣ нормально. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе раны. На 21-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Содержимое кисты серознаго характера 4900 куб. сант. уд. вѣс. 1.006. Киста однополостная съ тонкими гладкими стѣнками. Вѣсъ ея 180 grm. На поверхности ея лежитъ яичникъ и фаллопіева труба. Ширина ножки 14 сант.	

НЯНМУ

№ № по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm. и величина опухолй.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ опе-раціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціон-ный періодъ и про-должительность его.	Описаніе препа-рата.	Замѣчанія.
9	Е. Р. Жена псаломщика Тверской губерн.	41	Рож. 5 разъ. Послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.	Опухоль была внервые замѣчена больной около 5 лѣтъ тому назадъ въ правой половинѣ живота; а около года тому назадъ она стала замѣчать опухоль и съ лѣвой стороны.	118 ctm. Одна опухоль выполняетъ всю правую и часть лѣвой половины живота. Другая опухоль меньшей величины.	Cystoma intraligament. duplex. Prolapsus vaginae.	Laparo-cystectomia 16 ноября 1887 года.	27 c.	id.	id.	25 глубокихъ шелк. швовъ.	1 ч. 9 м.	Въ первые сутки были примѣняемы всѣ возбуждающія средства t° доходила до 35,7°. Больная постепенно оправилась. Въ теченіи первыхъ 3-хъ сутокъ t° держалась выше нормы, на 4-й пришла къ нормѣ. На 10-е вдругъ повысилась до 39,5°. При снятіи швовъ вблизи пупка въ брюшной ранѣ оказался обсцессъ, выдѣлившій значительное количество гноя съ фекальнымъ запахомъ. Запахъ въ слѣдующіе дни пропалъ. Было предположено, что этотъ запахъ присоединился благодаря диффузіи газовъ изъ кишечника въ полость абцесса. Съ этого времени вскрывались обсцессы въ различ. участкахъ и соотвѣтственно этому t° колебалась. На 63-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Правая киста съ бугристою поверхностью вѣситъ 11492 grm; по поверхности ея тянется фаллопіева труба на протяженіи 14 ctm. Ширина ножки 24 ctm. Опухоль состоитъ изъ цѣлаго ряда болѣе или менѣе мелкихъ полостей, изъ среды которыхъ выпущено тягучей коллоидной жидкости щелочной реакціи 10132 grm. Лѣвая опухоль также многополостная, вѣситъ 3432 grm. Фаллопіева труба тянется по поверхности опухоли на 16 сант. Жидкости выпущено изъ полости кисты коллоиднаго характера 2732 grm.	Послѣ отрѣзыванія правой опухоли часть ткани широкой связки выскользнула изъ лигатуры и открылось сильное кровотеченіе изъ art. spermatica и вѣтвей ея.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ cim и величина опухоли	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
10	А. Г. Жена чиновника. Петербургской губ.	33		Опухоль замѣтила 3 г. Больная шатенка, хорошаго тѣлосложенія.	81 ctm.	Cystoma parovarii dextri. intraligament.	Lapоro cystectomia 23 января 1888 г.	18 c.	id.		12 глуб. шелк. швовъ.	3Ст.	Безъ осложненій; на 10-й день сняты швы,—первое натяженіе повсюду. На 21-й день выписалась здоровой.	Опухоль оказалась тонкостѣнной, однополостной кистой съ прозрачнымъ серознымъ содержимымъ. На протяженіи половины ея окружности тянется фаллопіева труба; абдоминальный конецъ оказался немного расширеннымъ. На поверхности опухоли лежитъ неизмѣненный яичникъ.	
11	А. П. крестьянка Выборгск. губерніи. Замужняя.	48	Рож. 5 разъ. Послѣдн. роды 7 лѣтъ тому назадъ.	Больной себя считаетъ съ марта мѣс. 1887 г. Брюнетка, высокаго роста, удовлетворительнаго питанія.	102 ctm. Опухоль выполняетъ всю полость живота.	Cystoma ovarii dextri. et cystoma parovar. sinistri intraligament.	Lapоro cystectomia 30 января 1888 г.	19 c.	id.	id.	14 глуб. шелк. и 2 поверхн. швовъ.	1 ч.	Въ теченіи первыхъ 3-хъ сутокъ t° поднималась до 39,0° при этомъ была сильная рвота. Съ 4-го дня t° нормальная. На 11 сутки сняты швы, сращеніе per primam. На 24-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Лѣвая опухоль однополостная съ гладкими стѣнками каста съ серознымъ содержимымъ. По задней ея поверхности на значительномъ протяженіи тянется расширенная фаллопіева труба. Здѣсь-же лежитъ яичникъ.	
12	И. С. Крестьянка Пермск. г.	33	Рож. 1 разъ 12 лѣтъ т. назадъ.	Больна 5 лѣтъ. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	Опухоль величиной въ кулакъ взрослаго человѣка.	Cystoma parovarii dextri intraligament.	Lapоro cystectomia partialis. 20 февраля 1888 г.	17 c.	По способу Профес. Лебедева.	id.	14 глуб. и 2 поверхн. швовъ.	1 ч.	Безъ осложненій; на 10-й день сняты швы,—первое натяженіе; на 24-й день выписалась изъ клиники здоровой.		

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной, Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ стм. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
13	П. Л. Учительница. Петербург. губ. Дѣвица.	22		Больна 5 мѣсяцевъ. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, анемична.	Опухоль величиной съ апельсинъ.	Cyst. intraligament. sinistr.	Laparocystectomia. 1888 г. 24 февраля.	12 стм.	По типу овaріальныхъ опухолей, имѣющихъ ножку.	id.	12 глуб. и 3 поверх. швовъ.	25 м.	Безъ осложненій; на 11-й день сняты швы—первое натяженіе. На 31-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Киста величиной съ апельсинъ вѣситъ 250 grm., состоитъ изъ одной полости, тонкостѣнная и наполнена серознымъ содержимымъ. По поверхности тянется неизмѣненная фаллопіева труба, причемъ она очень тѣсно прилежитъ къ опухоли. На противоположномъ абдоминальному концу фаллопіевой трубы полюсѣ лежитъ неизмѣненный яичникъ.	
14	Е. И. Мѣщанка гор. Москвы. Замужняя.	56		Опухоль замѣтила 2 г. тому назадъ. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія.	90 стм. Опухоль стоитъ на 25 стм. выше лобка.	Cystoma intraligament. sinistr. anteuterin.	Laparocystectomia. 1888 г. 9 марта.	20 стм.	Вылущеніе.	id.	15 глуб. шелк. швовъ.	50 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. Съ 15-го дня больная начала лихорадить безъ всякихъ мѣстныхъ воспалительныхъ явленій, что продолжалось около 2-хъ недѣль. На 38-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Киста оказалась состоящей изъ одной большой полости и цѣлаго ряда мелкихъ полостей, развившихся, главнымъ образомъ, въ нижнемъ участкѣ опухоли. Стѣнки совершенно гладкія по всей остальной поверхности, здѣсь были покрыты папилломатозными разрощеніями. Вѣсъ плотной части опухоли 430 grm.	

НЕ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
15	П. С. Крестьянка Тверской г. Незамужн.	25	Рож. 1 разъ, 4 года тому наз.	Считаетъ себя больной 4 года. Больная блондинка средняго роста, слабаго тѣлосложенія, плохаго питанія.	Опухоль величиной съ большой апельсинъ.	Cystoma ovar. intraligament. sinist.	Laparo-cystectomia 9 март. 1889 г.	15 c.	Дно кисты отдѣлено отъ подлежащей ткани и подъ него на широкую связку положены лигатуры.		10 шелк. швовъ.	42 м.	Безъ осложненій на 10-ый день сняты швы первое на тяженіе; на 19-ый день больная выписалась изъ клиники здоровой.	Киста однополостная, съ тонкими гладкими стѣнками. Жидкость зеленовато-бураго цвѣта. Количество ея 300 куб. сант. 1020 уд. вѣсъ.	
16	П. И. Мѣщанка г. Рыбинска. Замужняя.	42		Больна 18 лѣтъ. 3 г. тому назадъ замѣтила увеличеніе живота. Блондинка средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія.	92 ctm. Опухоль въ голову взрослаго человѣка.	Cystoma intraligament. dextr.	Laparo-cystectomia. 28 янв. 1889 г.	18 c.	Удалена по типу овріальныхъ опухолей.		17 глуб. шелк. швовъ.	55 м.	Безъ осложненій на 10 день сняты швы первое натяженіе. На 28-ой день выписалась здоровой.	Опухоль однополостная киста, съ довольно толстыми гладкими стѣнками. Вѣсъ мѣшка безъ жидкости 201 grm. Жидкость мутная, коричневаго цвѣта 6437 grm. уд. вѣс. 1.025.	При разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ, былъ случайно раненъ мочев. пузырь. Рана зашита 10 тонкими шелковыми швами.
17	Н. В. Вдова.	45	Рож. 1 разъ.	Больна 12 лѣтъ. Средняго тѣлосложенія и питанія.	Лѣвая опухоль въ голову взрослаго человѣка, правая меньше.	Cystoma intraligament. duplex.	Laparo-cystectomia 1889 г. 5 февраля	23 c.	Лѣвая опухоль удалена по наложеніи на широкую связку подъ ея основаніе ряда цѣпочныхъ швовъ. Правая оставлена на мѣстѣ и только пунктирована, такъ какъ общее состояніе больной не позволяло продолжать операцію.	id.	18 шелков, швовъ.	1ч.20м.	Послѣопераціонное теченіе лихорадочное Выписалась на 27-й день.	Выпущено при операціи 4000 куб. сант. серозной жидкости.	

ЧБ КНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
18	А. Г. Мѣщанка. Тверской г. Замужняя.	41	Рож. 1 разъ. 1 выкидышъ 17 л. тому назадъ.	Больна 10 лѣтъ. Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія.	93 с.	Cystoma ovarii intraligament. sinistr.	Ovariotomia 1889 г. 15 марта.	23 с	Дно кисты отдѣлено отъ подлежащей ткани и подъ нимъ наложены лигатуры.	id.	24 глуб. шелк. швовъ.	20 м.	Безъ осложненій, на 28-ой день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль—кисталѣвой широкой связки съ весьма толстыми стѣнками; состояла изъ одной большой полости наполненной зеленоватаго цвѣта жидкостью и плотнаго нижне-лѣваго участка, тоже состоящаго изъ небольшой полости наполненной папилломатозными разрощеніями.	
19	И.З. Дворянка. Московск. г. Замужняя.	31		6 лѣтъ тому назадъ стала чувствовать тяжесть въ животѣ и замѣтила увеличеніе его. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.		Cystoma proliferum papillare intraligament.	Ovariotomia partialis. 1889 г. 24 декабря.	29 с	Культя вшита въ нижній уголъ раны.	Внѣбрюшин.	18 шелковыхъ швовъ.	1½ ч.	Послѣопераціонный періодъ протекъ при повышенной t°. На 112 день больная переведена въ хирургическую клинику.	Удаленная опухоль есть многополостная киста съ коллоиднымъ содержимымъ. Внутреняя поверхность во многихъ мѣстахъ покрыта папилломатозными, разрощеніями. Съ правой стороны онѣ проросли на наружную поверхность опухоли. Вѣсъ удаленной части опухоли 475 grm. длина 21 ctm. ширина 18 ctm.	
20	А. Х. Дворянка Новгородск. г. Дѣвица.	23		Больна съ начала регулъ, съ 12-ти лѣтъ. Послѣдній годъ состояніе ея ухудшилось. Больная слабаго тѣлосложенія и питанія.	Опухоль величиной въ два кулака.	Cystoma intraligament. sinistr.	Laparocystectomia 1889 г. 29 ноября.	16 с	По типу овариальныхъ опухолей.	Внутрибрюшинный.	14 глубокихъ швовъ.	25 м.	Безъ осложненій, на 10-ый день сняты швы, prima intentio. На 66 день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль киста лѣвой широкой связки, длиной 11 ctm., шириной 9 ctm. Вѣсъ 440 grm. Опухоль состоитъ изъ двухъ полостей, содержащихъ густую коллоидную жидкость.	

НБ КНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	(Діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
21	Е. Б. Дворянка. Тверск. г.	66	Рож. 4 раза. Послѣдніе роды 40 лѣтъ тому назадъ.	Около года тому назадъ больная стала замѣчать увеличеніе живота, но не рѣзкое; весной животъ сталъ быстро расти и появились боли. Больная умѣреннаго тѣлосложенія, плохаго питанія.	122 с. Опухоль выполняетъ всю брюшную полость.	Cystoma ovar. sinistri intralig. et peritonitis serosa partialis.	Ovariotomia 25 января 1890 года.	22 с.	id.	id.	22 глуб. шел. швовъ.	40 м.	Первые 8 дней безълихорадочные. Дальнѣйшее теченіе сопровождалось повышенной температурой и осложнилось образованіемъ обсцессовъ въ ранѣ. На 77-ой день больная умерла отъ хроническаго перитонита.	Опухоль киста лѣвой широкой связки, развилась, повидимому, изъ hylus ovarii sinistri. Стѣнки кисты отечны не одинаковой толщины, мѣстами образуютъ плотные бугры соединительной ткани. На внутренней поверхности видны кое гдѣ папиллярныя разрощенія. Вѣсъ мѣшка 1860 grm. Жидкость коллоиднаго характера 4000 куб. сант.	
22	Ѳ. А. Крестьянка Замужняя.	30	Рож. 2 раза. Послѣдній разъ $2^1/_2$ г. тому назадъ.	Жалуется на тошноту въ теченіи 3-хъ послѣднихъ недѣль. Большая крѣпкаго тѣлосложенія, удовлетворительн. питанія.	Опухоль величиной съ гусиное яйцо.	Cystoma ovarii sinistri intraligament. et graviditas.	Ovariotomia 22 февраля 1890 года.	11 с.	id.	id.	9 шелковыхъ швовъ.	20 м.	Послѣопераціонное теченіе гладкое. На 9-й день сняты швы первое натяженіе. Черезъ 2 недѣли послѣдовалъ выкидышъ. На 35-ый день послѣ операціи выписалась здоровой.	Опухоль оказалась кистой лѣваго яичника, развившейся межсвязочно. Удаленъ и наружный конецъ фаллопіевой трубы на протяженіи 5 ctm.	
23	Т. В. Крестьянка Ярославск. губ. Замужняя.	44		Опухоль замѣтила 3 года.	105 ctm. Одна опухоль эластической консистенціи выполняетъ всю брюшную полость. Другая величиной въ куриное яйцо, весьма плотная лежитъ въ заднемъ сводѣ.	Cystoma ovarii intraligament. sinistri et fibroid subserosum uteri.	Ovariotomia sinistra et miomotomia 10 марта 1890 года.	17 с.	id.	Внутрибрюшин.	15 шговъ.	1 ч.	Безъ осложненій; на 9-ый день сняты швы повсюду первое натяженіе раны. На 27-ой день выписалась здоровой.		

ЧБ ХГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ ctm. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
24	М. С. Вдова писаря.	56	Рож. 6 разъ. Послѣдній разъ 14 лѣтъ тому назадъ.	Больна 1 годъ; сильно похудѣла. Средняго роста, плохаго питанія.	109 ctm. Верхняя граница опухоли лежитъ на серединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ.	Cystoma ovarii intraligament. sinistrum.	Ovariotomia sinistra 13 сентября 1890 года.	id.	id.	15 глуб. шелк. швовъ.		Безъ осложненій; на 11-й день сняты швы первое натяженіе; на 21-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль многополостная киста съ небольшими папилломатозными разрощеніями на внутренней поверхности.	
25	О. Б. Жена офицера. Живетъ въ Мервѣ.	33	Рож. 2 раза. 1 выкидыш. на 3 мѣс. беремен. 3 года тому назадъ.	2 года тому назадъ было воспаленіе праваго яичника. Опухоль замѣтила 7 мѣсяц. тому назадъ.	Высота опухоли надъ лобкомъ 16 с. ширина 14 с.	Cystoma intraligament. dextr.	Ovariotomia part. 12 декабря 1890 г.	По способу профессора Лебедева.	id.	14 глуб. шелк. швовъ.	40 м.	Безъ осложненій; на 3-й день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. На 27-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Кусокъ резецированный длин. 10 ctm., шир. 6 ctm. Жидкость серозная прозрачная. Количество ея 1100 куб. сант. уд. вѣс. 1014.	
26	А. Т. Крестьянка Замужняя.	39	Рож. 12 разъ. Послѣдн. роды 7 мѣс. тому назадъ.	Около 1½ года тому назадъ замѣтила опухоль величиной въ кулакъ внизу живота. Эта опухоль стала постепенно расти. Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, очень анемичная.	98 ctm. Высота опухоли 21 с., ширина 17 с. Величиной въ голову взрослаго человѣка.	Cystoma ovar. sinistri intraligament.	Ovariotomia. 1890 г. 11 октября.	По типу овріальныхъ опухолей имѣющихъ ножку.	id.	21 швовъ.	40 м.	Безъ осложненій; на 9-й день сняты швы—первое натяженіе. Выписалась здоровой на 33-й день послѣ операціи.	Удаленная опухоль однополостная межсвязочная киста лѣваго яичника. Размѣры: длина 15 ctm., ширина 16 ctm. Отрѣзокъ фаллопіевой трубы 17,5 ctm.	

ЧБ ХМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, общее состоя-ніе больной до опе-раціи.	Наибольшая окруж-ность живота въ ctm. и величина опухоли.	(Діагнозъ).	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ опе-раціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціон-ный періодъ и про-должительность его.	Описаніе препа-рата.	Замѣчанія.
	Е. Т. Дво-рянка. Спб. Тѣвище.	6.		Опухоль замѣтила 5 лѣтъ тому назадъ. Больная брюнетка, крѣпкаго тѣлосложе-нія, очень полная, туч-ная особа.	132 ctm. По-лость живота выполнена опухолью, ко-торая растяги-вая брюшныя стѣнки, свѣ-шивается внизъ и по-крываетъ верх-нюю часть бедеръ.	Cystoma ova-rii et fibro-myoma uteri multiplex.	Ovariotomia et myomotomia. 13 нбр. 1892 года.	23 с.	Вылущеніе.		Брюшная рана на протяженіи 23 ctm., за-шита 11-ю ма-трацными швз-ми. Въ нижней части кромѣ того наложено 4 узловатыхъ шва.		Больная умерла въ концѣ 3-хъ сутокъ. Съ перваго-же дня послѣ операціи сильная рвота, от-рыжка, на другой день метеоризмъ, который не въ со-стояніи было устра-нить никакими мѣ-роприятіями. Паде-ніе пульса. На вскрытіи конста-тировано: perito-nits chr. adhae-siva, incarcinatio intestin. Cor-adiposum.		
8	Е. Г. Сол-датка. За-мужняя.	29		Больна 2 г. средняго роста хорошаго пита-нія.		Cystoma pa-rovarii retro-peritoneale dextr.	Laparocy-stect. part. 20 февраля 1890 г.	23 с.	Резецирована большая часть кисты, а оста-токъ ея вшитъ въ нижній уголъ раны.	Внѣбрюшин.	20	1 ч. 10 мин.	Безъ осложненій 15-го апрѣля 1890-го года пере-ведена въ клинику проф. Ратимова, от-куда выписалась здоровой.	Содержимое кисты серозно—коллоид-ное. Киста одно-полостная съ гладкими стѣнками.	

НЕ ХНМУ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни, общее состояніе больной до операціи.	Наибольшая окружность живота въ cim. и величина опухоли.	Діагнозъ.	Видъ операціи и когда сдѣлана.	Величина разрѣза.	Способъ операціи.	Уходъ за ножкой.	Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе препарата.	Замѣчанія.
29	Н. Ж. Дворянка. Спб. Замужняя.		Рож. 2 р.	Больна 5 лѣтъ, сильно истощенная и малокровная.	Опухоль выполняетъ всю брюшную полость.	Cystoma lig. lati dextri. Suppuratio cystidis.	Laporocystectomia 19 февраля 1892 г.	26 с.	ста пунктирована и освобождена отъ его содержимаго; затѣмъ отдѣленіи щеній (съ eritoneum iet. et visale) извлена наружу, ьшая часть я срѣзана, атокъ выщенъ изъ ьти и эта ѣдняя за- а матрацными швами.	Внутрибрюшинный.	25 швовъ.	1 часъ,	Послѣ операціонный періодъ протекалъ при небольшихъ лихорадочныхъ движеніяхъ температуры и осложнился образованіемъ абсцесса, а затѣмъ свища въ швѣ, ниже пупка. Черезъ этотъ фистулезный ходъ постепенно отходили шелковыя лигатуры, наложенныя на ножку. Больная поправилась, значительно окрѣпла и пополнѣла.	Опухоль представляетъ изъ себя однополостную кисту съ весьма толстыми стѣнками. На внутренней поверхности ея въ большомъ количествѣ разбросаны папиллярныя разрощенія. Вѣсъ плотной части опухоли 810 grm. Содержимое гнойное безъ запаха. Количество ея не опредѣлено, приблизительно около ведра.	Операція въ частной кварт.
30	С—ва. Дворянка. Замужн. Петерб. губ.	40	Рож. 1. Вык. 1. на 2 м. берем.	Больна 3 года. Больная хорошаго питанія		Cystopapilloma intralig. dextr. Ruptura cystidis, peritonitis.	Ovariotomia et myomotomia. 1892 г, 13 апрѣля.		алена по у овріальъ опухолей. ъ основаніе ухоли полоо нѣсколько ѣночныхъ швовъ.	Внутрибрюшинный.		50 м.	Послѣопераціонное теченіе лихорадочное. Больная поправилась.	Опухоль величиной въ дѣтскую головку, круглой формы неравномѣрно плотной консистенціи. На верхне-передней поверхности стѣнки опухоли лежитъ отверстіе величиной въ 3-хъ копѣечную монету. Внутренняя поверхность кисты, особенно въ нижней $^1/_3$ опухоли, покрыта папиллярными разрощеніями. Содержимое кисты густая коллоидная жидкость.	Операція въ частной кварт.

НЕХИМУ

Глава III.

Удаленіе фаллопіевыхъ трубъ и яичниковъ при сальпингоофоритахъ.

Удаленіе фаллопіевыхъ трубъ по поводу ихъ заболѣванія произведено 35 разъ или 17,5% всѣхъ случаевъ чревосѣченій. Сюда не входятъ тѣ случаи, гдѣ трубы удалены попутно, то есть, гдѣ операція сдѣлана по другому поводу или заболѣваніе трубъ стояло на второмъ планѣ. Большинство больныхъ принадлежало къ бѣдному классу, къ людямъ, принужденнымъ исполнять тяжелыя работы для прокормленія себя и своей семьи.

Мѣщанокъ и крестьянокъ . . .	19
Дворянокъ	9
Солдатокъ	3
Ж. студентовъ	1
Ж. врача	1
Гражданокъ	1
Ж. нотаріуса	1
	34

Если обратимъ наше вниманіе на *возрастъ больныхъ*, то увидимъ, что большая часть ихъ относится къ среднему возрасту, т. е. къ возрасту половой зрѣлости, такъ менѣе 22 лѣтъ не имѣла ни одна больная, отъ 22 до 29 лѣтъ было 15 больныхъ, отъ 30 до 39—13, отъ 40 до 51—6. Такимъ образомъ заболѣваніе трубъ выпадаетъ на возрастъ средній отъ 22 до 40—28 случаевъ.

Такой выводъ согласуется съ выводами другихъ авторовъ,

НБ ХНМУ

напримѣръ: Bertram'a [1]) Martin'a [2]) и Шлезингера [3]), причемъ по статистикѣ послѣдняго изъ 274 случаевъ заболѣванія фаллопіевыхъ трубъ, собранныхъ имъ въ литературѣ, 194 относятся къ возрасту отъ 20 до 40 лѣтъ. Изъ всего числа больныхъ 9 ни разу не рожали, 4 имѣли по одному и одна больная 2 выкидыша. 21 больная рожали отъ 1 до 6 разъ, причемъ:

I	раза	7
II	„	7
III	„	4
IV	„	2
VI	„	1

Изъ нихъ 3, кромѣ срочныхъ родовъ, имѣли еще по одному выкидышу. Только что приведенное относится ко всѣмъ больнымъ съ самаго начала ихъ половой жизни; если же теперь мы обратимъ вниманіе на ихъ производительность послѣ заболѣванія придатковъ, то найдемъ громадную перемѣну въ ихъ состояніи. Почти всѣ лишаются возможности дальнѣйшаго зачатія и дѣлаются совершенно безплодными, хотя половая жизнь идетъ по прежнему. Такъ, при существующемъ уже заболѣваніи:

1 больная родила	2 раза
2 больныхъ родили по . . .	1 разу
1 больная имѣла	1 выкидышъ и
31 больныхъ не имѣли ни одной беременности.	

Это явленіе не представляетъ ничего новаго и вполнѣ согласуется съ тѣмъ уже давно установившимся мнѣніемъ въ литературѣ, что безплодіе сопровождаетъ заболѣваніе придатковъ. Sterilitas въ подобныхъ случаяхъ зависитъ не только отъ заболѣванія самихъ трубъ и яичниковъ, но также отъ другихъ осложненій, сопровождающихъ очень часто сальпингиты. Къ числу подобнаго рода осложненій принадлежатъ, главнымъ образомъ, заболѣванія слизистой оболочки матки, съ которой, собственно говоря, въ большинствѣ случаевъ и начинается дѣло, и тазовые перитониты, которые ведутъ къ образованію ложныхъ перепонокъ, перетягивающихъ и искривляющихъ трубу въ различныхъ направленіяхъ. Благодаря этимъ сращеніямъ, просвѣтъ трубы можетъ безслѣдно исчезнуть и прохожденіе яйца и проникновеніе сѣмени въ трубу дѣлается совершенно невозможнымъ. Само по себѣ заболѣваніе фаллопіевыхъ трубъ ведетъ къ безплодію также, главнымъ образомъ, вслѣдствіе закрытія просвѣта, что происходитъ, или отъ набуханія воспаленной слизистой оболочки трубы, или отъ сращенія фимбрій и складокъ слизистой оболочки. По статистикѣ Шлезингера [1]) изъ 274—160 женщинъ были безплодными.

Причины заболѣванія придатковъ. Заболѣванія придатковъ въ нашихъ случаяхъ 15 разъ имѣли, повидимому, начало въ томъ или другомъ пуэрперальномъ заболѣваніи;—я говорю, повидимому, потому что не во всѣхъ случаяхъ на это съ положительностью можно указать; триперное зараженіе 12 разъ; въ 7 случаяхъ нельзя указать причина заболѣванія. Изъ этого видно, что главнымъ этіологическимъ моментомъ заболѣванія у насъ послужили роды и выкидышъ, а затѣмъ гоннорея. Такое же соотвѣтствіе мы находимъ и у другихъ авторовъ, такъ напримѣръ: по Martin'у [2]) изъ 287 случаевъ 70 вслѣдствіе пуэрперальныхъ процессовъ, 55 вслѣдствіе триперa, 10—бугорчатки. Бугорчатка трубы у насъ была наблюдаема только въ двухъ случаяхъ, описанныхъ подъ № 5 и 8. Въ № 5 этотъ діагнозъ былъ поставленъ докторомъ Михновымъ [3]) при микроскопическомъ изслѣдованіи и описанъ подъ названіемъ Tuberculosis tubar. primaria.

---

[1]) Bertram. Berliner klinich. Wochenschrif. 1883 г. (Цит. по Шлезингеру).

[2]) Martin. Zeitschrft für geb. und gyn. Bd. XIII.

[3]) Шлезингеръ. „Къ вопросу о леченіи нѣкоторыхъ болѣзней Фаллопіевыхъ трубъ чревосѣченіемъ". Дис. 1887 г. стр. 150.

[1]) Шлезингеръ ibid. стр 151.

[2]) Martin Berlin. Klin. Woshenschrift. 86 г. и Zeitchr. für. gyn. und geb. bd. XIII (цит. по Шлезингеру).

[3]) Михновъ Дис. 1889 г. стр 118 „Къ вопросу о заболѣваніи Фаллопіевыхъ трубъ и яичниковъ".

Въ этомъ случаѣ были найдены имъ въ ткани слизистой оболочки, среди мелкоклѣточнаго инфильтрата, большое количество гигантскихъ клѣтокъ съ характернымъ красивымъ расположеніемъ многочисленныхъ ядеръ съ вакуолями. Въ мышечномъ слоѣ изрѣдка попадались образованія, имѣющія всѣ особенности милліарнаго узелка. № 28 описанъ студентами Климовичемъ и Петлинымъ [1]).

Продолжительность болѣзни была весьма различна, отъ 5-ти мѣсяцевъ до 20 лѣтъ.

до	5	мѣсяцевъ	2 больныхъ
„	6	„	1 больная
„	1	года	2 больныхъ
„	2	лѣтъ	3 „
„	3	„	3 „
„	4	„	2 „
„	5	„	3 „
„	7	„	3 „
„	8	„	1 больная
„	9	„	4 больныхъ
„	10	„	6 „
„	11	„	2 „
„	20	„	1 больная
Неизвѣстно		. . . .	1 „

Такимъ образомъ, мы видимъ, что болѣзнь во всѣхъ, исключая двухъ случаевъ, была продолжительна, въ среднемъ $6^1/_4$ лѣтъ. По выводамъ Шлезингера [2]), продолжительность страданія равна $5^3/_4$ года. *Симптомы страданія* были весьма разнообразны и локализировались въ различныхъ мѣстахъ, выражаясь, главнымъ образомъ, въ боляхъ, затѣмъ въ разстройствахъ всѣхъ функцій женской половой сферы и, наконецъ, нерѣдко наблюдались припадки отраженнаго характера и явленія со стороны общаго состоянія организма. Симптомы эти развивались лишь мало по малу, постепенно усиливаясь въ своей интенсивности, наконецъ уже причиняли невыносимыя страданія больной. Во всѣхъ случаяхъ мы находимъ жалобы на боли то въ той, то другой паховой области или при двухсторонемъ заболѣваніи въ обѣихъ областяхъ. Боли эти по большей части были постоянныя и усиливались передъ или во время регулъ, и съ наступленіемъ ихъ, или окончаніемъ, значительно стихали. Локализируясь, главнымъ образомъ, внизу живота, онѣ чаще при ходьбѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и постоянно прадіировали то въ ту, то въ другую ногу, соотвѣтствующую заболѣвшей сторонѣ и по преимуществу распространялись до колѣна. Кромѣ того въ 13 случаяхъ больныя жаловались и на боли въ поясницѣ. Отмѣтимъ здѣсь особенный характеръ болей въ слѣдующихъ случаяхъ: такъ въ № 8 боли внизу живота и поясницѣ во время регулъ принимаютъ потугообразный характеръ, въ № 18 и 20 при постоянныхъ тупыхъ боляхъ внизу живота, появляются острыя, рѣжущія боли за два дня до регулъ; онѣ охватываютъ правую паховую область и отсюда распространяются на весь животъ и поясницу, продолжаются отъ нѣсколькихъ часовъ до сутокъ, съ появленіемъ крови онѣ стихаютъ.

Въ случаѣ № 16 боли принимаютъ схваткообразный характеръ за два дня до регулъ, а съ началомъ отдѣленія крови стихаютъ. Въ случаѣ 24 боли начинаются передъ регулами и продолжаются въ теченіи всего менструальнаго періода; въ межменструальное время болей не бываетъ. Въ случаѣ № 31 боли особенно сильны передъ регулами за недѣлю, съ появленіемъ крови немного стихаютъ, а послѣ нихъ въ теченіи недѣли опять бываютъ сильнѣе. Наконецъ, въ случаѣ подъ № 10 постоянныхъ болей нѣтъ, а есть перемежающіяся, которыя повторяются 2—3 раза въ недѣлю и продолжаются по часу. Больная находится въ климактерическомъ періодѣ; въ случаѣ № 29 боли схваткообразныя по временамъ съ выдѣленіемъ обильнаго количества серозной жидкости. Такая разнохарактерность болевыхъ ощущеній присуща сальпингитамъ и это зависитъ отъ того обстоятельства, что заболѣванія трубъ въ большинствѣ случаевъ сопровождаетъ цѣлый рядъ другихъ за-

[1]) „Къ казуистикѣ первичнаго туберкулеза фаллопіевыхъ трубъ“. Еженедѣльная клиническая газета 1889 г.

[2]) Шлезингеръ. Дис. стр. 157.

болѣваній половой сферы, какъ-то: peritonitis, oophoritis, metritis и т. д.

Боль зависитъ съ одной стороны отъ воспалительныхъ явленій въ окружающей брюшинѣ, съ другой стороны боли могутъ происходить и отъ сокращенія трубной мускулатуры и матки, какъ это есть въ № 29 при hydrosalpinx profluens. Затѣмъ боли происходятъ отъ механическаго давленія растянутой до значительной степени трубы, и наконецъ боли могутъ зависѣть и отъ заболѣваній яичника. Усиленіе болей передъ и во время регулъ объясняется увеличеніемъ самихъ опухолей вслѣдствіе усиленнаго притока крови къ половому аппарату и давленіемъ опухоли на нервныя сплетенія или отъ растяженія самой трубы. Интермиттирующія, схваткообразныя боли передъ и во время регулъ объясняются сокращеніемъ трубной мускулатуры, старающейся изгнать содержимое черезъ съуженное мѣсто Kaltenbach [1]).

Тѣмъ-же самымъ объясняетъ боли и Shauta [2]). Михновъ [3]), находя въ такихъ случаяхъ при микроскопическомъ изслѣдованіи почти полное уничтоженіе мышечныхъ пучковъ въ стѣнкахъ трубъ, думаетъ, что эти боли нельзя объяснять исключительно только сокращеніями трубы, но также и матки. Coitus въ 3 случаяхъ (№ 7, 13, 26), былъ болѣзненъ, а въ 1 (№ 19) совершенно безразличенъ. *Регулы* въ 22 случаяхъ измѣнили свой типъ, въ 12 они остались безъ перемѣны. У 15 больныхъ регулы за время болѣзни сдѣлались чаще и продолжительнѣе. Одна больная (№ 14) жаловалась на маточныя кровотеченія, которыя повторялись черезъ небольшіе свѣтлые промежутки, въ продолженіи цѣлаго года и двухъ мѣсяцевъ (время начала заболѣванія). У одной больной (№ 11) хотя регулы приходили въ срокъ и продолжались даже меньшее количество дней, чѣмъ раньше, но за то послѣ нихъ въ продол-

[1]) Kaltenbach. Ueber stenose der Tuben mit consecutiv. Muskelhypertrophie der Wand (Centralblatt für gyn. 1885 г.)

[2]) Schauta Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer salpingit. Archiv für gyn Bd 33.

[3]) Михновъ Duc. стр. 86.

женіи недѣли или даже 1½ недѣль шла серозно-кровянистая жидкость.

Въ 4 случаяхъ регулы (№ 2, 13, 15, 17), наоборотъ со времени болѣзни стали запаздывать и продолжаться значительно меньше дней въ скудномъ количествѣ. Въ одномъ случаѣ (№ 10) менструаціи совсѣмъ отсутствовали. Въ 17 случаяхъ отмѣчены весьма сильныя бѣли. Частые позывы на мочеиспусканіе мы нашли у 7 больныхъ, частое и болѣзненное мочеиспусканіе у 6 больныхъ, 12 больныхъ жаловались на очень упорныя констипаціи. Послѣдніе два припадка объясняются чисто близкимъ сосѣдствомъ опухоли къ заболѣвшимъ органамъ, или она сама можетъ участвовать въ заболѣваніи или трубно-яичниковая опухоль чисто механическимъ путемъ можетъ вызвать разстройство со стороны ихъ. Давя съ одной стороны на мочевой пузырь, учащаетъ позывы къ мочеиспусканію или затрудняетъ этотъ актъ; съ другой стороны давитъ на прямую кишку, сжимаетъ просвѣтъ ее и дѣлаетъ болѣзненнымъ актъ дефекаціи и такимъ образомъ вызываетъ запоры. Болѣзненность при мочеиспусканіи указываетъ также на заболѣваніе больной гонореей. Кромѣ этихъ чисто мѣстныхъ припадковъ, у нашихъ больныхъ мы наблюдали цѣлый рядъ другихъ явленій рефлекторнаго характера и измѣненій со стороны общаго состоянія организма, вслѣдствіе длительнаго теченія болѣзни.

Эти явленія слѣдующія: отсутствіе аппетита (7 случ.) тошнота (6 случ.), рвота, головокруженіе (2 случ.) головныя боли (7 случ.) сердцебіеніе (2 случ.), лихорадочное состояніе (3 случ.), общая слабость, исхуданіе, сильное нервное разстройство въ 17 случаяхъ, выражавшееся въ повышенной раздражительности, безсонницѣ, въ 5 случаяхъ, (№ 6, 11, 13, 15, 16) съ истерическими припадками, и въ одномъ, а именно въ № 9 замѣчалось нервное разстройство, граничащее съ психозомъ, подъ вліяніемъ котораго у больной были попытки отравиться.

Распознаваніе сальпингоофорита не представляло большихъ затрудненій и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при первомъ изслѣдова-

ніи діагнозъ былъ сомнителенъ; повторное изслѣдованіе и продолжительное наблюденіе больной выводило изъ этого заблужденія. Для распознаванія пользовались обыкновеннымъ бимануальнымъ изслѣдованіемъ, иногда подъ хлороформеннымъ наркозомъ при чрезмѣрной болѣзненности, значительной толщинѣ и неподатливости брюшныхъ стѣнокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пользовались также комбинированнымъ изслѣдованіемъ per rectum. Для опредѣленія длины полости матки и направленія ея прибѣгали къ помощи маточнаго зонда и бужа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ распознаваніе затруднялось воспалительнымъ эксудатомъ, окружавшимъ трубу и яичникъ, изслѣдованіе было чрезвычайно болѣзненно, назначали больной соотвѣтствующее леченіе: покой, наркотическія суппозиторіи, согрѣвающій компрессъ на животъ, ванны; послѣ проведеннаго такимъ образомъ леченія, когда стихали всѣ острыя явленія, снова изслѣдовали больную.

При изслѣдованіи обращалось главное вниманіе на консистенцію опухоли, форму ея и отношеніе къ тѣлу матки. Консистенція опухоли была или эластическая по всей своей поверхности, или мѣстами плотная, мѣстами эластическая, поверхность гладкая или бугристая, что конечно зависѣло отъ большаго или меньшаго количества сращеній и перетягиваній ложными перепонками самой трубы. Отъ этихъ перетяжекъ въ большинствѣ случаевъ зависѣла и форма опухоли. Она имѣла характерную для сальпингита колбасовидную форму или круглую, если расширенъ только абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы, или шишкообразную, четкообразную и, т. д.

Бо́льшое значеніе, чѣмъ форма и консистенція опухоли имѣетъ отношеніе ея къ маткѣ. Опухоль въ большей части случаевъ занимала положеніе сбоку и сзади матки, помѣщаясь то съ правой, то съ лѣвой стороны ея. Матка оттѣснялась опухолью въ противуположную сторону или, если это былъ двухсторонній сальпингоофоритъ, то она была отклонена въ сторону меньшей опухоли. Опухоли, прилегая близко къ краю матки, въ однихъ случаяхъ, отдѣлялись отъ нея болѣе или менѣе рѣзко выраженной бороздой (19 случ.) въ другихъ

можно было ясно опредѣлить постепенное расширеніе трубы въ опухоль, какъ напримѣръ (№ 20, 30, 19), и наконецъ въ третьихъ опухоли прямо отходили отъ того или другого угла матки (№ 27, 18, 22, 2) безъ рѣзкаго перехода. Если при изслѣдованіи можно прощупать маточный конецъ трубы и постепенный переходъ его въ опухоль, то не можетъ быть сомнѣнія, что мы имѣемъ передъ собой заболѣваніе трубы. Этому факту Martin приписываетъ первенствующее значеніе, въ своемъ учебникѣ патологія и терапія женскихъ болѣзней, стр. 344 1885 г. „Я ставлю діагнозъ, говоритъ онъ, лишь въ томъ случаѣ, когда мнѣ возможно бываетъ прощупать соединеніе этой опухоли при посредствѣ маточнаго конца съ самой маткой“. Schauta [1]) характернымъ для сальпингита считаетъ прощупываніе небольшихъ узелковъ у маточнаго конца трубы. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отношеніе опухоли къ маткѣ опредѣлить было весьма трудно и опухоль могла симулировать собою кисту яичника, на выручку являлся слѣдующій клинической признакъ: увеличеніе опухолей, то той, то другой, если мы имѣемъ двухстороннее заболѣваніе, передъ и во время регулъ, и значительное ихъ уменьшеніе послѣ менструаціи. Этотъ клинической признакъ былъ замѣченъ и впервые оцѣненъ какъ діагностической профес. А. И. Лебедевымъ и описанный имъ въ еженедѣльной клинической газетѣ 1889 г. № 21, стр. 377. По этому поводу онъ говоритъ слѣдующее: „одинъ разъ при изслѣдованіи опухоль опредѣляется совершенно отчетливо, ясно контурируемая и достигающая, положимъ, величины куринаго яйца или апельсина; въ другой разъ ту-же самую опухоль находимъ настолько уменьшившеюся и потерявшей свои границы, что можно подумать объ ошибочности результата прежняго изслѣдованія. Но наблюдая за болѣзнью продолжительное время, непремѣнно удается опредѣлить опухоль въ ея прежнемъ состояніи. Эти періодическія колебанія опухоли стоятъ въ тѣсной связи съ менструаціей и овуляціей. Если заболѣваніе придатковъ двухстороннее, то не-

[1]) Schauta. Archiv für gynäkol. bd. 33.

редъ и во время менструаціи обыкновенно увеличивается та опухоль, которая заключаетъ въ своемъ составѣ оволирующій яичникъ. Иногда это увеличеніе наблюдается одновременно съ обѣихъ сторонъ. Послѣ-же регулъ въ теченіи недѣли опухоль значительно уменьшается. Это явленіе такъ постоянно, что удавалось, смотря по времени, напередъ предсказать ожидаемое увеличеніе и уменьшеніе опухоли".

Такое измѣненіе размѣровъ опухоли подъ вліяніемъ менструаціи особенно рѣзко замѣчалось въ 9 изъ всѣхъ нашихъ случаевъ, а именно: въ №№ 4, 5, 9 11, 18, 27, 29, 31, 33. На амбулаторныхъ больныхъ мнѣ также не разъ приходилось убѣждаться въ вѣрности этого признака. У нѣкоторыхъ больныхъ я наблюдалъ почти полное спаденіе опухоли, такъ что на мѣстѣ ея прощупывалась только одна нѣсколько утолщенная труба. Но такое уменьшеніе продолжается весьма недолго, за недѣлю и даже за двѣ труба опять начинаетъ увеличиваться и съ появленіемъ крови достигаетъ даже большихъ размѣровъ, чѣмъ она была раньше; послѣ нихъ опять уменьшается.

Такое колебаніе въ размѣрахъ опухоли, говоритъ проф. А. И. Лебедевъ, не наблюдается ни при какихъ другихъ опухоляхъ половаго аппарата, за исключеніемъ интерстиціальныхъ кавернозныхъ міомъ матки. Объясненіе этому явленію д-ръ Михновъ [1]) даетъ слѣдующее: труба и яичникъ увеличиваются отъ переполненія ихъ кровью подъ вліяніемъ менструальнаго прилива, отъ выдѣленія крови въ полость трубы, набуханія слизистой оболочки и самой стѣнки трубы и отъ усиленнаго выдѣленія секрета слизистой оболочки. Проф. Славянскій, указывая на тотъ-же фактъ, объясняетъ уменьшеніе и увеличеніе опухоли, полнымъ или частичнымъ опорожненіемъ кисты черезъ незакрытое ostium uterinum.

Сравнивая эти два объясненія между собой, мы думаемъ, что первое болѣе приложимо и вѣрнѣе объясняетъ данное явленіе, такъ какъ у всѣхъ тѣхъ больныхъ, которыхъ мы наблюдали въ клиникѣ, мы ни разу не видали увеличенія количества отдѣленій изъ полости матки, въ связи съ уменьшеніемъ той или другой опухоли. Мы думаемъ также, что эти попеременныя увеличенія и уменьшенія опухоли зависятъ главнымъ образомъ отъ увеличенія яичника во время менструальнаго прилива и выдѣленія крови въ полость трубы, усиленной секреціи слизистой оболочки и набуханія самой трубы. Это явленіе наблюдается главнымъ образомъ у женщинъ, у которыхъ типъ регулъ измѣнился за время болѣзни въ томъ отношеніи, что они сдѣлались чаще и обильнѣе. Изъ 9 больныхъ, приведенныхъ мною выше, у которыхъ замѣчались особенно рѣзко эти колебанія въ величинѣ опухолей,—7 жаловались на очень обильныя и частыя менструаціи и у одной больной (№ 11) хотя регулы приходили въ срокъ и продолжались только три дня, но послѣ нихъ съ недѣлю или 1½ шла серозно-кровянистая жидкость. Этотъ признакъ, конечно, бываетъ болѣе всего выраженъ въ опухоляхъ небольшихъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ и небольшое увеличеніе опухоли дѣлается уже замѣтнымъ.

Принимая во вниманіе только что описанное явленіе, данныя полученныя при изслѣдованіи, анамнезъ и жалобы больной, діагнозъ почти во всѣхъ случаяхъ поставленъ съ положительностью. Но насколько легкимъ представляется діагнозъ сальпингоофорита, настолько-же трудной, а въ большей части случаевъ даже и невозможной, является постановка дифференціальной діагностики между различными формами заболѣванія и что часто при вскрытіи брюшной полости находятъ вмѣсто предполагаемаго hydrosalpinx'a pyosalpinx.

У Veit'a [1]) на 146 страницѣ находимъ слѣдующія особенности hydrosalpinx'a и pyosalpinx'a, которыя онъ выставляетъ какъ отличительныя другъ отъ друга: опуханія, говоритъ онъ, захватывающія въ особенности брюшной конецъ и большая часть трубы прощупывается неизмѣненной, должны быть разсматриваемы, какъ водянка трубы. Растяженіе всей трубы и

[1]) Михновъ „Къ вопросу о заболѣваніи фаллопіев. трубъ и яичниковъ" исс. 1889 г. стр. 100.

[1]) Veit. Діагностика женскихъ болѣзней, русск. перев. 1892 г. стр. 146.

сильныя сроценія въ окружности говорятъ вообще за гнойное содержимое. Чѣмъ болѣе жестокіе припадки тазоваго перитонита существуютъ, или чѣмъ чаще они бывали, тѣмъ вѣрнѣе должно предполагать гной. Чѣмъ болѣе трубная опухоль представляетъ случайную находку, тѣмъ скорѣе слѣдуетъ предполагать hydrosalpinx. Landau [1]) съ увѣренностью ставитъ діагнозъ hydrosalpinx, только ему если при изслѣдованіи удается уловить пружинность опухоли, т. е. когда матка, помѣщаясь впереди опухоли и будучи оттѣснена кзади, быстро возвращается на свое мѣсто.

Такого признака при pyosalpinx'ѣ не бываетъ, благодаря густому содержимому и толщинѣ стѣнокъ опухоли. Но также, замѣчаетъ самъ авторъ, этотъ признакъ не всегда бываетъ и при hydrosalpinx'ѣ. Безспорную діагностику pyosalpinx'а можно ставить тогда, говоритъ Добронравовъ [2]), когда при прощупываніи опухоли наблюдается и характерное гнойное истеченіе съ послѣдовательнымъ спаденіемъ трубы, послѣ чего черезъ нѣкоторое время труба снова наполняется. Затѣмъ въ рядъ діагностическихъ признаковъ для pyosalpinx'а ставятъ Gonorrhe'ю и говорятъ, что она въ большинствѣ случаевъ обусловливаетъ гнойное воспаленіе трубъ. Только что приведенные отличительные признаки pyosalpinx'а отъ водянки трубы едва-ли можно считать характерными, исключая развѣ только послѣдняго, т. е. временныхъ гнойныхъ истеченій съ послѣдовательнымъ уменьшеніемъ опухоли. Проглядывая наши случаи, мы видимъ, что гнойное заболѣваніе трубъ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ другихъ формъ сальпингитовъ: ни конфигураціей опухоли, ни ея консистенціей, ни особенностью болевыхъ припадковъ, всѣ эти явленія въ одинаковой мѣрѣ наблюдались и при другихъ сальпингоофоритахъ. Въ одномъ только случаѣ, а именно № 2, можно было съ увѣренностью сказать, что мы имѣемъ дѣло съ гнойнымъ скопленіемъ въ трубѣ, на томъ основаніи, что у больной бывали лихорадочныя движенія, продолжавшіяся иногда недѣли по 2 и достигали высокихъ цифръ 39,5°. Въ періодѣ обострѣнія болѣзни опухоль значительно увеличивалась, а затѣмъ снова уменьшалась.

[1]) Landau. Archiv für gynäk. Bd. 33. (Реф. въ Central. f. g. 1889)

[2]) Добронравовъ. Лекціи по діагностикѣ въ поликлиникѣ женск. болѣзней, 1890 г. стр. 325.

Такія лихорадочныя движенія температуры, мы думаемъ, можно считать характерными для pyosalpinx'а, разъ у больной безъ сомнѣнія поставленъ діагнозъ заболѣванія трубъ.

Проколъ опухоли черезъ влагалище, какъ то рекомендуютъ нѣкоторые авторы для болѣе точной діагностики, въ иныхъ случаяхъ не достигаетъ цѣли, благодаря тому, что игла можетъ проникнуть вмѣсто полости трубы въ одну изъ кистовидныхъ полостей яичника, такъ какъ этотъ послѣдній при трубныхъ заболѣваніяхъ также очень часто вовлекается въ страданіе и въ немъ появляются мелкія кисты, обыкновенно съ серознымъ содержимымъ; во вторыхъ, при двухстороннемъ заболѣваніи, когда на одной сторонѣ можетъ быть pyosalpinx, въ то время какъ на другой hydrosalpinx, мы можемъ пунктировать не ту трубу, т. е. не pyosalpinx, и такимъ образомъ получимъ ложный результатъ. При большихъ опухоляхъ этотъ способъ примѣнимъ вполнѣ, но нужно замѣтить, что вообще-то онъ не безопасенъ въ виду возможности занесенія патогенныхъ микроорганизмовъ въ полость трубы и благодаря чему можно получить весьма не желательное превращеніе hydrosalpinx'а въ pyosalpinx.

Показанія, на основаніи которыхъ была произведена операція въ нашихъ случаяхъ, вытекаютъ сами собой изъ всего выше сказаннаго. Относительно показаній для оперативнаго вмѣшательства при pyosalpinx'ѣ нечего и говорить, разъ констатировано несомнѣнно гнойное скопленіе въ трубѣ,— то это уже само по себѣ служитъ показаніемъ къ немедленному удаленію заболѣвшей трубы. Съ этимъ согласны большинство хирурговъ.

Шредеръ по этому поводу говоритъ, что при накопленіи гноя въ фаллопіевой трубѣ, сальпинготомія вообще бываетъ необходима, такъ какъ болѣзнь эта причиняетъ постоянно жестокія страданія и всегда угрожаетъ опасностью жизни. Маг-

tin [1]) считаетъ также показаннымъ оперировать pyosalpinx, такъ какъ, при существованіи его, во всякое время можетъ развиться pelveoperitonitis, ведущій часто къ летальному исходу. Можно много-бы привести такихъ мнѣній, но считаю это излишнимъ, такъ какъ всякій хорошо знаетъ, что такое pyosalpinx и какія могутъ быть послѣдствія при его присутствіи. Pyosalpinx, предоставленный естественному теченію, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ какъ-бы пройти, гной, содержащійся въ фаллопіевой трубѣ, сгущается, но дѣло доходитъ только до относительнаго излеченія, такъ какъ сгущенный гной вызываетъ облитерацію трубы (Martin).

Гораздо труднѣе установить показанія для hydrosalpinx'a и salpingooophorit'a. Въ этихъ случаяхъ одно только присутствіе опухоли не можетъ служить показаніемъ для операціи, развѣ только опухоли достигающія большихъ размѣровъ. Это вытекаетъ изъ того, что hydrosalpinx'ы могутъ существовать весьма долго, не причиняя опасности для жизни больной, а затѣмъ они могутъ подъ вліяніемъ раціональнаго леченія исчезнуть безслѣдно. Показаніемъ-же къ операціи въ этихъ случаяхъ служатъ: 1) *продолжительность болѣзни*, 2) *безуспѣшность терапіи*, 3) *жалобы больной*, 4) *общее состояніе ея* и 5) *условія жизни*. Въ нашихъ случаяхъ, въ огромномъ большинствѣ ихъ, примѣнялось соотвѣтствующее леченіе и только послѣ того, какъ убѣждались въ полной непригодности его въ данномъ случаѣ, прибѣгали къ чревосѣченію.

Больныя, пролечившись безъ успѣха долгое время, очень часто сами просили сдѣлать имъ операцію и избавить ихъ скорѣе отъ мучительной болѣзни.

Это особенно относится къ женщинамъ трудящимся, людямъ бѣднымъ, которые принуждены исполнять подчасъ очень тяжелую работу и неимѣющихъ времени лечиться. Ни одна болѣзнь, вѣдь, не имѣетъ такой массы разнообразныхъ болевыхъ и другихъ ощущеній какъ салпингооофоритъ, въ концѣ

[1]) Martin. Патологія и терапія женскихъ болѣзней, стр. 346, 1885 г.

подрывающій силы и здоровье больной. Болевыя ощущенія особенно усиливаются передъ и во время регулъ, заставляютъ ложиться въ постель на недѣлю, на двѣ и такъ бываетъ каждый мѣсяцъ, а то и чаще. Регулы, какъ мы видѣли выше, у большой части нашихъ больныхъ были обильные и частые, что сильно истощало ихъ. Въ 17-ти случаяхъ продолжительность болѣзни вызвала разстройство со стороны нервной системы, въ 5-ти случаяхъ съ истерическими припадками и въ одномъ даже замѣчалось душевное разстройство.

Приготовленія къ операціи ничѣмъ существеннымъ не отличались отъ таковыхъ-же приготовленій къ другимъ чревосѣченіямъ, поэтому о нихъ я не буду здѣсь говорить, такъ какъ объ этомъ я уже упоминалъ въ общей части, и опишу здѣсь ходъ самой операціи.

Послѣ того, какъ больная захлоформирована, во влагалище вводился кольпейринтеръ. Это дѣлалось для того, чтобы приподнять нѣсколько подлежащіе удаленію органы изъ малаго таза и тѣмъ самымъ удаленіе сдѣлать доступнѣе и легче. Затѣмъ, послѣ тщательной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота мыломъ Джейса, 2% растворомъ карболовой кислоты, приступали къ разрѣзу брюшныхъ стѣнокъ. Разрѣзъ обыкновенно дѣлался послойно, по бѣлой линіи, захватывая на пути кровоточащіе сосуды пинцетами Péan'a.

Направленіе разрѣза отъ пупка внизъ къ symphysis oss. pubis, оканчивался онъ не доходя лобка пальца на 2—3 въ предупрежденіе раненія мочеваго пузыря. Если, по вскрытіи брюшной полости, разрѣзъ оказывался малымъ, то его увеличивали вверхъ, облегчая такимъ образомъ манипуляціи въ полости таза. Такое увеличеніе разрѣза особенно требовалось въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣлось дѣло съ обширными сращеніями опухоли съ тазовыми и другими органами. *Длина разрѣза* вообще колебалась отъ 12 ctm. до 20.

Длина разрѣза.	Число случаевъ.
12 ctm.	5
14 „	8
15 „	8

Длина разрѣза.	Число случаевъ.
16 „	7
18 „	3
19 „	2
20 „	1

По вскрытіи брюшины, что обыкновенно дѣлается по пальцу изогнутыми ножницами А. Я. Крассовскаго, на брюшныя стѣнки накладываются двѣ или четыре провизорныя лигатуры, которыя захватываютъ всѣ слои брюшной стѣнки, отъ кожи до брюшины включительно. Поступая такимъ образомъ, получается возможность расширить рану, насколько это требуется, легче, чѣмъ безъ провизорныхъ лигатуръ. Послѣ этого въ полость брюшины вводится широкая плоская губка для удержанія кишекъ и устраненія ихъ изъ полости малаго таза и введенной рукой опредѣляется состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Послѣ такаго изслѣдованія приступаютъ къ удаленію заболѣвшихъ придатковъ. Удаленіе такихъ хронически воспаленныхъ придатковъ представляетъ громадныя трудности и требуетъ достаточной выработки оперативной техники, говоритъ профессоръ Лебедевъ [1]). Трудности обусловливаются, главнымъ образомъ, тѣми обширными и интимными сращеніями, которыя сопутствуютъ описываемому заболѣванію. Чтобы удалить опухоль, образованную трубою и яичникомъ, приходится вылущать ее изъ сплошной ложно-перепончатой капсулы, причемъ, вслѣдствіе глубокаго положенія этихъ частей въ тазу, вылущеніе это приходится дѣлать въ темнотѣ, безъ контроля зрѣнія, такъ сказать, ощупью.

Понятно, какая должна быть при этомъ соблюдаема осторожность, чтобы не поранить при отдѣленіи опухоли такихъ органовъ, какъ прямая кишка и мочевой пузырь, съ которыми такъ часто бываютъ склеены трубояичниковыя опухоли (проф. Лебедевъ [2]). Разсматривая наши случаи, мы находимъ, что

[1]) Проф. Лебедевъ. Краткій отчетъ о 100 чревосѣченіяхъ. Еженедѣльная клиническая газета, 1889 г. № 21 и 22.

[2]) Ibid.

почти во всѣхъ (исключая 2-хъ) опухоли имѣли болѣе или менѣе плотныя *сращенія* съ прилежащими органами и тазовой брюшиной. Такъ сращенія съ peritoneum parietale встрѣтились 27 разъ;

съ маткой . . . . 19 разъ.
съ прямой кишкой . 10 „
съ сальникомъ. . . 4 раза.

Въ 5-ти случаяхъ, какъ-то: №№ 2, 6, 14, 26 и 23, труба и яичники было до такой степени окружены со всѣхъ сторонъ ложными перепонками, что изъ этихъ послѣднихъ образовалась вокругъ нихъ какъ-бы толстая капсула и поэтому добраться до опухоли было весьма трудно; №№ 6 и 15 заднее дуглассово пространство совершенно отсутствовало и было зарощено ложными перепонками, по разрывѣ которыхъ и дошли до самыхъ опухолей; кромѣ того въ № 15 въ закрытіи дуглассова пространства принимала участіе и матка, которая находилась въ положеніи retroversio и была приращена весьма плотными ложными перепонками къ прямой кишкѣ. Сращенія обыкновенно отдѣляли рукой, исключая сращеній съ сальникомъ, которыя были перерѣзываемы между двумя лигатурами, во избѣжаніе кровотеченія изъ перерванныхъ сосудовъ.

По отдѣленіи опухоли отъ сращеній, она выводилась изъ брюшной полости. Если размѣры опухоли были велики, то сначала выпускали жидкость изъ фаллопіевой трубы при помощи троакара и затѣмъ уже извлекали опорожненную такимъ образомъ трубу. Въ случаяхъ pyosalpinx'а, по извлеченіи опухоли наружу, выпускали изъ нея гной, обкладывая опухоль со всѣхъ сторонъ губками, дабы гнойная жидкость не попала въ полость брюшины. Такое предварительное выпусканіе жидкости при pyosalpinx'ѣ особенно нужно рекомендовать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стѣнка мѣшка очень тонка и опухоль плотными перепонками срощена съ окружающими частями, такъ какъ при манипуляціяхъ съ ней мѣшокъ можетъ лопнуть и опорожниться въ полость брюшины.

Послѣ всего этого опухоль насколько возможно вытягивается въ брюшную рану и она въ большинствѣ случаевъ

имѣетъ достаточно удобную хирургическую ножку, образованную маточнымъ концомъ трубы и соотвѣтствующимъ участкомъ широкой связки.

Для удаленія опухоли проводилась черезъ широкую связку двойная шелковая лигатура, насколько возможно ближе къ соотвѣтствующему углу матки. Обѣ половины проведенной лигатуры перекрещиваются между собою на мѣстѣ прокола широкой связки и завязываются такимъ образомъ, что одной половиной обхватывается маточная сторона широкой связки, lig. ovarii proprium и маточный конецъ фаллопіевой трубы, а другой половиной затягивается тазовый край широкой связки черезъ lig. infundibulo-pelvicum и затѣмъ лигатура еще разъ обводится и затягивается вокругъ всей ножки. Такая перевязка ножки называется перевязкой въ 2 пучка. Поверхъ лигатуры опухоль срѣзывается ножницами; чтобы при этомъ не попало содержимое опухоли въ полость брюшины, она кругомъ защищается губками. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль имѣла широкое прикрѣпленіе къ lig. latum, подъ основаніе опухоли накладывался цѣлый рядъ шелковыхъ лигатуръ, цѣпеобразно захватывающихъ другъ друга. Такъ въ случаяхъ №№ 3 и 2 связка перевязана въ четыре пучка, въ №№ 16 и 4 въ шесть пучковъ; въ 30 случаяхъ ножка перевязана въ два пучка. Въ случаяхъ попаданія гноя въ полость живота производилось промываніе брюшной полости теплымъ салициловымъ растворомъ 1:1000. Это было, собственно говоря, сдѣлано одинъ разъ, въ случаѣ № 13. По отдѣленіи опухолей, культи опускались въ полость таза, куда тотчасъ-же вводилась губка для того, чтобы при закрытіи брюшной полости швами можно было-бы по вынутой губкѣ судить о состояніи культи, т. е. кровоточитъ-ли она или нѣтъ; кишечникъ покрывался широкой плоской губкой и на брюшныя стѣнки накладывались шелковыя лигатуры; затѣмъ губки вынимались, провизорныя лигатуры отрѣзывались и швы завязывались наглухо. Лигатуры захватываютъ всю толщу брюшныхъ стѣнокъ отъ наружныхъ покрововъ до брюшины включительно и отстоятъ другъ отъ друга приблизительно на $1-1^1/_2$ сантиметра.

11	швовъ	. . . . .	наложено 1
12	„	. . . . .	„ 14
13	„	. . . . .	„ 1
14	„	. . . . .	„ 6
15	„	. . . . .	„ 7
16	„	. . . . .	„ 1

Въ двухъ случаяхъ, въ №№ 10 и 11, брюшина отдѣльно соединена непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ; въ № 11 кромѣ этого непрерывный кэтгутовый шовъ наложенъ на апоневрозъ прямыхъ мышцъ. Показаніемъ къ этому служило какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ значительная толщина подкожнаго и praeperitoneal'наго жирнаго слоя.

Въ № 10 толщина подкожнаго жирнаго слоя равнялась $4^1/_2$ пальцамъ, въ № 11—4 пальцамъ и въ этомъ послѣднемъ случаѣ praeperitoneal'ный жиръ былъ развитъ до толщины большаго пальца. Рана присыпалась іодоформомъ и накладывалась повязка. Такимъ образомъ произведено:

Salpingo-oophorectomia	duplex	16
„	„ dextra	6
„	„ sinistra	4
Salpingotomia	dextra	1
„	sinistra	1
Salpingotomia	sinistra et salpingo-oophorect. dextra	2
Salpingotomia	dextra et salpingo-oophorect. sinistra	2
Laporotomia	explorativa	1

Два раза сдѣлано частичное изсѣченіе фаллопіевой трубы, причемъ въ одномъ случаѣ № 31 съ правой стороны, а въ другомъ № 32 съ лѣвой стороны. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ опухоли цѣликомъ удалить не представлялось возможнымъ, такъ какъ сращенія опухолей съ прилежащими частями были до того плотныя, что, при первыхъ попыткахъ отдѣленія ихъ, мѣшокъ лопнулъ и опухоль освободила свое серозное содержимое въ брюшную полость. Тогда (№ 32) изъ выдающейся части опухоли вырѣзанъ овальный кусокъ, дли-

ной около 5 ctm., и края образовавшагося отверстія обшиты 5 шелковыми матрацными швами. Въ случаѣ № 31 стѣнка трубнаго мѣшка захвачена двумя Т образными пинцетами, часть стѣнки ея резецирована, такъ что получилось окно, величиной въ 5-ти копѣечную монету, на края котораго было наложено 5 лигатуръ изъ тонкаго шелка.

Въ обоихъ случаяхъ содержимое имѣло серозный характеръ, потому и оставленіе ихъ въ брюшной полости не считалось опаснымъ. И дѣйствительно послѣоперацiонный періодъ прошелъ гладко, при нормальной температурѣ и пульсѣ, и больныя отлично поправились. При операціи № 35 сдѣлана попутно ventrofixatio, а въ № 11 myotomia.

Продолжительность операціи въ среднемъ равнялась 45 минутамъ.

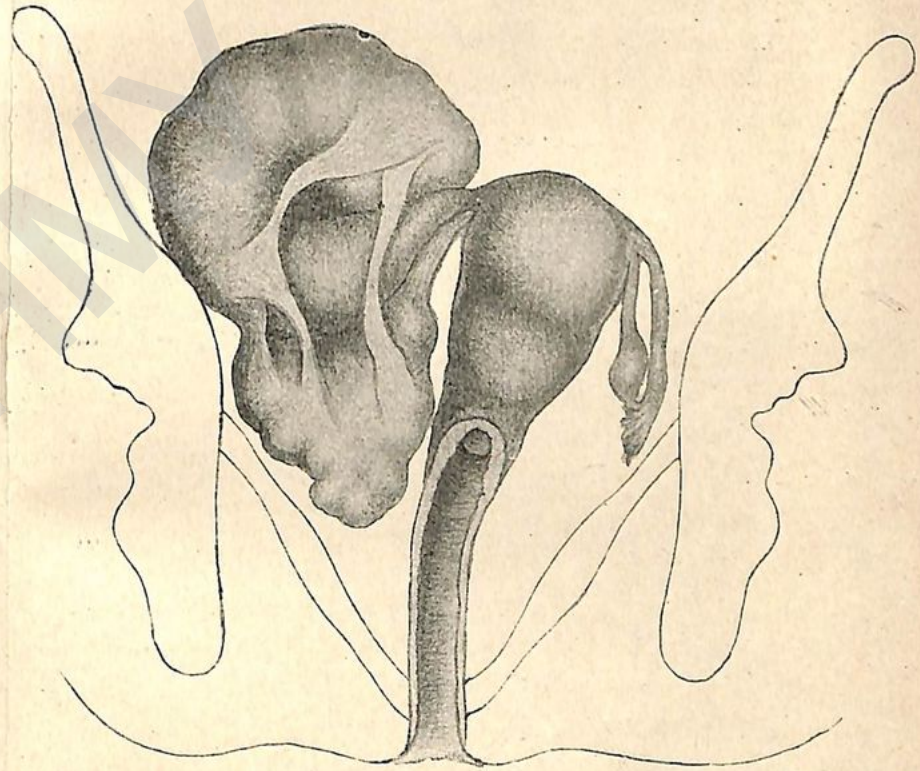
Величина опухоли колебалась отъ размѣровъ голубинаго яйца до головы новорожденнаго плода.

въ голову новорожденнаго	3
„ „ 8-ми мѣсячнаго плода . .	1
„ гусиное яйцо	3
„ кулакъ	3
„ куриное яйцо	16
„ апельсинъ	7
„ голубиное яйцо	8

Въ 22 случаяхъ было наблюдаемо двухстороннее заболѣваніе придатковъ, 7 разъ правостороннее и 6 разъ лѣвостороннее. Если посмотримъ на обширныя статистики другихъ авторовъ, то находимъ: Martin'a [1]) на 287—91 разъ двухстороннее заболѣваніе, 134 лѣвой стороны и 58 правой стороны, Шлезингеръ [2]) изъ 284—147 разъ двухстороннее заболѣваніе, 26 правой стороны, 37 лѣвой стороны. Изъ этого видно, что заболѣваніе придатковъ съ обѣихъ сторонъ встрѣчается очень часто и значительно преобладаетъ надъ заболѣваніемъ той и другой стороны въ отдѣльности взятыхъ. Въ нашихъ же случаяхъ двухстороннее заболѣваніе явилось пре-

[1]) Martin. Zeitschrift für geb. und gyn. Band XIII 1886 г.
[2]) Шлезингеръ. Дис. стр. 160.

Рис. № 11.



НБ ХНМУ

обладающимъ даже сравнительно суммой случаевъ заболѣваній той и другой стороны 22 и 13.

Такая частота встрѣчи обоюдосторонняго сальпингата вызываетъ даже такія категорическія мнѣнія, какое мы, напримѣръ, читаемъ у L. Tait'a [1]). Онъ совѣтуетъ постоянно двухстороннюю сальпинготомію, даже если труба и не представляетъ видимыхъ измѣненій, въ виду того, что она все равно должна заболѣть. Такое мнѣніе, конечно, нельзя принять и тѣмъ болѣе слѣдовать ему. Едва-ли кто рѣшится удалить органъ, играющій столь важную роль въ зачатіи, если онъ представляется нормальнымъ. Такъ долженъ дѣйствовать каждый хирургъ и при операціи въ нашихъ случаяхъ слѣдовали тому же самому правилу: оставляли трубу на мѣстѣ, если она не представляла видимыхъ измѣненій. *Содержимое трубъ* было 17 разъ серознымъ или серозно-кровянистымъ, 4 раза гнойнымъ, причемъ въ одномъ случаѣ (№ 2) гной отличался сильнымъ зловоннымъ запахомъ, 3 гноевиднымъ, 7 разъ жидкости въ трубахъ ненайдено совсѣмъ, а просвѣть трубъ былъ выполненъ инъецированной набухшей слизистой оболочкой и сама стѣнка трубы представлялась значительно увеличенной и утолщенной.

Почти во всѣхъ случаяхъ въ страданіи принимали участіе и яичники. При микроскопическомъ изслѣдованіи они представлялись кистовидно-перерожденными, съ большимъ или меньшимъ количествомъ кистовидныхъ полостей въ своемъ существѣ, или, наоборотъ, иногда имѣли атрофическій видъ. Hydrosalpinx былъ наблюдаемъ 17 разъ, причемъ количество жидкости въ нихъ колебалось отъ 85 до 500 и болѣе куб. ctm., характеръ жидкости былъ то чисто серозный, то серозно-кровянистый. Hydrosalpinx изображенъ на рисункѣ 11 (случ. № 34), яичникъ представляется кистовидно-перерожденнымъ.

Десять разъ имѣли дѣло съ Salpingooophoritis и при па-

---

[1]) L. Tait. On the results of unilateral removal of the uterine appen dages Americ. Journal of Obst. 1887 г. Цит. по Михнову. Дис. 1889 г.

тологоанатомическомъ изслѣдованіи находили стѣнку трубы утолщенной и слизистую оболочку сильно гиперемированной и набухшей, которая выполняла въ большей или меньшей мѣрѣ весь просвѣтъ трубы. 4 раза встрѣтили pyosalpinx; количество содержимаго только въ одномъ случаѣ было 500 куб. сант., а въ 4 другихъ, не болѣе 2—3 столовыхъ ложекъ. Pyosalpinx, содержащій 500 куб. сант. гноя сильно зловоннаго, былъ двухстороннимъ и равнялся по величинѣ размѣрамъ дѣтской головки. Pyosalpinx такихъ размѣровъ встрѣчается далеко не часто и по Hegar'y [1]) онъ только въ видѣ исключенія достигаетъ величины кулака или головы ребенка. Scanzoni и Klob [2]) опредѣляютъ максимальную величину ихъ также равной головкѣ ребенка.

Какъ рѣдкая форма pyosalpinx большихъ размѣровъ описанъ докторомъ Маковецкимъ [3]), окружность pyosalpinx'а имѣла 80 ctm., затѣмъ случай Imlach [4]) гдѣ опухоль содержала 7 пинтъ гноя и Alban Doran'a [5]) вѣсъ препарата 4 ф. 11 унцій. Въ 2 случаяхъ операція была сдѣлана по поводу periooophoritis et perisalpingitis bilateralis (№ 6 и 16). Въ двухъ случаяхъ имѣли дѣло съ salpingitis tuberculos. duplex.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій, исключая рвоты, болей въ животѣ первые дни, въ 22 случаяхъ при нормальной температурѣ и пульсѣ. Въ 13 случаяхъ въ теченіи его наблюдались лихорадочныя движенія температуры, такъ въ случаѣ № 2 (pyosalpinx) температура отъ 5 до 9 дня была повышена и доходила даже до 39,3°; въ № 5 (Salpingooophoritis suppurat.) около $1^1/_2$ недѣли лихорадочная температура, доходившая до 39,5°; въ № 11 (salpingooophoritis sinistra et polypus uteri subperitonealis) боль-

[1]) Hegar. Die operative Gynäkologie 86 г.

[2]) Scanzoni и Klob. Цит. по Михнову. Дис. Къ вопросу о заболѣваніи фаллопіев. трубъ и яичниковъ. 1889 г. стр. 41.

[3]) Маковецкій. Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопіевыхъ трубъ. Дис. С.-Петербургъ 1888 г. стр. 41.

[4]) Imlach. Цит. по Михнову.

[5]) Alban Doran. ibid.

ная лихорадила въ продолженіи 2 недѣль. Эта лихорадочная температура зависѣла отъ нагноенія въ швахъ и гнойнаго воспаленія предбрюшинной и апоневротической клѣтчатки, вызваннаго безъ сомнѣнія недоброкачественнымъ кэтгутомъ, въ № 12 (Salpingooophoritis duplex) съ 4 до 10 дня температура лихорадочная (небольшой абсцессъ въ нижнемъ углу раны); въ № 13 (salpingooophoritis dextra) температура на 2 сутки разъ поднялась до 38,9° и съ этого дня длительная лихорадка, (абсцессъ въ подкожной клѣтчаткѣ); въ № 14 (hydrosalpinx dextra) температура лихорадочная, въ первые сутки доходившая до 38° (значительный эксудативный пельвеоперитонитъ на мѣстѣ экстирпированной трубы); въ № 15 (perisalpingitis et periooophoritis bilateralis) въ 1 и во 2 день наблюдалось повышеніе температуры до 38,6°, сопровождавшееся сильными болями въ животѣ; въ № 16 (hydrosalpinx sinistra) временное повышеніе температуры до 38,4°; въ № 23 (salpingooophoritis sinistra) первые трое сутокъ температура доходила до 38,4 при боляхъ въ животѣ; въ № 27 (hydrosalpinx dextra) повышеніе температуры до 38—38,5° къ вечеру на 5 и 8 день; въ № 28 (salpingit. tuberculosa duplex) больная все время лихорадила; въ № 29 (hydrosalpinx duplex) первые 4 дня температура доходила до 38°; въ № 35 (hydrosalpinx dextra) температура лихорадочная, доходившая даже до 40°, благодаря нагноенію въ трехъ маточныхъ швахъ. Швы преимущественно снимались на 10 день, въ 28 случаяхъ сняты на 9 день, въ 3 на 11 и въ одномъ случаѣ на 14 день. Послѣопераціонный періодъ въ среднемъ равнялся 33 днямъ, самое малое количество дней, проведенныхъ больной въ клиникѣ, было 18, а самое большое 102 дня (№ 11). Состояніе больныхъ при выпискѣ было въ большинствѣ случаевъ весьма хорошее въ 33 случаяхъ. При изслѣдованіи ихъ половой сферы, кромѣ разлитаго уплотненія или небольшаго эксудата на мѣстѣ культи ничего не найдено. Отмѣчу слѣдующіе случаи, гдѣ больные выписались изъ клиники не вполнѣ здоровыми, такъ: № 13 при выпискѣ найденъ около матки плотный болѣзненный эксудатъ, окутывающій матку со всѣхъ сто-

ронъ и дѣлающій границы ея неясными; въ № 14 при выпискѣ найдено: матка въ anteflexio, подвижность ея ограничена.

Какъ правый, такъ особенно и лѣвый своды заняты перитонитическимъ эксудатомъ, который слѣва поднимается на два пальца надъ лѣвой горизонтальной вѣтвью лобковой кости. Изъ всѣхъ нашихъ больныхъ мы не лишились такимъ образомъ послѣ операціи ни одной больной. Процентъ смертности при этой операціи по Шлезингеру [1]) равняется 8,76%.

Если мы посмотримъ на исходы послѣ этой операціи въ послѣднее время у разныхъ операторовъ, то найдемъ слѣдующее:

		Число опер.	смертей.	% смертности.
L. Tait [2])	на . .	263	9	3,42
Terillon [3])	„ . .	140	9	6,4
Doven [4])	„ . .	56	2	4
Ruttier [5])	„ . .	52	0	0
Pozzi [6])	„ . .	25	1	4
Лебедевъ	„ . .	35	0	0
Рейнъ [7])	„ . .	12	0	0
Вастенъ [8])	„ . .	12	0	0
Феноменовъ [9])	„ . .	9	0	0

На всю же сумму приведенныхъ 604 случаевъ умерло 21 больная или это равняется 3,4% смертности.

На прилагаемыхъ рисункахъ: № 12, относящемся къ случаю 33, представлен. pyosalpinx dextra. Труба, какъ видно на рисункѣ, отходя отъ праваго угла матки, постепенно расширяется, обхватываетъ собою правый кистовидно-перерож-

---

[1]) Шлезингеръ. Дис. стр. 163.
[2]) L. Tait. Brit. Med. Journ. 1888 г.
[3]) Terillon. An. de gynäk. т. 35 1891 г. стр. 294.
[4]) Doven. ibid.
[5]) Ruttier. ibid.
[6]) Pozzi. ibid.
[7]) Рейнъ. Протоколы засѣд. ак. гинек. общества въ Кіевѣ. Т. V в. X 1892 г.
[8]) Вастенъ. Больничная газета Боткина 1892 г.
[9]) Феноменовъ. Врачъ 1890 г.

Рис. № 12.

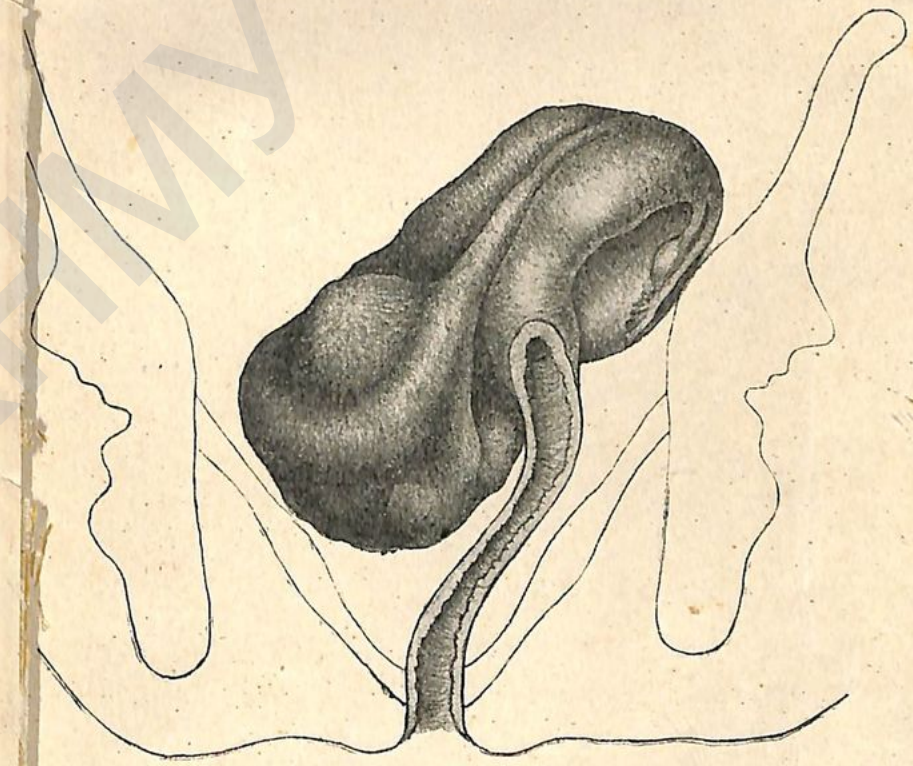
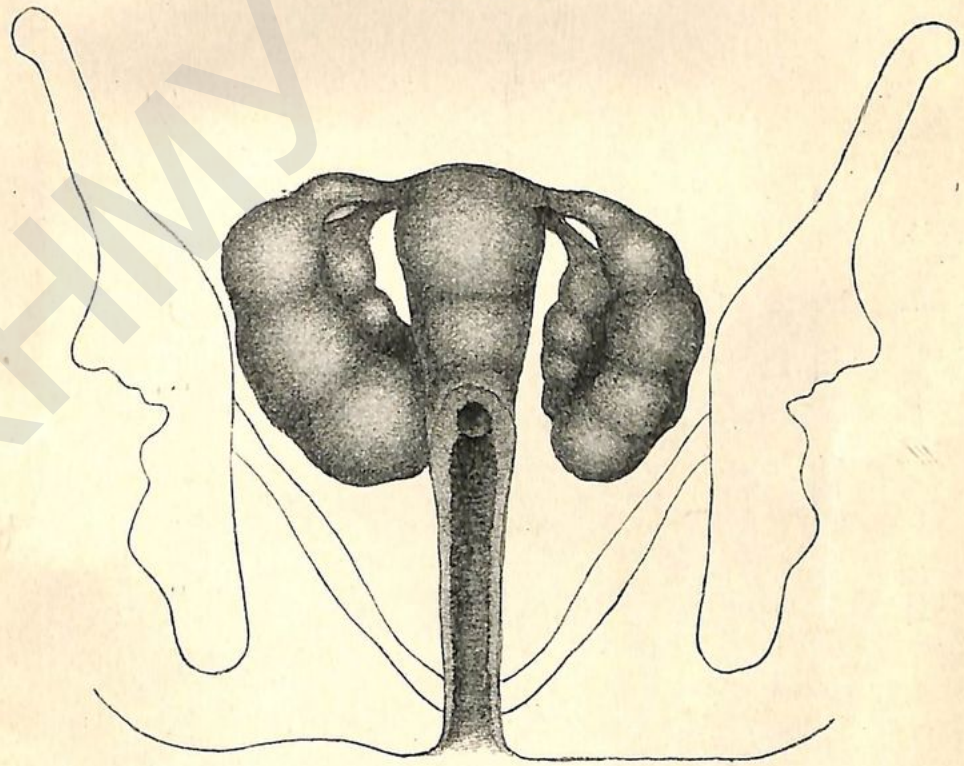
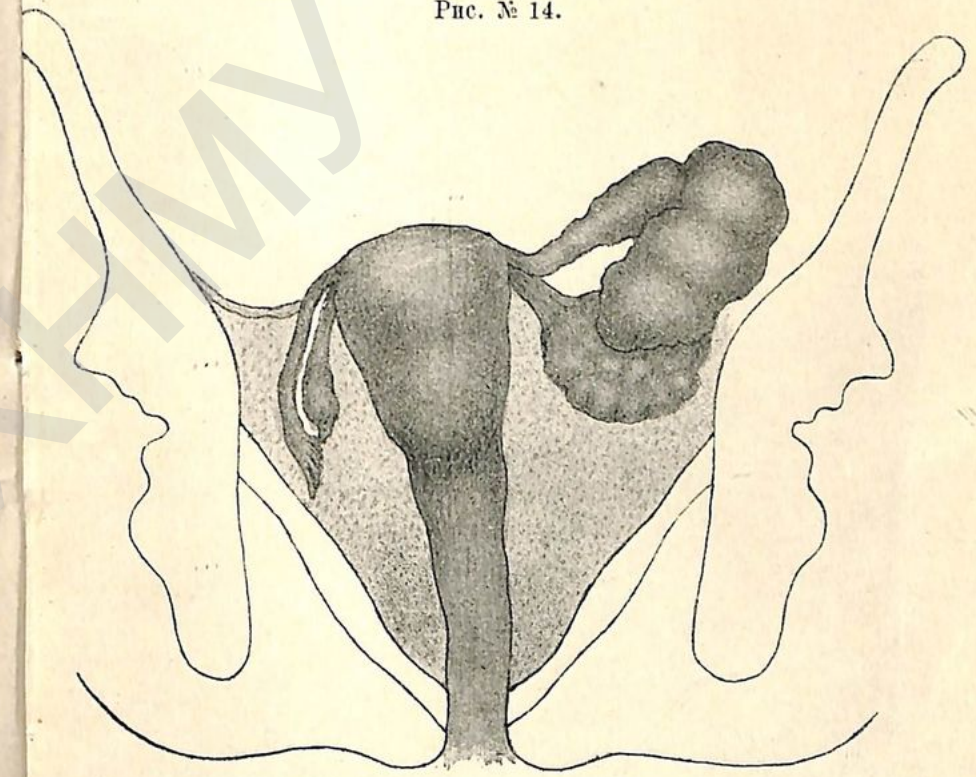


Рис. № 13.



НБ ХНМУ

Рис. № 14.



НБ ХНМУ

денный яичникъ, заходитъ за матку и своимъ обдоминальнымъ концомъ касается лѣваго угла матки. Яичникъ былъ до того плотенъ, что при первомъ изслѣдованіи даже было высказано предположеніе, что не имѣемъ-ли мы передъ собою фиброидъ. На рисункѣ 13 изображенъ salpingooophoritis duplex (hydrosolpinx), а на 14 (случ. 23) salpingooophoritis sinistra.

НБ ХНМУ

ТАБЛИЦЫ.

НБ УНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица?	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
1	М. Г. Спб. крестьянка Новгородской губ. Незамужняя.	25	Род. 2 раза; послѣдній разъ 8 мѣс. тому назадъ.	Больна 6 мѣс. Жалуется на неправильные регулы, появляющіеся черезъ 2 недѣли по 10—15 дней, на боли въ лѣвомъ паху, особенно передъ регулами и во время ихъ, запоры.	Salpingo-oophoritis duplex suppurat.	Лѣвая опухоль въ куриное яйцо. Правая опухоль въ голубиное яйцо.	Salpingo-oophorectomia duplex. 1 ноября 1886 г. Сращенія съ тазовой брюшиной и задней поверхностью матки.	15 с. 14 глуб. шелк. швовъ.	1 ч. 15 м.	Безъ осложненій. На 10-ый день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ; на 28-ой день встала больная съ постели, а на 42-ой выписалась изъ клиники, значительно оправившись.	Правая труба растянута гноевидной жидкостью въ количествѣ около 4 grm. Слизистая оболочка утолщена представляетъ невысокія складки въ видѣ продольныхъ гребней. Лѣвая труба извилиста свернута кольцомъ, такъ что ея наружный конецъ лежитъ рядомъ съ внутреннимъ. Стѣнка утолщена. Слизистая оболочка пронизана кровоизліяніями. Въ каналѣ небольшое количество гнойнаго содержимаго. Оба яичника увеличены до размѣровъ небольшаго куринаго яйца, съ поверхностью неправильными бугристыми, а въ разрѣзѣ заключаютъ полости отъ конопляннаго зерна до вишни.	Трубы удалены вмѣстѣ съ яичниками послѣ проведенія двойной шелковой лигатуры сквозь широкую связку, подъ фаллопіевой трубой завязыванія ея въ два пучка.
2	А. Х. дочь чиновника, изъ Риги. Незамужняя.	27 л.	Род. 1 р. 8 лѣтъ тому назадъ.	Жалуется на боль и тяжесть внизу живота, въ лѣв. ногѣ. Послѣдніе два года эти припадки особенно усилились. Обостреніе этихъ припадковъ больш. частью совпадаетъ съ временемъ регулъ, которые сдѣлались гораздо меньше. Нервное состояніе, сабость, лихорадка, бѣли. Больная крайне истощенная блѣдная особа.	Cystoma parovarii et salpingooophoritis sinistra suppurativa; post operationem: salpingoophoritis duplex suppurativa.	Въ правомъ сводѣ опредѣляется опухоль величиной съ голову новорожденнаго. Въ лѣвомъ сводѣ опухоль меньшей величины.	Cystectomia et salpingo oophorectomia duplex 1886 г. 22 дек. Очень плотныя сращенія съ тазовой брюшины. При отдѣленіи лѣвой трубы, она лопнула и гнойное содержимое вылилось въ брюшную полость.	12 ctm. 12 глуб. шелков. шва.	1 ч. 45 м.	Температура и пульсъ въ первые 4 дня колебались въ предѣлахъ нормы; затѣмъ съ 5-го до 9-го дня было повышеніе, достигшее до 39,3°, но къ 16 дню упавшее до нормы. На 12 день сняты швы, рана зажила per primam. Больная на 38-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Какъ правая, такъ и лѣвая труба содержали зловонный гной, вмѣстѣ съ газами. Правая труба содержала его около 500 куб. с. Вѣсъ ея рав. 610 grm. Лѣвая—около чайной ложки гноя.	Опухоль удалены послѣ наложенія лигатуръ на широкія связки.

№ по порядку.	Имя званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни; продолжительностьея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
3	М. Р. Дворянка. Варшавск. губерніи. Замужняя.	42	Род. 1 разъ, 21 годъ тому назадъ.	Болѣзнь началась вскорѣ послѣ родовъ, регулы сдѣлались неправильными черезъ 3 нед. по 8—10 дней, съ болями въ поясницѣ. Частые позывы на мочеиспусканіе, боль надъ лобкомъ, иногда въ лѣвой ногѣ. Недѣли за 1½ до кровей самочувствіе больной обыкновенно лучше, чѣмъ послѣ нихъ. Головныя боли, общее недомоганіе, усталость. Бѣли, запоры. Больная средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія.	Колеблется между: salpingo-oophoritis et cystoma ovarii dextr. Post. operationem: salpingo-oophorit dextra (hydrosapinx).	Опухоль величиной въ кулакъ.	Salpingooophorectomia dextr. 1887 г. 4 февраля Очень плотныя сращенія съ тазовой брюшиной.	16 cim. 12 шелковыхъ швовъ.	55 м.	Безъ осложненій. Выписалась на 37-й день послѣ операціи.	Количество выпущенной серозной жидкости 4 унціи и 2½ драхмы. Стѣнка трубы значительно истончена и извилиста; абдоминальный конецъ зарощенъ яичникъ уменьшенъ въ объемѣ, покрытъ ложными перепонками.	Труба съ яичникомъ удалены обычнымъ способомъ.
4	М. Н. мѣщанка г. С.-Петербурга замужняя.	44	Родила 1 р. 18 лѣтъ тому назадъ.	Заболѣла 10 лѣтъ тому назадъ. Жалуется на боль въ паховыхъ областяхъ, продолжительные регулы (до 2-хъ недѣль), тяжесть внизу живота, напираніе на низъ, давленіе на пузырь, незначительныя боли въ нижнихъ конечностяхъ. Больная блондинка, средняго роста, умѣреннаго питанія.	Salpingo-oophoritis duplex. (Hydrosalpinx).	Правая опухоль въ куриное яйцо, другая опухоль меньшей величины.	Salpingo-oophorectomia bilateralis 1887 27 февраля. Сращенія съ perit. parietale и съ сальникомъ. При отдаленіи сращеній, трубы лопнули и серозно-кровянистое содержимое излилось въ брюшную полость.	16 с. 14 глуб. швовъ.	1 ч.	Безъ осложненій. Въ первые 11 дней самая высокая температура была 38,2°; на 3-й день послѣ операціи появилось небольшое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Съ 11-го марта недѣлю было неправильное колебаніе температуры, доходившее одинъ разъ до 39,4°. Это повышеніе температуры обусловливалось незначительнымъ абсцессомъ въ серединѣ брюшнаго разрѣза. Черезъ 1 мѣс. послѣ операціи выписалась здоровой.	Жидкость трубъ не могла быть собрана. По оцѣнкѣ главомѣромъ количество ее равнялось 6 унціямъ, (4 на лѣвую и 2 на правую трубу). Жидкость серозно-кровянистая.	Опухоли удалены обычнымъ способомъ.

НБ ННМУ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
5	М. К. Солдатка, уроженка С.-Петербурга Замужняя.	23	Род. 2 раза. Послѣдніе роды 2 года тому назадъ.	Заболѣла около 5 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота, особенно въ правой сторонѣ и въ правой ногѣ; боли особенно усиливаются къ концу регулъ. Регулы за время болѣзни сдѣлались неправильными и часто продолжаются 7—9 дней, очень обильны. Рѣзь при мочеиспусканіи, бѣли, общая слабость, отсутствіе аппетита, исхуданіе. Больная плохаго питанія, очень малокровна.	Salpingo-oophoritis duplex (suppurativa?)	Справа опухоль величиной въ куриное яйцо; слѣва—въ голубиное.	Salpingo-oophorectomia bilateralis 18 марта 1887 года. Очень плотныя старыя сращенія съ тазовой брюшиной. На правой сторонѣ изъ широкой связки открылось артеріальное кровотеченіе.	15 стм. 15 шел. глубок. швовъ.	1 ч.	Послѣопераціонное теченіе лихорадочное, по временамъ 1^0 поднималась до $39{,}5^0$. На 37 день больная выписалась изъ клиники здоровой.	Правая труба дл. 6 с. имѣетъ сильно гипертрофированныя стѣнки особенно утолщена слизистая оболочка. Правый яичникъ дл. 4 с. лѣвый яичникъ дл. 3 с.; лѣвая труба свернута въ клубокъ и окутана ложными перепонками. Длина ея 4 сант. Слизистая оболочка тоже сильно гипертрофирована. Содержимаго въ трубахъ нѣтъ.	
6	Е. Т. Дворянка С.-Петербург. Замужняя.	28	Род. 2 раза; послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.	2 года тому назадъ было воспаленіе внизу живота, съ сильной рѣзью при мочеиспусканіи. Съ того времени появилось нервное разстройство, боли внизу живота и поясницѣ, равно какъ и въ лѣвой ногѣ. Боли эти усиливаются передъ и въ первые 3 дня регулъ; частое появле- регулъ ($1^1/_2$—2 нед.) по 5—6 дней; головные боли, боли въ грудяхъ, безсонница, раздражительность и т. д.	Pelveoperitonitis chr., perimetritis chr. posterior et lateralis.	Въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и боковыхъ сводахъ опредѣляется разлитая припухлость; яичники и трубы не опредѣляются.	Saipingotomia sinistra et-oophorectomia dextra 4 ноября 1887 года. Очень обильныя плотн. сращенія съ окружающими частями.	15 с. 13 глуб. 5 повер. шелк. швовъ.	50 м.	Безъ осложненій. На 35-й день послѣ операціи выписалась здоровой.	Правый яичникъ былъ весьма незначительной величины (діаметръ его $2^1/_2$ и $1^1/_2$ с.) вся поверхность его сплошь покрыта ложными перепонками. На разрѣзѣ, ткань его представляется равномѣрной, плотной и весьма бѣдной фолликулами. Лѣвая труба также покрыта ложными перепонками; въ полости своей однако не представляетъ никакихъ грубыхъ измѣненій.	Въ силу плотныхъ сращеній удаленъ только правый яичникъ и лѣвая труба.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
7	М. К. С.-Петербургск. губ. мѣщанка. Замужняя.	26		Черезъ 2 года послѣ начала (на 16-омъ году) регулъ, былъ оборотъ при лихорадочн. состояніи, появилась кровотеченіе, изъ половыхъ органовъ, продолжавшееся почти непрерывно 3 мѣсяца при этомъ были боли внизу живота и рѣзь при мочеиспусканіи. Затѣмъ 6 мѣсяцевъ была здорова послѣ этого болѣзнь повторилась снова и окончилась нарывомъ, вскрывшимся въ прямую кишку. Съ тѣхъ поръ время отъ времени появлялись ухудшенія. Регулы за время болѣзни стали приходить чаще и неправильно, но количество крови теряемой, меньше прежняго. Больная крайне блѣдная и истощенная особа.	Salpingo-oophoritis duplex.	Въ прав. сводѣ опухоль величиною въ апельсинъ; лѣвая опухоль меньшей величины.	Salpingo-oophorectomia bilateralis 7 ноября 1887 года. Очень плотныя сращенія съ окружающими частями, съ маткой и тазовой брюшиной.	13½ с. 15 шелков. швовъ.	49 м.	Безъ осложненій, исключая незначительнаго абсцесса около одного шва, давшаго повышеніе t° на 3 дня. На 20 день выписалась изъ клиники значительно поправившись.	Оба яичника значительно уменьшены въ объемѣ. Въ одномъ изъ нихъ найдена полость величиной въ лѣсной орѣхъ съ серознымъ содержимымъ. Правая труба свернута въ клубокъ и фиксирована въ этомъ положеніи ложными перепонками. Труба имѣетъ въ длину 7 сант. стѣнка утолщена, содержимаго въ полости нѣтъ. Лѣвая труба 8 с. длин. направленіе ея извилистое. Содержимаго также нѣтъ, наружное отверстіе закрыто, стѣнка утолщена.	
8	И. К. крестьянка. Витебской губ.	25	Род. 2 раза; послѣд. роды 1 годъ тому назадъ.	Захворала послѣ первыхъ родовъ, 7 лѣтъ тому назадъ. Жалуется на постоянную боль въ поясницѣ; на періодическую боль въ лѣвомъ паху, усиливающуюся при ходьбѣ и распространяющуюся въ лѣвую ногу. Регулы сдѣлались чаще и обильнѣе. Больная умѣреннаго питанія, анемична.	Salpingo-oophoritis sinstra (Hydrosalpinx)	Величиной въ апельсинъ.	Salpingo-oophorectomia sinistra 13 ноября 1887 г. Сращенія съ окружающими частями и съ сальникомъ.	16 с. 11 глуб. 1 поверх. шелков. швовъ.	51 м.	Безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ; на 26-ой день послѣ операціи выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль величиной въ кулакъ состоитъ изъ свернутой въ клубокъ и растянутой фаллопіевой трубы и яичника. Дл. трубы 11 с, абдоминальный конецъ ея расширенъ и закрытъ. Серозное содержимое фаллопіевой трубы—100 к. с. Удаленный лѣвой яичникъ 4 с. въ длин., 1⅔ с. въ ширину и 6 mlm. въ толщину. На наружномъ концѣ его находится полость съ гладкими стѣнками.	

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица?	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза. Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
9	З. Т. Петербургск. губ., рянка. Замужняя.	24	Род. 2 раза; послѣдн. роды 4 года тому назадъ.	Заболѣла послѣ вторичныхъ родовъ. Жалуется на неправильные, болѣзненные, продожительные и обильные регулы, боли внизу живота, поясницѣ, въ паховыхъ областяхъ и лобкѣ; боли при мочеиспусканіи и частые позывы на мочу, сильное нервное растройство и т. д. Больная слабаго тѣлосложенія, сильно истощенная, анемичная особа.	Salpingo-oophoritis bilateralis.	Правая опухоль величиной въ куриное яйцо. Лѣвая—меньше.	Salpingo-oophorectomia bilateralis 5 декабря 1887 года. Слабыя сращенія лѣвой опухоли и очень плотныя прав. опухоли съ окружающими частями.	14 с. 15 глуб. швовъ.	1 ч.	Безъ осложненій. На 34-ый день выписалась изъ клиники здоровой.	Удаленный участокъ правой трубы длин. 6 с. Полость ея расширена неравномѣрно. Лѣвая фаллопіева труба дл. 9 с.; измѣнена только въ абдоминальномъ концѣ, гдѣ она утолщена, вслѣдствіе расширенія просвѣта и значительной гипертрофіи слизистой оболочки. Оба яичника, кистовидно перерождены.	
10	М. Т. уроженка Шотландіи. Замужняя.	51	Род. 6 р.; послѣдніе роды 23 г. тому назадъ.	2 года тому назадъ регулы сдѣлались неправильными, стали приходить часто, иногда черезъ недѣлю, продолжаются долго, по 7 дней и очень обильны. Такое состояніе ихъ длилось 9 мѣсяц., затѣмъ они стали правильнѣе и съ $^1/_2$ года совсѣмъ прекратились. Боли въ лѣвомъ паху, которыя повторяются 2—3 раза въ недѣлю; со времени окончанія регулъ, — растройство мочеиспусканія, бѣли и боли въ поясницѣ. Брюнетка, небольшаго роста съ хорошимъ питаніемъ.	Hydrosalpinx dextr.	Въ большое куриное яйцо.	Salpingotomia dextra 1888 14 января Сращенія съ тазовой брюшиной.	20 с. На peritoneum непрерывный кэтгутовый шовъ, на остальные слои брюшнаго разрѣза 16 швовъ шелковыхъ.	45 м.	Безъ осложненій. На 21-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Экстирпированная труба представляетъ очень тонкостѣнный мѣшокъ наполненный прозрачной серозной жидкостью. Всѣ ея вмѣстѣ съ жидкостью равн. 107 grm. Наибольшій діаметръ 15 с. и наибольшая окружность 15 с.	

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
11	А. Г. дворянка. Кронштадт. Замужняя.	29	Выкид. 1 на 2 мѣсяцѣ. 4 года тому назадъ.	Заболѣла черезъ 3 дня послѣ выхода замужъ, на 25 году жизни. Жалуется на боли внизу живота и поясницѣ и боли то въ правой, то въ лѣвой ногѣ. Регулы сдѣлались неправильными и съ сильными болями, продолжающимися долго послѣ регулъ. Срокъ менструальнаго отдѣленія продолжается 3 дня и послѣ этого съ недѣлю идетъ серозно-кровянистая жидкость и въ этомъ періодѣ боли особенно ожесточаются. Нервное разстройство, частые позывы и рѣзь при мочеиспусканіи. Блондинка, хорошаго питанія.	Salpingo-oophoritis sinestra. et polypus uteri subperit. Post. operationem: salpingo-oophoritis duplex et polypus uteri subperitoneal.	Лѣвая опухоль эластическая, величиной въ голубиное яйцо; правая же —плотная величиной съ грецкій орѣхъ.	Salpingotomia dextra Salpingo oophorectomia sinistra et fibromyomotomia. 1888 г. 16 января. Наибольшія сращенія съ тазовой брюшиной.	18 сант.; брюшная рана зашита въ 3 этажа 1-й шовъ непрерывный изъ кэтгута, peritone'альный, 2-й тоже непрерывный изъ кэтгута соединилъ края апоневроза прямыхъ мышцъ, 3-й шовъ края кожной раны 12 глуб. шелковыхъ швовъ.	50 м.	Теченіе лихорадочное благодаря гнойному воспаленію предбрюшинной и апоневротической клѣтчатки. На 102 день выписалась здоровой.	Правая фаллопіева труба на своемъ абдоминальномъ концѣ растянута серозно-кровянистой жидкостью. Лѣвый яичникъ и фаллопіева труба сращены ложными перепонками. Яичникъ уменьшенъ въ объемѣ. Абдоминальный конецъ трубы растянутъ и приращенъ къ яичнику.	
12	Ѳ. З. жена писаря. Замужняя.	27		Съ первыхъ же мѣсяцевъ (11 мѣсяц. тому назадъ) послѣ замужества стала страдать бѣлями и болями внизу живота, иногда достигавшими до такой сильной степени, что больная должна была лежать въ постели, что совпадало съ регулами. Кромѣ этого больная вскорѣ послѣ замужества имѣла бубоны. Жалуется на боли, частые позывы на мочеиспусканіе, головокруженіе, тошноту и т. д. Брюнетка, слабаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	Salpingo-oophoritis duplex.	Правая опухоль величиной съ апельсинъ; лѣвая — нѣсколько меньше.	Salpingo-oophorectomia duplex. 1888 г. 6 февраля. Плотныя сращенія съ окружающими тазовыми органами.	16 с. 12 шел. швовъ.	45 м.	Лихорадочное теченіе. Абсцессъ въ толщѣ наружныхъ покрововъ на одномъ швѣ. На 26 день выписалась изъ клиники здоровой.	Лѣвый яичникъ склеенъ съ лѣвой Фаллопіевой трубой ложными перепонками. Дл. трубы, свернутой въ клубокъ, 5 с. Труба утолщена, просвѣтъ ея незначительно растянутъ; слизистая оболочка правой трубы сильно гипертрофирована и труба на брюшномъ концѣ растянута и утолщена.	
13	Е. Г. жена студента. Спб. Замужняя.	26	1 вык. на 2 мѣсяцѣ. 2 г. тому назадъ.	Заболѣла черезъ годъ послѣ первыхъ родовъ 7 лѣтъ тому назадъ: боли въ лѣвомъ паху и лихорадка. Затѣмъ она оправилась и въ теченіи 3 лѣтъ была здорова. Около года появились сильныя боли въ правомъ паху, бѣли, нервное разстройство и пр. За время болѣзни регулы приходятъ въ скудномъ количествѣ и продолжаются вмѣсто 5 дней три дня. Больная умѣреннаго питанія очень анемична.	Salpingo-oophoritis dexra.	Величиной въ большое куриное яйцо.	Salpingo-oophorectomia dextra 1888 г. 10 февраля. Старыя ложныя перепонки. При разъединеніи сращеній киста лопнула и мутная жидкость вылилась въ полость брюшины.	19 с. 11 швовъ.	55 м.	Лихорадочное. Нагноеніе въ кожной ранѣ. На 71 день больная выписалась изъ клиники здоровой.	Правый яичникъ кистовидно перерожденъ; въ ткани находятся кисты разныхъ величинъ; правая труба сращена съ яичникомъ на всемъ своемъ протяженіи, изогнута и выполнена набухшей слизистой оболочкой.	

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
14	А. С. Рижская мѣщанка. Замужняя.	42		Заболѣла 1 г. 2 м.; началось кровотеченіемъ. Жалуется на обильные регулы, боли и тяжесть внизу живота, особенно справа, головныя боли, сердцебіеніе, раздражительность и общую слабость. Больная средняго тѣлосложенія, плохаго питанія.	Salpingo-oophoritis duplex.	Величиной съ большое куриное яйцо.	Salpingotomia dextra. et Salpingo-oophorectomia sinistr. 1888 г. 18 февраля. Старыя ложныя перепонки въ тазу.	16 с. 12 шел. глуб. шва.	43 м.	Лихорадочное. Экссудативный пельвеоперитонитъ, на мѣстѣ экстирпированныхъ трубъ. На 37 день выписалась въ удовлетворительномъ состояніи.	Прав. Фаллопіева, труба дл. 11 сант. растянута, особенно на абдоминальн. концѣ, серозной жидкостью Лѣв. труба тоже увеличена, но не столько. отъ содержимаго сколько отъ гипертрофіи ея слизистой оболочки. Лѣв. яичникъ превращенъ въ конгломератъ небольшихъ серозныхъ кистъ.	
15	М. Ч. вдова врача.	31	Род. 2 р., послѣдній разъ 9 лѣтъ тому назадъ.	Заболѣла 8 лѣтъ тому назадъ послѣ купанья въ Невѣ во время регулъ. Жалуется на боли внизу живота, особенно слѣва, боли въ лѣвой ногѣ и поясницѣ. Регулы запаздываютъ, кровь идетъ въ гораздо меньшемъ количествѣ. съ сильными болями; постоянныя головныя боли, первное разстройство и т. д. Брюнетка хорошаго питанія.	Perimetr. chr. Perisalpingit. et perio-oophorit. chronica bilateralis. Retropositio uteri.		Salpingo-oophorectomia bilateralis 1888 г. 25 февраля. Очень плотныя сращенія съ тазовой брюшиной и прямой кишкой.	19 с. 15 глуб. шелк. швовъ.	55 м.	Безъ осложненій. Больная выписалась на 22 день послѣ операціи.	Прав. труба наружнымъ концомъ срощена съ яичникомъ и обильно окутана ложными перепонками. Труба утолщена и извилиста. Лѣв. труба свернута въ клубокъ и тоже покрыта ложными перепонками. Оба яичника уменьшены въ объемѣ и покрыты ложными перепонками.	
16	Д. Л. Дворянка. Петербургъ. Замужняя.	29	Род. 1 на 6 мѣсяцѣ 10 лѣтъ тому назадъ.	Больна 6 лѣтъ. Заболѣла послѣ выкидыша. Жалуется на боли внизу живота съ лѣвой стороны, во время coitus'a боли усиливаются; сильнѣе онѣ бываютъ и принимаютъ схваткообразный характеръ за два дня до регулъ, съ появленіемъ крови боли утихаютъ. Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія. сильно анемична.	Hydrosalpinx sinistra.	Опухоль въ гусиное яйцо.	Salpingo-oophorectomia sinistra 12 марта 1888 г. Обширныя сращенія съ широкой связкой.	18 сан. 12 глуб. шелков. швовъ.	1 ч. 8 м.	Первые двое сутокъ t-ра лихорадочная, затѣмъ въ послѣдующіе дни нормальная; на 26-ой день выписалась изъ клиники здоровой.		На лѣв. широкую связку наложено 8 цѣпеобразно захватывающихъ другъ друга лигатуръ и выше ихъ труба отдѣлена ножницами.

НБ УМУ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина разрѣза.	Операція когда сдѣлана. Сращенія и другія осложенія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
17	Е. К, жена ремѣсленника, род. въ Петербургѣ.	30		9 лѣтъ тому назадъ въ первый разъ появились боли внизу живота справа и въ поясницѣ, которыя постепенно усилились и 2 года т. н. стали отдавать въ правую ногу. За день до регулъ боли усиливаются, съ появленіемъ же крови нѣсколько утихаютъ. Въ послѣдніе 1/2 года стала болѣть и лѣв. сторона. Менструаціи запаздываютъ, продолжаются недолго въ скудномъ количествѣ.	Salpingo-oophoritis duplex.	Правая опухоль величиной въ кулакъ, лѣвая—въ куриное яйцо.	Salpingo-oophorectomia bilat. 29 октября 1888 г. Сращенія съ сальникомъ, съ боковой поверхностью матки и съ заднимъ Дуглассовымъ пространствомъ.	18 с. 12 глуб. 2 повер. шел. шва.	55 м.	Теченіе безлихорадочное. На 21-ый день выписалась изъ клиники здоровой.	Правый яичникъ обращенъ въ серозную кисту величиной въ куриное яйцо. Правая труба расширена, обдоминальный конецъ 3 с. въ діаметрѣ, извилиста. Лѣвая опухоль величиной въ куриное яйцо, состоитъ какъ бы изъ двухъ отдѣльныхъ долей: одинъ отдѣлъ образованъ растянутымъ наружнымъ концомъ трубы, другой остальной частью трубы свернутой въ клубокъ и окутанной ложными перепонками. (Содержимое трубъ имѣло серозный характеръ.)	Уд. обычнымъ способомъ.
18	Е. И. крестьянка Новгородской губ. Замужняя.	22		Заболѣла 3 года тому назадъ черезъ 3 мѣсяца послѣ перваго coitus'a. Со времени заболѣванія регулы сдѣлались обильнѣе и чаще. Бѣли грязныя сукровичныя. Общая слабость, исхуданіе, частыя головокруженія, головныя боли, жженіе при мочеиспусканіи и т. д.	Salpingo-oophoriis duplex.	Правая опухоль величиной въ куриное яйцо.	Salpingo-oophorectomia bilat. 5 ноября 1888 г.	12 сант. 11 глуб. шелков. швовъ.	30 м.	Безъ осложненій. Небольшой эксудатъ съ лѣвой стороны. На 37 день выписалась изъ клиники здоровой.	Правая труба сильно извита и свернута клубкомъ. Стѣнки трубы утолщены. Каналъ трубы наполненъ набухшей гиперемированной слизистой оболочкой, покрытой слоемъ гноя. Яичникъ имѣетъ нормальный размѣръ; лѣв. труба на внутренней половинѣ утолщена до размѣровъ мизинца. Наружный конецъ образуетъ мѣшокъ наполненный чист. гноемъ.	

№ по порядку.	Имя званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни; продолжительность и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
19	М. У. крестьянка, живетъ въ Петербургѣ. Незамужняя.	28	Вык. 1 р. на 2-омъ мѣс. 9 лѣт. тому назадъ.	Заболѣла 9 лѣтъ. Измѣнился типъ регулъ, они стали продолжительнѣе и обильнѣе и появились боли при нихъ. Въ послѣдніе 2 года присоединились частые позывы къ мочеиспусканію и запоры. Больная средняго роста, умѣреннаго питанія. Очень анемична.	Salpingo-oophoritis duplex.	Одна опухоль въ куриное яйцо, другая меньшей величины.	Salpingo-oophorectomia bilat. 23 ноября 1888 г. Сращенія съ тазовой брюшиной.	14 с. 12 глуб. шелков. швовъ.	40 м.	Безъ осложненій; на 30-ый день выписалась изъ клиники здоровой.	Правая опухоль величиной въ куриное яйцо, состоитъ главнымъ образомъ изъ растянутой трубы на наружномъ концѣ, наполнен. серознымъ содержимымъ и яичника, который всей поверхностью приращенъ къ трубному мѣшку Лѣв. опухоль образована яичникомъ и сращенной съ нимъ растянутой трубой; содержимое густая жидкость шеколаднаго цвѣта.	
20	Н. Ч. солдатка Ярославской г. Замужняя.	33		Больна 3 года. Жалуется, главнымъ образомъ, на боли передъ регулами, на рѣзь при мочеиспусканіи. Съ прошлаго года по ночамъ бываетъ непроизвольное мочеиспусканіе. Больная умѣреннаго питанія.	Salpingo-oophoritis sinistra. (Hydrosae pinx.)	Въ куриное яйцо.	Salpingotomia sinist. 1888 г. 7 декабря. Не плотныя сращенія съ parietal'нымъ листкомъ брюшины.	16 сан. 12 глуб. швовъ.	35 м.	Безъ осложненій. Выписалась на 36-й день здоровой.	Лѣвая труба превращена въ мѣшокъ овальной формы, величиной въ куриное яйцо.. Полость выполнена серозной жидкостью. Вѣсъ препарата = 85 grm. Слизистая оболочка блѣдна, складки сглажены.	
21	М. Ц. личная горожанка г. Варшавы. Незамужняя.	25		Больна годъ. Жалуется на обильныя бѣли и небольщую рѣзь при мочеиспусканіи, тошноту, рвоту, нервное разстройство и проч. Больная высокаго роста, хорошаго тѣлосложен. и питанія.	Salpingo-oophoritra duplex. (Hydrosal-pinx.)	И та и другая опухоль величиной въ гусиное яйцо.	Salpingotomia sinistra et.. Salpingo-oophorectomia dextra 1888 г. 17 декабря	14 с. 12 глуб. швовъ.	35 м.	Безъ осложненій. На 30 день выписалась здоровой.	Прав. опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопіевой трубы и сращеннаго съ ней яичника; вѣсъ 205 grm. Лѣвая опухоль образована растянутой трубой, вѣситъ 170 grm. Мѣшокъ имѣетъ овальную форму. Содержимое трубъ серозное.	

НБ УГМУ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица?	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли	Операція, когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза. Число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
22	М. З. мѣщанка г. Варшавы. Замужняя.	34	Род. 3 раз. Вык. 1 р.	Заболѣла 3 года т. н. послѣ поднятія тяжести, появились сильныя боли въ правомъ паху, почему пролежала 2 недѣли въ постели. Съ тѣхъ поръ боли сдѣлались постоянными и усиливаются во время регулъ. Больная средняго тѣлосложенія, ослабленнаго питанія.	Splpingo-oophoritis (pyosalpinx)	Величиной съ куриное яйцо.	Salpngo-oophorectomia bilat. 2 февр. 1889 г.	15 с. 11 глуб. и 4 поверхн. шва.	5 м.	Безъ осложненій. На 27 день выписалась изъ клиники здоровой.	Прав. труба 7 сант. въ длину, срощена съ яичникомъ. Яичникъ на одномъ концѣ имѣетъ кисту величиной съ орѣхъ. Лѣвая труба растянута до толщины большаго пальца гнойною жидкостью, имѣетъ извилистый ходъ и срощена съ яичникомъ.	
23	А. Б. крестьянка Костромской губ. Замужняя.	26	Род. 2 р. 1 вык. на 3 мѣсяцѣ.	Больна 2 года, послѣ выкидыша; черезъ недѣлю послѣ него замѣтила опухоль съ лѣвой стороны живота, величиной въ 2 кулака. Жалуется на обильныя бѣли, постоянныя дергающія боли въ лѣв. паху, отдающія въ ногу. Больная шатенка, хорошаго питанія, умѣреннаго тѣлосложенія.	Salpingo-oophoritis sinistr.	Величиной съ большое куриное яйцо	Salpingo-oophorectomia sinistr. 1 марта 1889 года.	15 с. 14 глубокихъ шелк. шва	20		Лѣвая труба длина 6 с. сильно утолщена, слизистая оболочка ея набухла, инъецирова. Стѣнки разорванной кисты представляются очень тонкими; внутренняя поверхность совершенно гладкая.	
24	Е. Б. крестьянка. Московской губерніи. Замужняя.	33	Род. 1 разъ. 10 лѣтъ тому назадъ.	Больна 10 лѣтъ. Жалуется на кровотеченія, боли передъ и во время регулъ внизу живота. Больная правильнаго тѣлосложенія хорошаго питанія.	Salpingo-oophoritis duplex. (Hydrosalpinx).		Salpingo-oophorectomia bilat. 29 марта 1889 года.	15 с. 13 глуб. и 1 поверх. шва.	20 м.	Безъ осложненій. Выписалась на 21 день здоровой.	Прав. труба вмѣстѣ съ яичникомъ вѣситъ 13 grm. Маточный конецъ на протяженіи 2 с. сохранилъ свой просвѣтъ. Лѣвая труба вѣситъ 7 grm. длин. 5 с. Просвѣтъ сохраненъ на всемъ своемъ протяженіи. Содержимое серозное.	id.

НБ ХГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза; число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
25	А. Б. Крестьянка. С.-Петер. Замужняя.	30	Родила 1 разъ. 7 лѣтъ тому назадъ.	Больна 10 лѣтъ. Жалуется на кровотеченія и болѣе частые регулы, боли внизу живота и поясницѣ. Больная правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія.	Hydrosalpinx. dextr.		Salpingo-oophorectomia dextr. 31 марта 1889 года. Сращенія съ тазовой брюшиной.	14 с. 14 глуб. шелк. швовъ.	30 м.	Безъ осложненій. Выписалась на 18 день.	Вѣсъ всего препарата 20 grm. Состоитъ онъ изъ кистовидно-перерожденнаго яичника и абдоминальнаго конца фаллопіевой трубы. Не асширен. часть трубы зигзаобразно извита. Длина всего препарата 4½ ctm.	
26	А. Д. Мѣщанка г. Петербур. Замужняя.	33		Жалуется на сильныя боли, особенно во время регулъ, постоянные запоры, боли внизу живота особенно справа. Больная высокаго роста, хорошаго питанія.	Salpingo-oophoritis duplex.	Правая опухоль въ куриное яйцо.	Salpingo-oophorectomia bilat. 18 октября 1889 г. Сращенія съ сальникомъ.	19 с. 11 глуб. и 8 повер. шелк. швовъ.	35 м.	Безъ осложненій. На 23 день выписалась здоровой.	Прав. опухоль вѣситъ 35 grm., состоитъ изъ расширенной, извилистой трубы и кистовидно перерожден. яичника. Лѣв. опухоль вѣситъ 23 grm., представляетъ тоже растянутую извилистую трубу и спаянный съ ней увеличенный, кистовидно перерожденный яичникъ.	
27	С. В. Мѣщанка г. Новгорода. Незамуж.	36		Больна 10 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота особенно во время регулъ, на учащенное мочеиспусканіе и рѣзь, запоры и разстройство нервной системы. Больная плохаго питанія, очень малокровна.	Salpingo-oophoritis (Hydrosalpinx) dextr.	Въ головку 8 мѣсячнаго плода.	Salpingo-oophorectomia dextr. 4 ноября 1889 г.	14 с. 12 глуб. шелк. швовъ.	41 м.	Безъ осложненій. На 35-ый день выписалась изъ клиники здоровой.	Вѣсъ опухоли 200 grm. Опухоль представляетъ правую фаллопіеву трубу растянутую на обдоминальномъ концѣ въ кистовидный мѣшокъ величиной въ кулакъ, наполненный серозной жидкостью.	
28	М. Б. Уроженка Финляндіи. Замужняя.	26	Род. 3 раз. послѣдніе роды 3 г. 9 мѣсяцевъ тому назадъ.	Больна 4 мѣсяца. Жалуется на боли внизу живота, отсутствіе регулъ и сильный упадокъ силъ.	Salpingo-oophoritis tuberculosa duplex.		Laporotomia. 19 ноября 1888 года.	15 с. 15 глуб. 1 поверх. швовъ.	19 м.	Лихорадочное. Умерла на 41 день послѣ операціи отъ общаго туберкулеза.		Вся асцитическая жидкость выпущена и вычерпнута губками. Удалить же пораженные придатки не представлялось возможнымъ и не имѣло цѣли, такъ какъ вся брюшина была покрыта узелками.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица?	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана? Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза, число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
29	Н. Л. крестьянка С.-Петербурга. Замужняя.	46	Род. 3 р. послѣдніе роды 24 г. тому назадъ.	Больна 5-ть мѣсяцевъ. Жалуется на опухоль, схваткообразныя боли по временамъ и изліяніе серозной жидкости. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія.	Hydrosalpinx duplex.	Величиной въ головку 8-ми мѣсячнаго плода.	Salpingo-oophorectomia duplex. 29 января 1890 года. Плотныя сращенія съ маткой и sept. recto-vaginale.	16 с. 12 глуб. и 1 повер. шелк. швовъ.	50 м.	Безъ осложненій; выписалась на 27 день здоровой.	Количество жидкости не измѣрено.	Опухоли удалены обычнымъ способомъ.
30	Ф. (Опер. въ част. кварт.) Дворянка. Род. Голландія.	28	1 выкид. на 4 мѣс. 6 лѣтъ тому назадъ.	Больна 8 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота, поясницѣ, отдающія въ обѣ нижнія конечности, нервное разстр. и т д. Брюнетка, средняго разстр. удовлетвор. питанія.	Salpingo-oophoritis sinistr. (hydrosalpinx.).	Съ голову взрослаго человѣка.	Salpingo-oophorectomia sinistr.			Безъ осложненій.		
31	Н. К. Дворянка г. Варшавы Замужняя.	39	Вык. 1 р. на 3-мъ мѣсяцѣ. 18 лѣтъ тому назадъ.	Три года тому назадъ появились сильныя боли въ пахахъ и ногахъ, особенно сильны бываютъ за недѣлю передъ регулами. Два года тому назадъ у больной образовалась фистула въ области пупка и шелъ нѣкоторое время гной изъ нея. Въ октябрѣ 1889 г. процессъ опять обострился.	Salpingo-oophoritis duplex.	Правая опухоль величиной въ куриное яйцо, лѣвая—нѣсколько меньше.	Salpingotomia partialis dextri 21 февраля 1890 г. Сращенія до того плотны, что лѣвые и правые придатки не удалось удалить цѣликомъ. Лѣвые придатки въ силу прочныхъ сращеній оставлены на мѣстѣ.	13 с. 14 шол. швовъ.	35 м.	Безъ осложненій. На 31 день выписалась здоровой.	Жидкость не собрана; она серознаго характера.	Въ правой опухоли было вырѣзано окно величиной въ 5 копѣечную монету, на края котораго было наложено 5 шелков. лигатуры.
32	А. И. жена нотаріуса.	35	Род. 4 р. пос. разъ 7 л. т. н.	Заболѣла въ 1 разъ черезъ 3 недѣли послѣ послѣднихъ родовъ. Затѣмъ года черезъ два болѣла около 3 мѣсяцевъ воспаленіемъ брюшины. Послѣдніе 4 мѣсяца страдаетъ болями внизу живота, — слѣва. Больная средняго роста, сильно анемичная особа.	Hydrosalpinx sinistr.	Величиной съ голову новорожденнаго.	Salpingotomia partial sinistri 22 апрѣля 1890 г. Сращенія со стѣнками таза были настолько плотны, что всей опухоли удалить было нельзя и пришлось довольствоваться частичной резекціей стѣнки мѣшка. Удал. овальный кусокъ въ 5 с. длины.	15 с. 15 глуб. шелков. швовъ.	40 м.	Безъ осложненій; на 27 день выписалась здоровой.	Количество выпущенной жидкости 280 куб. с. уд. вѣс. 1025, серознаго характера.	id

НБ НМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Возрастъ больной.	Количество беременностей и родовъ.	Теченіе болѣзни, продолжительность ея и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Величина опухоли.	Операція, когда сдѣлана. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонное теченіе и продолжительность его.	Описаніе опухоли.	Замѣчанія.
33	Х. К. крестьянка Яросл. губ. замужняя.	33	Род. 1 раз. 10 лѣтъ тому назадъ.	Больна 10 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы, очень ѣдкія бѣли, боли внизу живота и поясницѣ, разстройство нервной системы и лихорадочное состояніе. Средняго роста, плохаго питанія.	Pyosalpinx dextr.	Величиной въ апельсинъ.	Salpingo-oophorectomia dextr, 1891 г. 6 марта. Сращенія съ окололежащими частями.	15 с. 15 глуб. шелков. швовъ.	38 м.	Безъ осложненій. На 9 день сняты швы—повсюду первое натяженіе.	Опухоль состоитъ изъ правой растянутой трубы и спаяннаго съ ней кистовидно-перерожденнаго яичника.	Ножка опухоли перевязана въ два пучка.
34	Н. Г. Дворянка. г. Петербургъ замужняя.	37	Род. 4 раз. 1 р. выкинула на 4 мѣс. 5 лѣтъ тому назада.	Заболѣла послѣ выкидыша. Въ декабрѣ 91 года замѣтила въ правой сторонѣ, внизу живота опухоль, болѣзненную при давленіи. Жалуется на боли въ этой сторонѣ, головную боль, тошноту и нервное разстройство. Больная шатенка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія.	Salpingo-oophoritis dextr. (Hydrosalpinx.	Величиной въ головку новорожденнаго ребенка.	Salpingo-oophorectomia dextr. 1891 20 марта. Сращенія съ окружающими частями.	14 с. 14 глуб. шелков. швовъ.	30 м.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. Выписалась на 26 день послѣ операціи.	Опухоль состояла изъ растянутой правой трубы и кистовидно-перерожденнаго яичника. Количество выпущенной жидкости, серознаго характера рав. 400 куб. с.	Матка пришита къ передней брюшной стѣнкѣ 3 швами. (1 швъ захватыв. дно и 2 шва переднюю стѣнку матки).
35	Ф. Я. Дворянка г. Петербургъ Замужняя.	36	Род. 3 раза. послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ.	Послѣдніе роды осложнились разрывомъ промежности, черезъ годъ послѣ нихъ заболѣла. Больна 9 лѣтъ. Жалуется на выпаденіе матки, боли внизу живота и въ правой ногѣ, и болѣе частое появленіе регулъ.	Hydrasalpinx dextra et prolapsus uteri.	Величиной въ куриное яйцо	Salpingo-oophorectomia dextr. et ventrofixatio uteri. 1892 г. 22 февраля. Очень плотныя сращенія трубъ съ тазовой брюшиной и маткой.	12 с. 12 глуб. шел. швовъ.	25 м.	Нагноеніе въ 3-хъ маточныхъ швахъ; повышеніе t-ры. На 10 день сняты швы; на 15 день сняты маточные швы; на 43 день выписалась изъ клиники.		

НБ НМУ

Глава IV.

Міомотоміи

Чревосѣченій для удаленія міомъ матки произведено 22 раза или 11% всѣхъ чревосѣченій.

Оперированныя больныя относились къ *сословію*:

Крестьянокъ	7
Мѣщанокъ	3
Дворянокъ	10
Духовнаго званія. . . .	1
Женъ ремесленниковъ . .	1

Изъ всего числа больныхъ: 14 было *замужнихъ*, 4 *незамужнихъ* и 4 *дѣвицы*.

Нерожавшихъ больныхъ было 14, *рожавшихъ* отъ 1 до 10 разъ—8 больныхъ, причемъ:

I	рагае	3
II	„	1
V	„	1
VI	„	1
IX	„	1
X	„	1

Изъ нихъ 3 больныхъ кромѣ родовъ имѣли еще 5 выкидышей, одна больная 3 и двѣ по одному выкидышу на 3-мъ, 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Отношеніе рожавшихъ къ нерожавшимъ будетъ 14:8, если сюда приложить число рожавшихъ и нерожавшихъ при міомахъ, которыя подверглись ка-

НБ ХНМУ

страціи, то найдемъ слѣдующее отношеніе: 32 нерожавшихъ и 18 рожавшихъ или 1,8: 1 т. е. нерожавшихъ было почти въ два раза больше, чѣмъ рожавшихъ.

Возрастъ оперированныхъ больныхъ: самой младшей было 30 и самой старшей 50 лѣтъ, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

Отъ	30	лѣтъ	до	35	лѣтъ	5 больныхъ.
„	36	„	„	40	„	6 „
„	41	„	„	45	„	7 „
„	46	„	„	50	„	4 „

Продолжительность болѣзни у нашихъ больныхъ слѣдующая, если считать съ перваго измѣненія типа регулъ или съ того времени какъ больная замѣтила опухоль;

6	мѣсяцевъ хворала	1	больная.
1	годъ „	1	„
1 1/2	года „	1	„
2	„ „	3	больныхъ.
3	„ „	4	„
4	„ „	3	„
5	лѣтъ „	6	„
6	„ „	1	больная.
7	„ „	1	„
10	„ „	1	„

Жалобы больныхъ, съ которыми онѣ являлись въ клинику, были весьма разнообразны: на опухоль въ животѣ больныя жаловались 11 разъ, на боли внизу живота то въ правой, то въ лѣвой паховой области—12 разъ, сильную одышку отъ большихъ размѣровъ опухоли 4 раза, отекъ ногъ 2 раза частые позывы на мочеиспусканіе 3 раза, затрудненіе мочеиспусканія 1 разъ, упорныя констипаціи 4 раза, одна больная жаловалась на выпаденіе матки.

Кромѣ этихъ симптомовъ, вызываемыхъ непосредственно опухолью, мы находимъ у нѣкоторыхъ больныхъ жалобы на головныя боли, плохой сонъ, аппетитъ, нервное растройство и кашель. Кашель мы наблюдали въ № 22. У этой больной было опредѣлено приглашеннымъ терапевтомъ бугорчатка легкихъ, а именно: пораженіе верхушки ихъ. Въ мокротѣ открыты Коховскія бациллы и упругія волокна. Кашель у этой больной былъ до того сильный, что не давалъ ей спать. Больная имѣла сильно истощенный видъ. Послѣ произведенной операціи дѣло значительно измѣнилось: кашель совершенно прекратился, Коховскія бациллы въ мокротѣ пропали, также и упругія волокна и осталось только притупленіе въ верхушкахъ легкихъ. Больная пополнѣла и окрѣпла.

Вліянія опухоли на менструацію въ 7 случаяхъ не было никакого, типъ ея въ №№ 3, 7, 8, 9, 11, 14 и 22 остался безъ измѣненія, такимъ же правильнымъ, какимъ онъ былъ и до болѣзни; въ №№ 18 и 19 менструація совершенно прекратилась. Это отсутствіе регулъ въ № 19 можно объяснить уже наступившимъ климактерическимъ періодомъ, такъ какъ больной 47 лѣтъ; въ № 21 больной 50 лѣтъ, регулы путаются и приходятъ то черезъ 2, то черезъ 3 мѣсяца, продолжаясь по 4—5 дней.

Въ остальныхъ 12 случаяхъ типъ регулъ измѣнился, они сдѣлались за время болѣзни гораздо обильнѣе, а въ 5 случаяхъ изъ этихъ послѣднихъ (№№ 1, 2, 4, 5 и 10) они превратились даже въ маточныя кровотеченія и сильно истощали больныхъ. Въ одномъ случаѣ № 12 климактерическій періодъ наступилъ 2 года тому назадъ, черезъ 1/2 года у больной открылось кровотеченіе и затѣмъ они стали время отъ времени повторяться.

Величина опухолей колебалась отъ размѣровъ апельсина до величины беременной матки на сносяхъ и больше:

Величина опухоли.	Сколько разъ встрѣтил.
Въ апельсинъ.	1 разъ
„ кулакъ взрослаго человѣка	3 раза
„ два кулака	1 разъ
„ голову новорожденнаго	6 „
„ 8 мѣсячную беременную матку . . .	2 раза
„ голову взрослаго человѣка	7 разъ

Опухоли, выполнявшія всю брюшную полость встрѣтились два раза въ №№ 3 и 4.

Полость матки въ большей части случаевъ была значи-

тельно увеличена, какъ это вообще наблюдается при фибромiомахъ, такъ:

Длина полости матки въ сантиметр.	Число случаевъ.
$7^1/_2$	1
9	1
10	4
12	3
13	3
15	1
16	2
19	2
21	1
30	1

Въ остальныхъ 3 случаяхъ полость матки не была измѣрена. Кромѣ измѣренія длины полости матки, зондомъ опредѣляли ея ширину и положеніе, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ матки отдѣльно отъ опухоли прощупать не удавалось.

Наибольшая окружность живота колебалась отъ 73 ctm. до 132 ctm.; въ среднемъ она равнялась 94 ctm.

Подъ вліяніемъ болѣзни общее состояніе больныхъ было слѣдующее: достаточнымъ питаніемъ отличались 6 больныхъ, умѣреннымъ тоже 6, въ 12 случаяхъ питаніе было подорвано и больныя имѣли анемичный, истощенный видъ.

Діагностика фибромiомъ матки, въ большинствѣ случаевъ, устанавливалась съ положительностью какъ на основаніи данныхъ анамнеза, такъ и клиническаго изслѣдованія больной.

Тѣ характеристическіе признаки, которые отличаютъ фибромiому матки отъ другихъ новообразованій половой сферы, слѣдующіе: 1) плотность опухоли, 2) бугристая ея поверхность, 3) медленный ростъ, 4) тѣсное отношеніе къ маткѣ, 5) увеличеніе ея полости, 6) а также измѣненіе типа менструаціи и 7) въ нѣкоторыхъ случахъ маточныя кровотеченія.

Но нужно замѣтить, что сочетаніе всѣхъ признаковъ не всегда встрѣчается у одной и той же больной,—очень не рѣдко приходится наблюдать отсутствіе одного или нѣсколькихъ

изъ нихъ, тогда распознаваніе дѣлается затруднительнымъ и является возможность смѣшенія фибромiомъ матки съ опухолями придатковъ. Изъ всѣхъ діагностическихъ признаковъ фибромiомъ матки большое значеніе имѣетъ увеличеніе ея полости. Это послѣднее почти постоянно сопутствуетъ фибромiомамъ и въ этомъ легко убѣдиться, если обратить вниманіе на наши случаи міомъ: такъ въ случаяхъ, исключая одного, гдѣ полость матки равнялась $7^1/_2$ ctm., она была увеличена отъ 9 до 30 ctm., при міомотоміяхъ, и отъ 9 до 23 ctm., при кастраціяхъ, въ среднемъ 14 ctm. Такое удлиненіе полости матки не наблюдается ни при какихъ другихъ заболѣваніяхъ половой сферы, исключая кистъ широкихъ связокъ, при которыхъ мы видали въ нѣкоторыхъ случаяхъ, правда очень рѣдко, увеличеніе полости матки даже до 15 ctm. длины (№ 5). Зондированіе матки нѣкоторые авторы считаютъ опаснымъ въ виду возможности занесенія изъ полости матки, заразныхъ началъ и затѣмъ послѣдовательнаго зараженія брюшины при міомотоміяхъ, когда вскрывается полость матки. Измѣряя полость матки постоянно, мы ни разу не видали отъ этого дурныхъ послѣдствій. Измѣреніе это совершается при тщательной дезинфекціи влагалища. Всѣ больныя по поступленіи въ клинику предварительно дѣлаютъ дезинфецирующія спринцеванія или изъ acid. carb. 2%, или изъ раствора сулемы 2:1000, и только послѣ такого многократнаго спринцеванія, она берется для изслѣдованія въ кабинетъ, гдѣ наружныя половыя части обмываются мыломъ со щеткой, еще разъ проспринцевываютъ рукавъ 2% растворомъ карболки, затѣмъ раскрываютъ его ложкообразными зеркалами и дезинфецируютъ влагалищную часть и рукавъ 5% растворомъ карболки и послѣ этого наконецъ вводится дезинфецированный бужъ и зондъ. При такихъ условіяхъ мы считаемъ зондированіе безопаснымъ.

Отношеніе опухоли къ маткѣ, такжека къ и при новообразованіяхъ придатковъ, опредѣляется по способу Hegar'a, если простымъ бимануальнымъ изслѣдованіемъ это сдѣлать не удается.

Относительно *дифференціальной діагностики* между кистой яичника и фиброміомой я уже коснулся въ отдѣлѣ овариотомій и привелъ нѣсколько случаевъ, и въ этомъ отдѣлѣ я могу указать на такіе примѣры, гдѣ точное распознаваніе было сдѣлать весьма трудно.

Такъ въ № 12 по даннымъ пальпаторнаго изслѣдованія, можно было поставить діагнозъ новообразованія яичника, и только по измѣреніи полости матки, оказавшейся 19 ctm. длиной, былъ поставленъ діагнозъ fibromyoma uteri intraligament. Этотъ случай относится къ больной 47 лѣтъ, замѣтившей опухоль 10 лѣтъ тому назадъ, которая росла сначала медленно, но въ послѣднее время она быстро стала увеличиваться. Опухоль эластической консистенціи, флюктуирующая въ лѣвой части, очень похожая на многополостную кисту яичника, каковой діагнозъ и былъ установленъ врачемъ, приславшимъ больную въ клинику. Отношенія опухоли къ маткѣ опредѣлялись не ясно. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, можно было руководиться только длиной полости матки, а также длительнымъ теченіемъ болѣзни. Придатки матки не опредѣлялись.

Другой случай № 22 относится къ субсерозному фиброиду, сидѣвшему на длинной перекрутившейся ножкѣ. Изслѣдованіе вообще было весьма болѣзненно, благодаря перитониту. Опухоль представлялась весьма плотной, бугристой, немного подвижной, причемъ эти движенія передаются и маткѣ, которая оттиснута опухолью кзади. Придатки ея не опредѣляются. Ростъ опухоли быстрый; продолжительность болѣзни около 1 года; величина же опухоли съ голову взрослаго человѣка; длина полости матки $7^1/_2$ ctm.; регулы правильные.

Всѣ эти признаки скорѣе склоняли въ пользу кисты яичника, чѣмъ новообразованія матки. Принимая же во вниманіе бугристость опухоли и ея плотную консистенцію, былъ поставленъ діагнозъ съ большей или меньшей вѣроятностью субсерознаго фиброида и воспаленіе брюшины объяснено перекручиваніемъ длинной ножки фиброида. Мягкую форму міомъ матки или опухоли съ большими кистовидными полостями,

при большихъ размѣрахъ ихъ—можно смѣшать также съ кистомой, особенно если онѣ лежатъ глубоко въ клѣтчаткѣ того или другаго свода. Тѣло матки, благодаря большимъ размѣрамъ опухоли, очень часто можетъ быть не опредѣлено ощупываніемъ и только зондъ обнаруживаетъ ея положеніе по направленію полости.

Одинъ такой случай я уже указалъ при овариотоміяхъ, здѣсь же представлю еще 2 случая заднешеечныхъ фиброміомъ, изъ которыхъ въ одномъ діагнозъ былъ подтвержденъ пробной пункціей, въ другомъ же измѣреніемъ длины полости матки.

Первый случай наблюдался у беременной, которой было во время родовъ сдѣлано кесарское сѣченіе. Опухоль во время беременности была до того мягкой и эластичной, особенно при изслѣдованіи черезъ влагалище, что было предположено, что или здѣсь мы имѣемъ кисту ущемившуюся въ заднемъ дуглассѣ, или цистозную міому. Пробная пункція не дала ни капли жидкости, а изъ мѣста прокола показалась кровь въ обильномъ количествѣ. При операціи оказалась фиброміома шейки матки. За кисту яичника здѣсь говорило еще кромѣ консистенціи опухоли, весьма быстрый ростъ ея: въ полтора года она отъ величины кулака достигла размѣровъ головы взрослаго человѣка. Быстрый ростъ опухоли и размягченіе ея мы объясняемъ начавшейся беременностью, усиленнымъ притокомъ крови къ половому аппарату и развитію сосудовъ въ опухоли.

Другой случай принадлежитъ къ этой серіи лапоротомій и описанъ подъ № 3.

Опухоль выполняла всю брюшную полость, имѣла эластическую консистенцію и совершенно гладкую поверхность. Per vaginam своды выполнены опухолью; тѣло матки не ясно прощупывается впереди и влѣво. Длина полости 21 ctm. Больна 5 лѣтъ.

На основаніи изслѣдованія опухоли, ея эластичности, гладкой поверхности и выполненія сводовъ, былъ поставленъ діагнозъ: cystoma ligamenti lati, но послѣ измѣренія полости

матки, когда получили такое значительное увеличеніе ея, діагнозъ былъ измѣненъ и предположено было: cystofibroma, развившаяся въ правой широкой связкѣ, такъ какъ матка была отклонена влѣво. При чревосѣченіи, а затѣмъ и при вскрытіи (больная умерла черезъ 6 час. послѣ операціи) было найдено въ существѣ опухоли множество большихъ и мелкихъ полостей.

Въ одномъ случаѣ изслѣдованіе было невозможно вслѣдствіе огромнаго асцита (№ 18), послѣ-же выпусканія асцитической жидкости, количествомъ 21460 куб. сант., была легко найдена въ полости живота плавающая въ жидкости плотная, бугристая опухоль, величиной съ голову взрослаго человѣка; per vaginam—констатирована, что она исходитъ изъ дна матки и сидитъ на длинной ножкѣ—fibromyoma uteri subperitoneale, что и подтвердилось при операціи.

Еще позволю себѣ указать на одинъ интересный для діагностики случай, который былъ доложенъ профес. Лебедевымъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей 1886 г.

(№ 4) fibromyoma uteri interstitiale et subserosum. Одна опухоль, величиной съ 7 мѣсячную матку, помѣщалась внизу живота, другая-же опухоль помѣщалась надъ ней и имѣла форму совершенно похожую на печень, такъ что съ перваго взгляда она была принята за смѣщенную печень. И та, и другая опухоли соединялись плотной перемычкой. При повторномъ изслѣдованіи, печень иногда удавалось простукать на нормальномъ мѣстѣ и поэтому былъ поставленъ вышеприведенный діагнозъ.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ, интересныхъ со стороны діагностической, въ томъ или другомъ отношеніи, въ остальныхъ случаяхъ распознаваніе новообразованія не представляло затрудненій.

Въ одномъ случаѣ (№ 11) кромѣ фиброміомы матки былъ діагносцированъ еще, на основаніи его характерной формы и отношенія къ маткѣ, salpingo-oophoritis (hydrosalpinx sinistra).

Показанія къ міомотоміи далеко не такъ обширны, какъ при овaріотоміяхъ. Это съ одной стороны зависитъ отъ свой-

ства самихъ новообразованій, съ другой-же стороны отъ смертности. Одно только присутствіе кисты, какъ мы видѣли выше, уже можетъ служить показаніемъ къ оперативному вмѣшательству; далеко не такъ при міомахъ: кромѣ констатированія ихъ, нужны еще особыя показанія къ чревосѣченію, которыя слѣдуетъ устанавливать только послѣ продолжительнаго наблюденія и повторнаго изслѣдованія больной.

Продолжительнымъ наблюденіемъ выясняется сущность жалобъ больной, повторнымъ-же изслѣдованіемъ отношеніе опухоли къ маткѣ, что играетъ весьма большую роль въ прогнозѣ операціи. Въ зависимости отъ положенія опухоли, ея величины и распространенности сращеній, т. е. будетъ-ли опухоль субсерозная, сидящая на длинной ножкѣ, или интерстиціальная, или межсвязочная,—кругъ показаній къ операціи можно нѣсколько расширять или съуживать.

Такъ, при субсерозныхъ фиброидахъ, сидящихъ на ножкѣ, опасность операціи сводится на опасность вообще, какъ при всякомъ чревосѣченіи, такъ какъ операція сама по себѣ, по свой легкости и удобоисполнимости, ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ таковой при кистахъ яичника, при которыхъ смертность въ среднемъ равна 5%, а въ не осложненныхъ случаяхъ и того меньше (Шредеръ).

При опухоляхъ интерстиціальныхъ, интралигаментарныхъ или субсерозныхъ, но сидящихъ на широкомъ основаніи, особенно при тѣхъ, удаленіе которыхъ связано со вскрытіемъ полости матки, показанія къ операціи должны быть строго ограничены. При такого рода опухоляхъ процентъ смертности послѣ операціи значительно увеличивается и доходитъ до 23,1% (по Hofmeier'у) при внутрибрюшинномъ уходѣ за ножкой и до 15% при внѣбрюшинномъ уходѣ. На повышеніе процента смертности при этихъ опухоляхъ вліяютъ, главнымъ образомъ, послѣдовательныя кровотеченія изъ культи, зараженіе брюшины со стороны вскрытой полости матки, а также продолжительность самой операціи и потери крови во время нея, что относится, главнымъ образомъ, къ вылущенію межсвязочныхъ и retro-parietal'ныхъ міомъ.

Изъ только что приведенныхъ моментовъ, ухудшающихъ исходъ операціи, главное мѣсто занимаетъ вскрытіе полости матки, которое въ значительной степени увеличиваетъ процентъ смертности, сравнительно съ тѣми случаями, гдѣ полость матки не вскрывается, какъ это видно изъ слѣдующихъ цифръ:

Schroeder [1]) на 100 міомотомій при вскрытіи полости матки получилъ 31% смертности, безъ вскрытія полости матки — 9,5%.

Martin [2]) на 72 случая безъ вскрытія умерло 10 больныхъ или 14%, при вскрытіи полости матки на 24 умерло 8 или 33% смертности.

Leopold [3]) на 15 случаевъ со вскрытіемъ полости матки имѣлъ 5 смертныхъ случаевъ, безъ вскрытія полости матки ни одного смертнаго случая.

Въ послѣднее время Leopold [4]), оперируя по своему способу, на 11 случаевъ со вскрытіемъ полости матки также не имѣлъ ни одного смертельнаго исхода.

P. Wehmer [5]) (изъ клиники Kaltenbach'a) на 5 случаевъ со вскрытіемъ полости — 3 смерти.

Ascher [6]) на 10 случаевъ со вскрытіемъ полости матки — 4 случая или 40%.

Olshausen [7]) на 29 міомотомій со вскрытіемъ полости матки — 8 смертныхъ случаевъ — 27,5%, а на 16 случаевъ безъ вскрытія полости и вылущенія опухоли изъ широкихъ связокъ — 2 смерти или 12,5%.

Крассовскій [8]) на 12 случаевъ міомотомій со вскрытіемъ полости матки получены 3 смерти или 27,5%.

---

[1]) Hofmeier. Die Miomotomie. Stuttgart. 1884 г.
[2]) Martin. Zeitschrift f. geb. und. gyn. Bd. XX. 1890 г.
[3]) Leopold. Archiv f. gynäkolog. Bd. 38, 1890 г.
[4]) Leopold. Archiv f. gynäkolog. Bd. 40, 1892 г.
[5]) P. Wehmer, Zeitschrift für geb. und. gynäkolog. Bd. XIV.
[6]) Ascher. Centralblatt f. gynäkol. 1891 г. № 10.
[7]) Olshausen. Zeitschrift für geb. und. gynäkol. Bd. XX, 1890 г.
[8]) Крассовскій. Журналъ акушер. и женск. болѣзней, т. I и V-й, 1887—89 года.

Рейнъ [1]) на 36 міомотомій безъ вскрытія полости матки сдѣлалъ 14 разъ и получилъ 7,1% смертности, со вскрытіемъ полости матки 22 раза, смертность при нихъ — 18%.

Феноменовъ [2]) на 7 случаевъ міомотомій со вскрытіемъ полости матки умерла 1 больная.

Изъ приведеннаго цѣлаго ряда наблюденій видно, что процентъ смертности въ однѣхъ и тѣхъ-же рукахъ оператора возростаетъ при вскрытіи полости матки, сравнительно съ простыми случаями міомотомій.

На основаніи этого можно сказать, что показанія къ операціи должны быть строги въ тѣхъ особенно случаяхъ, гдѣ повторнымъ изслѣдованіемъ убѣждаются, что удаленіе опухоли неизбѣжно связано со вскрытіемъ полости матки.

Міомотомія требуетъ особыхъ показаній не потому только, что даетъ худшіе результаты, чѣмъ овариотомія, но, главнымъ образомъ, потому, что фибромиомы, по существу своему, представляются доброкачественными новообразованіями и рѣдко сами по себѣ вызываютъ смертельный исходъ.

Schroeder, который, благодаря своему способу внутрибрюшнаго ухода за культей, такъ значительно понизилъ смертность при міомахъ, выставляетъ слѣдующія показанія для этой послѣдней:

1) Неудержимый ростъ опухоли, быстрый и постоянный, особенно у женщинъ, не перешедшихъ средняго возраста.

2) Постоянныя и сильныя потери крови, противъ которыхъ всѣ болѣе безопасныя средства оказываются не дѣйствительными.

3) Такое развитіе опухоли въ маломъ тазу, которое рано ведетъ къ опаснымъ явленіямъ ущемленія.

4) Боли и другіе субъективные симптомы, вызываемые ростущей опухолью, что особенно относится къ женщинамъ существующимъ своимъ трудомъ.

5) Скопленіе асцитической жидкости подъ вліяніемъ опухоли.

---

[1]) Рейнъ. „Протоколы кіевскаго акушерскаго общества“, т. V, 1892 г.
[2]) Феноменовъ. „Врачъ“, 1890 г.

6) Беременность.

Къ этимъ показаніямъ проф. Славянскій [1]) еще присоединяетъ:

7) Нагноеніе и ихорозное распаденіе опухоли въ случаяхъ недоступныхъ со стороны влагалища и обусловливающихъ опасныя явленія со стороны состоянія больной.

8) Полное выпаденіе матки, вызванное развитіемъ фиброміомы въ ея тѣлѣ.

Къ этому мы присоединяемъ еще 9) перекручиваніе ножки субсерознаго фиброида съ его послѣдствіями, что наблюдалось у насъ въ № 22.

Всѣ эти показанія не могутъ быть, конечно, въ одинаковой мѣрѣ приложимы къ каждому данному случаю, но при постановкѣ ихъ должно сообразоваться какъ съ положеніемъ больной, такъ и съ возрастомъ, въ какомъ она находится.

Разсмотримъ теперь, на основаніи какихъ показаній операція была произведена въ нашихъ случаяхъ.

Въ №№ 1, 4, 5 показаніемъ къ оперативному вмѣшательству служили, главнымъ образомъ, обильныя маточныя кровотеченія, не поддававшіяся никакимъ средствамъ. Кромѣ этого больная № 1 жаловалась на частые позывы къ мочеиспусканію, и всѣ жаловались на сильныя боли въ животѣ.

Въ № 12, кромѣ кровотеченій, которыя были сравнительно рѣдко и не особенно истощали больную, показаніемъ къ операціи служилъ быстрый ростъ опухоли (хотя больная находилась въ климактерическомъ періодѣ) и предполагаемое кистовидное перерожденіе новообразованія.

Въ 5 случаяхъ у больныхъ наблюдались менорагіи (въ №№ 2, 10, 15, 16, 20) ничѣмъ не устранимыя, что и послужило поводомъ къ оперативному вмѣшательству. Больную (№ 2) безпокоили еще частые позывы къ мочеиспусканію, № 15—разстройство нервной системы, боли въ животѣ, въ № 16 боли въ поясницѣ и упорныя констипаціи.

Въ №№ 3, 6, 17, 19, 21 показаніемъ къ операціи служили постоянныя боли внизу живота и другія разстройства и измѣненія со стороны общаго состоянія организма; въ № 3 наблюдалась быстро ростущая опухоль (cysto-fibroma), которая вызывала своимъ присутствіемъ сильную одышку. Въ №№ 6, 17 и 21, были субсерозные фибромы, удаленіе которыхъ было произведено чрезвычайно легко, послѣ перевязки ножки въ два пучка, какъ при простой овaріотоміи; въ № 19 интерстиціальная фиброміома (amputatio Supravag. uteri.).

[1]) Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, т. I, 1888 г.

Въ №№ 7, 8, 9, 11 больныя принадлежали къ рабочему классу и пришли въ клинику съ просьбой избавить ихъ отъ мучительныхъ болей въ животѣ, которыя мѣшаютъ имъ работать и дѣлаютъ неспособными ихъ къ труду; на предложенную операцію онѣ съ радостью согласились, такъ какъ другіе способы леченія не дали никакого благопріятнаго результата.

Въ № 13 частое и болѣзненное мочеиспусканіе, нервное разстройство. Наконецъ въ 3 случаяхъ показаніемъ къ операціи въ №№ 14 и 18 служилъ асцитъ, зависящій отъ опухолей; въ № 22 кромѣ всѣхъ другихъ явленій: истощенія, сильныхъ болей внизу живота—перекручиваніе ножки и воспаленіе брюшины. Опухоли во всѣхъ трехъ этихъ случаяхъ были субсерозные фибромiомы на длинныхъ ножкахъ.

Приготовленія къ операціи тѣ-же, какъ и ко всякому чревосѣченію. Разрѣзъ по бѣлой линіи, длина котораго была отъ 14 до 28 сант.:

14 сант.	. . . 5 разъ	22 сант.	. . . 2 разъ
15 „	. . . 1 „	23 „	. . . 2 „
16 „	. . . 1 „	24 „	. . . 2 „
17 „	. . . 1 „	26 „	. . . 1 „
19 „	. . . 2 „	27 „	. . . 1 „
20 „	. . . 1 „	28 „	. . . 1 „
21 „	. . . 1 „		

Разрѣзъ не доходилъ до лобка, такъ какъ при міомахъ нужно быть еще болѣе осторожнымъ по отношенію къ мочевому пузырю, ибо онъ можетъ быть очень значительно поднятъ опухолью, поэтому во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ катете-

визировать мочевой пузырь передъ операціей, чтобы ознакомиться съ его мѣстоположеніемъ и не поранить при операціи. Брюшная полость также, какъ и при другихъ чревосѣченіяхъ, вскрывалась послойно, на peritoneum накладывались Пеанъ-пинцеты, и на брюшную стѣнку провизорныя лигатуры. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ былъ примѣненъ внутрибрюшинный способъ, исключая двухъ №№ 3 и 4, гдѣ культя вшита въ нижній уголъ раны. Я не буду входить въ подробную критическую оцѣнку того и другого способа, такъ какъ это не входитъ въ программу моего отчета, съ другой стороны, благодаря такой массѣ накопившагося матеріала въ настоящее время, это можетъ служить отдѣльной темой, и коснусь этого вопроса только отчасти.

Какъ тотъ, такъ и другой способъ имѣютъ свой кругъ примѣненій и преимуществъ.

Надъ разработкой внутрибрюшнаго способа, какъ извѣстно, много потрудился Schroeder. Введеніе его многоэтажнаго шва на культю матки и тщательное обеззараживаніе ножки при вскрытіи полости матки, значительно понизило % смертности при міомотоміяхъ и заброшенный внутрибрюшинный способъ выдвинуло на первый планъ.

Разработкой же и усовершенствованіемъ внѣбрюшиннаго способа занялся Hegar и достигъ тоже хорошихъ результатовъ.

Въ настоящее время хирурги дѣлятся на два лагеря, одни (Schroeder, Hofmeier, Martin, Fritsch, Leopold, L.Tait, Zweifel, Крассовскій, Славянскій, Лебедевъ, Оттъ и др.) являются сторонниками болѣе внутрибрюшиннаго способа, другіе же (Hegar, Kaltenbach, Tauffer, Fehling, Braun и др.) оперируютъ больше по внѣбрюшинному способу. Этотъ послѣдній способъ практикуется особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вскрывается полость матки, тамъ-же гдѣ полость остается не вскрытой, почти всѣ безъ исключенія оперируютъ по внутрибрюшинному способу.

Внѣбрюшинный способъ Реап'а въ значительной степени, какъ я сказалъ выше, подвергся разработкѣ и усовершенство-

ванію со стороны Hegar'a, и этотъ способъ съ небольшими, не существенными измѣненіями примѣняется всѣми по настоящее время. Поэтому я позволю себѣ привести его въ короткихъ словахъ.

Послѣ извлеченія опухоли изъ брюшной полости и перевязки и разсѣченія придатковъ матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ, накладывается ниже опухоли резиновый жгутъ; затѣмъ выше его сантиметровъ на 4 на 5 опухоль срѣзываютъ, а оставшуюся культю укрѣпляютъ въ нижнемъ углу раны, такимъ образомъ, что серозный покровъ ея пришиваютъ къ серозному покрову брюшной стѣнки, брюшную рану на всемъ остальномъ протяженіи сшиваютъ обычнымъ способомъ. Поверхность культи прижигается Paquelin'омъ и 10% растворомъ хлористаго цинка, кругомъ же раны получившійся желобъ отъ пришиванія брюшины къ культи дезинфекцируютъ и выполняютъ ватой, обработанной 5% растворомъ хлористаго цинка, поверхъ накладывается легкая ватная повязка.

Для перевязки культи употреблялся Реап'омъ [1]) liquor ferri sesquichlorat. Hegar 10% растворъ хлористаго цинка, Kaltenbach [2]) сначала употреблялъ іодоформъ, въ настоящее же время смѣсь изъ танина и салициловой кислоты (3:1).

Послѣопераціонный періодъ, при вполнѣ благопріятномъ теченіи, затягивается на весьма долгое время, на 10—20 день отпадаетъ омертвѣвшая культя, для окончательнаго заживленія раны требуется нѣсколько недѣль.

Внутрибрюшинный способъ- по своей техникѣ, представляется нѣсколько сложнѣе только что описаннаго. Главнымъ условіемъ успѣшнаго исхода при немъ служитъ тщательное обеззараживаніе вскрытой полости матки и полная остановка кровотеченія, эти два обстоятельства и служатъ причиною того, что внѣбрюшинный способъ предпочитается передъ внутрибрюшиннымъ, такъ какъ при первомъ эти два момента

[1]) Péan et Urdy Hysterotomie. Paris. 1893 г.

[2]) P. Wehmer Beitrage zur myomotomie und costroiion bei fibromum Zeitschrift für geb. und gynök. Bd. XIV 1888 г.

могутъ быть соблюдаемы въ гораздо большой степени и легче, благодаря наружному положенію культи.

Я не буду описывать способа Schroeder'a, такъ какъ онъ достаточно всѣмъ извѣстенъ, а коснусь только тѣхъ видоизмѣненій его, какимъ онъ подвергся въ рукахъ нѣкоторыхъ операторовъ. Такъ Zweifel [1]) предложилъ свой способъ, который заключается въ слѣдующемъ: послѣ наложенія ниже опухоли жгута, Zweifel отпрепаровываетъ нѣсколько брюшину въ видѣ манжетки, затѣмъ выше этого мѣста отрѣзываетъ опухоль и проводитъ рядъ двойныхъ шелковыхъ лигатуръ какъ черезъ широкія связки, такъ и черезъ всю толщу оставшейся матки и концы лигатуръ завязываетъ спереди и сзади, такимъ образомъ получается культя, перевязанная цѣлымъ рядомъ двойныхъ шелковыхъ лигатуръ по частямъ. Сверху культя обшивается отпрепарованными листками брюшины тоже рядомъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ и опускается въ брюшную полость. Leopold [2]) при внутрибрюшинномъ уходѣ за ножкой перевязываетъ ее, какъ при оваріотоміяхъ, одной или двумя двойными лигатурами, или накладываетъ матрацный шовъ. Способъ его заключается въ слѣдующемъ: сначала отпрепаровывается пузырь, если онъ поднятъ высоко, затѣмъ перевязываются и отдѣляются отъ матки круглыя и широкія связки, послѣ этого накладывается ниже опухоли эластическій жгутъ, выше его пальца на 4 отсепаровывается передній и задній лоскутъ серознаго покрова, затѣмъ заворачивается въ видѣ манжетки внизъ; послѣ этого срѣзываютъ опухоль какъ можно ниже и вылущаютъ остатки міомъ изъ культи. Вскрытая полость матки прижигается Paquelin'омъ и культя, какъ разъ надъ жгутомъ, перевязывается двойной шелковой лигатурой въ два пучка, при мясистой культѣ—въ нѣсколько пучковъ, послѣ этого перевязываются art. uterina и культя обшивается спереди назадъ брюшинными отсепарованными раньше листками, захватывая при этомъ часть ткани

[1]) Zweifel Die Stielbehandlung bei der Myeoctomie, Stuttgart 1888 года.

[2]) Leopold Zur Myomotomie mit intraperitonealerieb Stielehandlunq (Archiv für gynäkol. Bd XLIII heftl 1892 г.

ножки, края лоскутовъ при этомъ заворачиваются внутрь. Швы узловатые, изъ тонкаго шелка.

При проведеніи иглы съ лигатурами, стараются пройти черезъ толщу ткани, а не черезъ цервикальный каналъ.

Оттъ [1]) во „Врачѣ“ 91 года описалъ слѣдующее видоизмѣненіе внутрибрюшиннаго ухода за ножкой, которое онъ практикуетъ съ большимъ успѣхомъ. До вскрытія брюшной полости у захлороформированной больной влагалище промывается растворомъ сулемы 1:2000, шейка матки и нижній отрѣзокъ ея выскабливается острой ложкой и прижигается Paquelin'омъ; послѣ этого приступаютъ къ чревосѣченію. Перевязка и перерѣзываніе широкихъ связокъ, наложеніе жгута совершаются обычнымъ способомъ; отрѣзываютъ опухоль, прижигаютъ Paquelin'омъ культю и проводятъ двѣ шелковыхъ лигатуры справа и слѣва отъ цервикальнаго канала, черезъ всю толщу ткани шейки, лигатуры завязываютъ въ ту и другую стороны, если это является недостаточнымъ, проводятъ еще двѣ лигатуры, пересѣкающія предшествующія подъ прямымъ угломъ. Брюшиной культя не обшивается, а черезъ свободный каналъ шейки проводится во влагалище съ помощью зонда іодоформенный фитиль, который удаляется на 4 или 5 день послѣ операціи.

Всѣ вышеприведенные авторы: Leopold, Zweifel и Оттъ, предлагая свой способъ, говорятъ, что они получили, оперируя такимъ образомъ, небольшую смертность: такъ Zweifel на 51 потерялъ 2 больныхъ, Leopold на 11 ни одной больной.

Эти способы, особенно Leopold'a и Отта. отличаются, какъ видно изъ описанія ихъ, чрезвычайной простотой, но, по нашему мнѣнію, они не всегда могутъ быть примѣнимы и ихъ кругъ ограничивается только небольшими малососудистыми культями; при мясистыхъ же ножкахъ, сильно-кровоточивыхъ, едва-ли они могутъ сравниться въ полной остановкѣ крово-

[1]) Оттъ. О нѣкоторыхъ видоизмѣненіяхъ оперативной техники при гистероміомэктоміи. „Врачъ“ 1891 г.

теченія съ многоэтажнымъ швомъ Schroeder'a. Прибавляя сюда способъ Martin'a—вылущеніе опухоли изъ стѣнки матки и съ послѣдовательнымъ зашиваніемъ ея капсулы, мы видимъ, что въ общемъ внутрибрюшинный способъ болѣе кропотливъ и технически труднѣе, чѣмъ внѣбрюшинный способъ. Но насколько труднѣе и продолжительнѣе сама операція, настолько же легче вести послѣопераціонное леченіе.

Благодаря опущенію культи въ полость брюшины, послѣопераціонное леченіе ничѣмъ не отличается отъ обычнаго при овaріотоміяхъ: на 8—10 день снимаются швы, на 16—20 больная встаетъ съ постели и черезъ нѣсколько дней выписывается, если нѣтъ, конечно, никакихъ осложненій.

Сравнивая между собой оба способа—внѣбрюшинный и внутрибрюшинный, мы видимъ, что послѣдній отличается простотой послѣдовательнаго леченія и короткостью послѣопераціоннаго періода, первый же предпочитается въ силу боязни зараженія брюшины изъ полости матки и послѣдовательнаго кровотеченія изъ культи. Но нужно замѣтить, что при внѣбрюшинномъ способѣ также не исключена возможность зараженія брюшины при гнилостномъ разложеніи вшитой ножки. Feling [1]) для уменьшенія времени послѣопераціоннаго періода при внѣбрюшинномъ способѣ предлагаетъ на 14—21 день срѣзывать культю, какъ можно ближе къ эластической лигатурѣ, получившуюся послѣ этого воронку выскабливать, затѣмъ края раны освѣжать и зашивать Шредеровскимъ швомъ.

Если обратить вниманіе на смертность при томъ и другомъ способѣ, то по статистикѣ Hofmeier'a [2]) мы видимъ, что изъ 526 больныхъ, оперированныхъ по внутрибрюшинному способу, умерло 152 больныхъ или 28%, при операціи же по внѣбрюшинному способу на 200 умерло 30 или 15%. P. Wegmer разбирая міомотоміи изъ клиники Kaltenbach'a, приводитъ, что

[1]) Feling. Centralblatt f. gynäk № 29, 1890 г.

[2]) Hofmeier. Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій. Стр. 307 перев. Рунге 1893 г.

изъ 5 случаевъ, оперированныхъ intraperitoneal'но, умерли 3 больныя, между тѣмъ какъ при extraperitoneal'номъ способѣ на 29 умерла 1 больная. Едва ли возможно по малочисленности наблюденій Wegmer'a судить о большой безопасности того или другаго способа, такіе результаты могутъ быть дѣломъ случайнымъ. По сопоставленію Wegmer'a, принимая во вниманіе, говоритъ Hofmeier, и результаты иностранныхъ операторовъ, изъ 262 случаевъ внѣбрюшиннаго ухода за ножкой смертность также равняется 24%, итогъ, слѣдовательно, мало отличается отъ вышеприведеннаго. Отсюда мы видимъ, что процентъ смертности при томъ и другомъ способѣ, будучи различнымъ въ однѣхъ и тѣхъ же рукахъ, въ общемъ одинаковъ, принимая же во вниманіе всю легкость послѣопераціоннаго теченія и тѣ результаты, которые достигнуты въ послѣднее время Leopold'омъ, Zweifel'емъ и др., внутрибрюшинный способъ должно рекомендовать предпочтительно передъ внѣбрюшиннымъ способомъ. Кромѣ того нужно замѣтить, что при внѣбрюшинномъ способѣ у больныхъ чаще образуются грыжи по бѣлой линіи, чѣмъ при внутрибрюшинномъ.

Въ 20 изъ всѣхъ нашихъ случаевъ уходъ за ножкой былъ внутрибрюшинный.

Въ 6 случаяхъ (№№ 1, 2, 5, 12, 13, 19) произведена надвлагалищная ампутація матки. Операція происходила такимъ образомъ: по извлеченіи опухоли въ 3 случаяхъ (№ 1, 5, 12) перевязаны обѣ широкія связки, въ №№ 2, 13, 19 этой перевязки широкихъ связокъ не потребовалось. Послѣ этого въ №№ 1, 5, 12, по отдѣленіи широкихъ связокъ, а въ остальныхъ прямо по извлеченіи опухоли, наложенъ ниже опухоли эластическій жгутъ, концы котораго завязаны шелковой лигатурой. Выше жгута опухоль срѣзана, изъ культи вылущены остатки міомы, причемъ въ № 2 пришлось вылущить изъ объемистой культи около 16 фибропдовъ, величиной отъ грецкаго орѣха до кулака взрослаго человѣка. Вскрытая полость матки тщательно дезинфецирована 10% растворомъ карболовой кислоты.

Въ № 19 (см. рис. 15) послѣ ампутаціи изъ культи также вылущены фиброиды разныхъ величинъ. Послѣ этого изъ культи эксцидированы куски для образованія лоскутовъ и культя зашита въ №№ 1, 2, 5 трехъ-этажнымъ швомъ; въ № 13 двухъ-этажнымъ, въ № 12, 18 тоже 2-хъ-этажнымъ, но второй этажъ состоялъ не изъ простыхъ узловатыхъ, а изъ матрацныхъ швовъ. Въ № 1, 2 всѣ три этажа состояли изъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ, въ № же 5 срединный этажъ былъ обвивной. Во всѣхъ случаяхъ культи покрыты брюшиннымъ покровомъ.

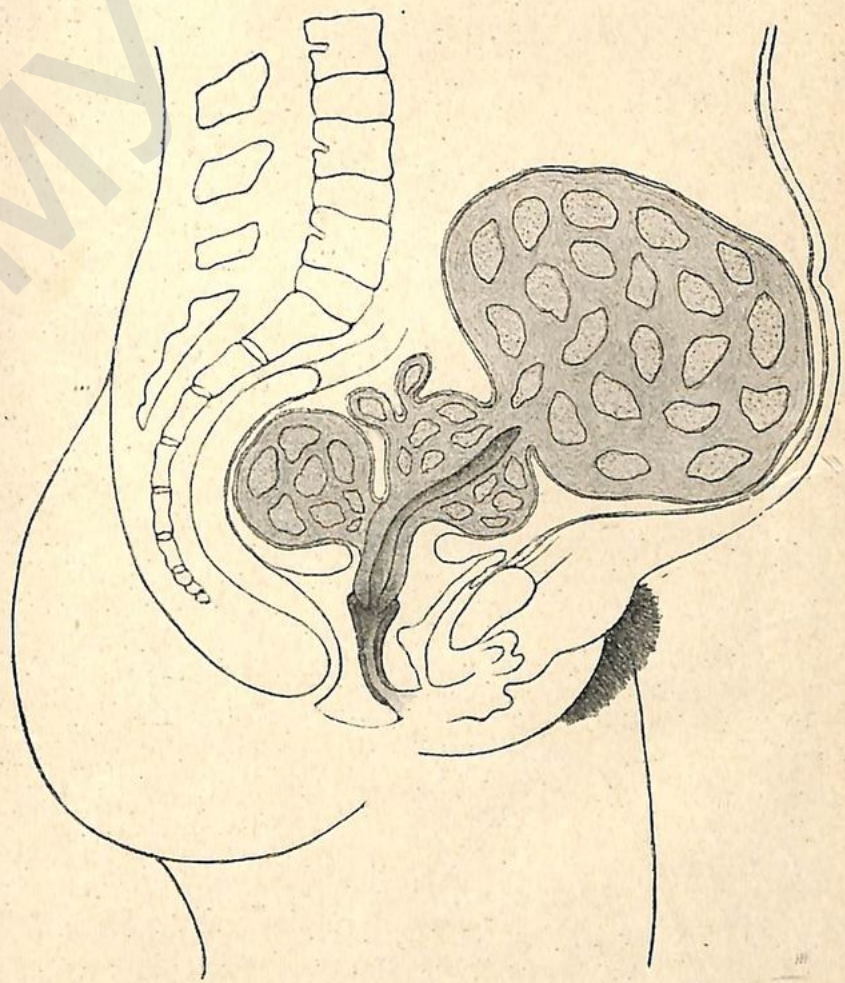
Послѣ снятія жгута и полной остановки кровотеченія культи опущены въ полость брюшины. Брюшная рана зашита обычнымъ способомъ.

Въ 4 случаяхъ (№№ 6, 8, 9, 16) опухоли энуклеированы въ №№ 6, 16 безъ вскрытія полости матки, а въ № 8 и 9 она была вскрыта.

Въ № 8 опухоль сначала ампутирована, а затѣмъ уже остатокъ ея вылущенъ изъ культи; въ №№ 6, 9 и 16 опухоли вылущены прямо изъ существа матки. Операція (№ 16) сдѣлана такимъ образомъ: опухоль выведена наружу, подъ основаніе ея наложенъ эластическій жгутъ; затѣмъ разрѣзомъ, проведеннымъ по передней поверхности увеличенной матки въ продольномъ направленіи сверху вправо и внизъ, вскрыта капсула, изъ нея легко была вылущена шарообразная плотная опухоль величиной въ дѣтскую головку; послѣ этого было наложено 11 матрацныхъ швовъ на основаніе и дно капсулы, излишнія стѣнки капсулы срѣзаны и культя опущена въ брюшную полость. Для обеззараживанія полости матки и въ этихъ случаяхъ употребленъ 10% растворъ карболовой кислоты.

Въ 10 случаяхъ произведена міомотомія (въ №№ 7, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22) безъ вскрытія полости матки. Въ №№ 7, 14, на широкую ножку субсерозныхъ фиброидовъ наложено по 2 двойныхъ шелковыхъ лигатуры и такимъ образомъ ножки ихъ перевязаны въ 4 пучка; въ №№ 15, 18, 20, 21, 22 тонкія ножки фиброидовъ перевязаны только одной

Рис. № 15.



двойной лигатурой въ два пучка, какъ при овaріотоміяхъ, въ № 15, кромѣ удаленія фиброида, произведена кастрація.

Въ № 10, 11, и 17 опухоли сидѣли на широкомъ основаніи, такъ-что по удаленіи ихъ культи были зашиты швами: въ № 10 трехъ-этажнымъ швомъ, причемъ 2 этажа наложены изъ кэтгута (непрерывный шовъ) и 3 верхній изъ шелка—матрацный шовъ; въ № 11 кромѣ субсерозной фиброміомы удалены, въ силу заболѣванія ихъ, придатки той и другой стороны. Въ № 17 полость матки была вскрыта.

Въ двухъ случаяхъ №№ 3 и 4 культя была укрѣплена въ нижнемъ углу раны. Въ этихъ двухъ случаяхъ внѣбрюшинный способъ былъ употребленъ въ виду плохаго состоянія больныхъ во время операціи и требовалось немедленное ея окончаніе.

Въ № 4, послѣ ампутаціи опухоли, широкая, толстая культя укрѣплена въ нижнемъ углу раны помощью прямой пеановской иглы, проходившей черезъ культю и черезъ брюшную стѣнку. Что касается пришиванія по методу Hegar'a краевъ peritonei parietal. къ брюшинному покрову культи, ниже эластической лигатуры, то это не было произведено, такъ-какъ для этого требовалось такое сильное натяженіе культи, которое частью могло сопровождаться опасными разрывами связочнаго аппарата и могло бы оказывать сильное раздражающее вліяніе на всю тазовую брюшину (Лебедевъ). Поверхность культи прижжена Paquelin'омъ для остановки кровотеченія и присыпалась іодоформомъ. Эластическая лигатура удалена на 16 день.

Въ № 3 операціи окончить не удалось, такъ-какъ громадная retro-peritoneal'ная фиброміома непосредственно лежала на крупныхъ сосудахъ брюшной полости и удаленіе ея могло быть связано съ опаснымъ раненіемъ этихъ сосудовъ. Срѣзана нижняя часть опухоли и остатокъ укрѣпленъ въ нижнемъ углу раны. Брюшная рана выше культи какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ зашита узловатыми шелковыми швами. Послѣдняя больная умерла черезъ 6 часовъ послѣ операціи.

Изъ осложненій операціи отмѣтимъ обильныя сращенія въ

№№ 14, 17 и 22. Въ № 14 опухоль была срощена съ сальникомъ, съ peritoneum parietale et viscerale и верхушкой мочеваго пузыря очень плотными и сосудистыми ложными перепонками, особенно этимъ отличались срощенія съ сальникомъ, гдѣ сосуды были расширены до толщины гусинаго пера; на нѣкоторыя изъ срощеній наложены лигатуры, другія же разъединены рукой. Въ № 17 наблюдались срощенія опухоли какъ съ пристѣночной брюшиной, такъ и съ кишками. Эти срощенія, особенно съ кишками, были до того плотны, что мѣстами онѣ были оставлены съ частицами опухоли на кишечной стѣнкѣ. Въ № 22 опухоль имѣла срощенія только съ сальникомъ, которыя перерѣзаны между двумя лигатурами.

Передъ зашиваніемъ брюшной полости, культи осматривались еще разъ, во избѣжаніе послѣдовательнаго кровотеченія, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ культи кровоточили, накладывались еще добавочныя лигатуры.

Брюшная рана зашивалась также, какъ и при другихъ чревосѣченіяхъ, узловатыми шелковыми глубокими и поверхностными швами. Количество швовъ требовалось отъ 11 до 31, смотря по величинѣ разрѣза.

Въ № 14 передъ зашиваніемъ брюшной раны вырѣзана часть избытка истонченной кожи около пупка въ предупрежденіе развитія грыжи.

Въ №№ 10, 16 и 21 брюшина отдѣльно сшита непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, такъ-какъ въ этихъ случаяхъ было большое накопленіе подкожнаго жирнаго слоя. Въ № 16 въ кэтгутовый шовъ былъ также захваченъ и апоневрозъ прямыхъ мышцъ.

Брюшная рана присыпалась однимъ изъ дезинфецирующихъ порошковъ и накладывалась обычная повязка.

Продолжительность операціи была самое меньшее 30 минутъ и самое большее 2 часа 30 минутъ, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

Продол. операц.	№№ случаевъ.
30 м.	15, 22.
40 „	6, 18, 20.
55 „	7, 11.
1 ч. — „	8, 11, 4, 19, 21.
1 “ 15 „	9, 10.3
1 “ 20 „	12, 17.
1 “ 30 „	16.
1 “ 40 „	4.
1 “ 55 „	3.
2 “ — „	5.
2 “ 25 „	1.
2 “ 30 „	2.

Въ №№ 1, 9, 10, 11 *послѣопераціонный періодъ* протекалъ при лихорадочной температурѣ. Въ № 1 (amputatio supravaginal. uteri) съ 2 до 7 дня t° лихорадочная до 39,1, больную безпокоилъ кашель, со стороны раны ничего особеннаго не замѣчалось. Въ № 9 (Enucleatio tumoris) со вскрытіемъ полости матки; начиная съ 1 дня и вплоть до 10, температура лихорадочная и достигала по временамъ до 39. Въ нижней $^1/_3$ раны нагноеніе и абсцессъ, вскрывшійся на 11 день послѣ операціи. На мѣстѣ его образовался фистулезный ходъ, сообщавшійся съ полостью матки, что и задержало больную въ клиникѣ $2^1/_2$ мѣсяца. Въ № 10 (Myomotomia) температура лихорадочная первые 3 дня, между 38 и 39°. Въ 11 № (Myomotomia) t° до 10 дня не поднималась выше 37,8, на 10 сутки къ вечеру поднялась до 38,3° и съ этого времени въ теченіе $1^1/_2$ мѣсяцевъ бывали временныя повышенія t° д° 38°. Это повышеніе температуры обусловливалось образованіемъ эксудата на мѣстѣ культи матки и широкихъ связокъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, исключая смертныхъ, послѣопераціонный періодъ протекалъ гладко, при нормальной температурѣ и пульсѣ.

На 9, 10, 11 день снимались швы и во всѣхъ случаяхъ, исключая № 9, получили первое натяженіе по всему протяженію раны.

Продолжительность послѣопераціоннаго періода была отъ 19 до 99 дней (№ 11).

19 дней.	1 больн.
20 „	3 “

25	дней	1	больн.
29	„	1	„
30	„	1	„
40	„	2	„
48	„	2	„
55	„	1	„
75	„	1	„
99	„	1	„

Больныя №№ 1, 2, 4, 5, 7 были переведены въ другія больницы, вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтніе мѣсяцы. № 1 больная на 27 день послѣ операціи была переведена въ Маріинскую больницу, откуда черезъ нѣсколько дней выписалась здоровой; № 4 черезъ 40 дней переведена въ хирургическую клинику проф. Пелехина, гдѣ заразилась возвратнымъ тифомъ и умерла послѣ 2-го приступа. Діагнозъ заболѣванія былъ поставленъ Проф. Симановскимъ. № 5 на 14-ый день перевеведена въ хирургическую клинику Проф. Богдановскаго, откуда черезъ 3 недѣли выписылась здоровой. № 7-ой на 27 день также переведена въ клинику Проф. Богдановскаго, откуда ископѣ выписалась здоровой. № 2-ой на 15-ый день переведена въ Маріинскую больницу, выписалась вполнѣ здоровой.

При операціи мы имѣли дѣло:

съ	Fibromyoma uteri	subserosum	8 разъ
„	„	„ subserosum et interst. multiplex	5 „
„	„	„ interstitiale	4 „
„	„	„ interstitiale multiplex	1 „
„	„	„ subperit. et cystofibroma intralig.	1 „
„	„	„ intraligament.	2 „
„	„	„ retroperitonaele limphangiect.	1 „

Вѣсъ опухоли колебался отъ 300 grm. до 10800 grm.

300	grm.	1 разъ	2138	grm,	1 разъ
405	„	1 „	2175	„	1 „
500	„	1 „	2144	„	1 „
565	„	1 „	2420	„	1 „
610	„	1 „	2850	„	1 „
1350	„	1 „	10800	„	1 „
2000	„	1 „			

Въ 4-хъ изъ всѣхъ случаевъ послѣдовалъ летальный исходъ въ №№ 3, 16, 17, 21.

Въ № 3 больная умерла черезъ 6 часовъ послѣ операціи отъ шока. Вскрытіе трупа по не желанію родныхъ не было произведено. № 16 первые 8 дней больная чувствовала себя хорошо, t° все время держалась на нормальныхъ цифрахъ, общее состояніе отличное. На 8-ой день умерла при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. При вскрытіи было найдено скопленіе въ полости живота и малаго таза темно-красной, кровяной жидкости; брюшина неизмѣнена. № 18 больная умерла отъ крупознаго воспаленія легкихъ, развившагося на 22-ый день послѣ операціи. При вскрытіи констатировано: Pneumonia cruposa duplex et nephritis interstitial. chr., со стороны брюшины и тазовыхъ органовъ измѣненій не замѣчалось. Въ № 21 смерть послѣдовала отъ септическаго перитонита вначалѣ 4-хъ сутокъ. При вскрытіи брюшина соотвѣтственно кожной ранѣ склеена съ подлежащими петлями кишекъ фибринозногнойнымъ эксудатомъ. Серозный покровъ кишекъ мутенъ, гиперемированъ и также покрытъ тонкимъ слоемъ фибринозногнойнаго экскудата.

Отсюда видно, что при нашихъ міомотоміяхъ погибло отъ операціи 3 больныхъ или 13, 6%.

Изъ нижеслѣдующей таблицъ, Hofmeiera, куда входятъ исключительно случаи нѣмецкихъ хирурговъ, оперированные по внутрибрюшному способу видно,[1] что процентъ смертности при міомотоміяхъ равенъ 28%:

Schroeder	163	операціи	съ 49	случаями	смерти.
Gusserow	20	„	„ 8	„	„
Martin	135	„	„ 46	„	„
Olshausen	74	„	„ 19	„	„
Brennecke	21	„	„ 0	„	„
Leopold	22	„	„ 5	„	„
Fritsch	27	„	„ 11	„	„
Landau	36	„	„ 8	„	„
Hofmeier	28	„	„ 6	„	„
Итогъ:	526		152	28%	смертности.

[1]) Hofmeier. Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій перевод. д—ра Рунге 1893 стр. 307.

Въ эту таблицу входятъ операціи какъ со вскрытіемъ такъ и безъ вскрытія полости матки. Въ рукахъ русскихъ операторовъ этотъ процентъ немного меньше.

	Число міомотомій съ вскрытіемъ и безъ вскрытія полости матки.	Число случаевъ смерти.	% смертность,
Проф. Рейнъ [1]) . . .	41	7	17%
„ Лебедевъ . . .	20	2	10%
„ Крассовскій [2]) .	13	4	30,7%
„ Сутугинъ [3]) . .	12	3	25%
„ Снигиревъ [4]) .	11	7	63,6%
„ Феноменовъ [5]) .	10	2	20%
„ Феноменовъ [6]) .	5	0	0
„ Оттъ [7]) . . .	4	0	0
„ Линѣвичъ [8]) . .	4	0	0
„ Кашкаровъ [9]) .	7	3	42%

Суммируя всѣ случаи находимъ, что на 128 оперированныхъ больныхъ умерло 28 или 21, 8%.

Въ эту таблицу входятъ случаи также только оперированные по внутри-брюшинному способу.

---

[1]) Рейнъ. Протоколы засѣданій акушерско-гинек. общества въ Кіевѣ, т. V, 1892 г.

[2]) Крассовскій. Ж. акуш. и ж. б. т. I и т. V.

[3]) Сутугинъ. „Врачъ“ 88 и 91-аго года.

[4]) Снигиревъ. (Лапароміомотомія врача Мерша. Дис. 1885 г.).

[5]) Феноменовъ. „Врачъ“ 90 г. № 19.

[6]) Феноменовъ. „Врачъ“ 93 г, № 13.

[7]) Оттъ. „Врачъ“ 88 г.

[8]) Линѣвичъ. Хирургическій вѣстникъ 1890 г:

[9]) Кашкаровъ. Клиническія бесѣды о чревосѣченіяхъ 1893 г. стр. 74.

ТАБЛИЦЫ.

НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантитетрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ стм. величина опухоли.	Операція, когда произведена. Сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
1	Авд. П., крест. Московск. губ., замужняя.	Род. 9 разъ. послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.	45	Больной себя считаетъ 4 года. Жалуется на обильныя потери крови, которыя доходятъ до громадныхъ размѣровъ, продолжаясь по нѣсколько недѣль безъ перерыва.	12 с.	Fibromyoma uteri interstitiale.	72 сант. Высота опухоли надъ лобкомъ 10 сант., поперечникъ 10,5.	Amputatio supravaginalis uteri. 2 апрѣля, 1885 г.	25 с., 10 гл. и 10 поверх. швовъ.	Внутри-брюшинный.	2ч.25м.	На 2 день послѣ операціи t° начала повышаться, причемъ появился сильный кашель. На 7 день t° пришла къ нормѣ. На 10 день сняты швы — сращеніе полное. На 27 день переведена въ Маріинскую больницу.		Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ карболовой кислоты. Вмѣстѣ съ опухолью удалены и трубы.
2	Ан. М., жена ремесленника, Тверской губ.	Род. 2 раза, послѣдній 16 лѣтъ тому назадъ.	40	Больна 3 года. Жалуется на опухоль живота и сильныя кровотеченія во время мѣсячныхъ. Частые позывы на мочеиспусканіе. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	16 с.	Fibromyoma uteri interst. multiplex.	91 сант. Высота опухоли 15 сант., наибольшій поперечникъ 23 сант.	Amputatio supravaginalis uteri. 16 апрѣля, 1885 г. Изъ праваго угла культи довольно сильное кровотеченіе.	20 с., 10 гл. и 11 поверх. шва.	Id.	...	Безлихорадочное. На 10 день сняты швы. На 15 день переведена въ Маріинскую больницу.		Вскрытая полость дезинфецирована 10% acid. carbolici.
3	М. Ц., солдатка, Виленской губ., замужняя.	Род. 1 разъ, послѣдн. роды 16 лѣтъ тому назадъ.	39	Больна 5 лѣтъ. Жалуется на опухоль живота, выпаденіе матки и сильную одышку. Брюнетка, слабаго тѣлосложенія и питанія, средняго роста.	21 с., зондъ идетъ впередъ и влѣво.	Cysto-fibroma uteri. Postoperationem: fibromyoma uteri interstitiale lymphangiectodes retroperitoneale.	96½ сант.	Myomotomia 6 ноября 1885 г.	23 с 10 м. глуб. швовъ.	Внѣбрюшинный. Культя была укрѣплена въ нижнемъ углу брюшной раны.	1ч.55м.	Пульсъ больной очень слабый и во время операціи, сдѣлался нитевиднымъ вскорѣ послѣ ея окончанія. Не смотря на рядъ возбуждающихъ дѣятельность сердца средствъ, достигнуть успѣха не удалось и больная черезъ 6 час. скончалась. Вскрытіе по нежеланію родныхъ не было сдѣлано.	Вѣсъ удаленной части опухоли 27 фунт. Она состояла изъ разной величины полостей наполненныхъ кровянистой жидкостью.	Всей опухоли экстирпировать не удалось, ибо она дномъ своимъ плотно прилегала къ крупнымъ сосудамъ брюшной полости.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея, общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ	Распознаваніе	Наибольшая окружность живота въ стм. и величина опухоли.
4	М. Ч., крест. Олонецкой губ., замужняя.	Родила 5 разъ, послѣдн. роды 5 лѣтъ тому назадъ.	39	Больна 4 года. Жалуется на опухоль живота и на кровотеченія изъ половыхъ органовъ. Больная высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, очень малокровна.	30 с., бужемъ	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum (polypus subserosus uteri).	98 сант. Опухоль дѣлится на два отдѣла: нижній больше—7 мѣсячной беременной матки, верхній—меньшій.
5	Крестьянка Выборгской губ. замужняя.	Род. 1, выкидышъ 1 на 4 мѣсяцѣ.	42	Больна 3 года. Жалуется на боли въ животѣ, опухоль и кровотеченія. Шатенка средняго роста и тѣлосложенія слабаго питанія.	12 с.	Fibromyoma uteri interstitiale.	94 с. Верхняя граница опухоли на 3 пальца ниже пупка.
6	А. Б.		40	Больна 5 лѣтъ. Жалуется на боли въ животѣ и кровотеченія. Больная средняго роста, очень малокровна.		Fibromyoma uteri subseros.	
7	М. К., мѣщанка Псковской губ. Дѣвица.		39	Больна 2 года. Жалуется на сильныя боли внизу живота, мѣшающія ей работать. Блондинка средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	13 с.	Fibromyoma uteri interst. et subserosum.	79 сант. Длина опухоли 24 сант., ширина 14 сант.

Операція, когда произведена, сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
Myomotomia 12 марта 1886 г. Очень плотныя и мясистыя сращенія верхней опухоли съ сальникомъ и правой брюшной стѣнкой перерѣзаны между двумя лигатурами.	22 с. 22 глуб. шелк. шва.	Внѣбрюшинный.	1 ч. 40 м.	На 2 день правосторонняя пнеймонія и пораженіе средняго уха съ прободеніемъ барабанной перепонки. Къ 10 дню все это прошло. Эластическая лигатура удалена на 16 день. Послѣдніе остатки культи были удалены на 33 день послѣ операціи. Больная послѣ этого стала оправляться и уже выздоравливающей переведена на лѣто въ хирургическую клинику.		Въ хирургическомъ отдѣленіи заразилась тяжелой формой возвратнаго тифа и умерла послѣ 2 приступа. Діогнозъ подтвержденъ вскрытіемъ.
Amputatio supravaginalis uteri 9 апрѣля 1886 г.	18 с., 11 шел. глубок. швовъ.	Внутри-брюшинный.	2 ч.	Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій. На 14 день больная переведена въ хирургическую клинику профес. Богдановскаго.		Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ карболовой кислоты.
Enucleatio 12 апрѣля, 1886 г.	17 с., 12 шелк. швовъ	Id.	40 м.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы—prima intentio.		Опухоль вылущена безъ вскрытія полости матки.
Myomoto 1887 г. 19 апрѣля.	19 с. 16 глуб. и 6 поверхн. шелк. швовъ.	Id.	55 м.	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. Вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтніе мѣсяцы, больная переведена въ хир. клинику Проф. Богдановскаго.		

НБ ВМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея, общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ сант. и величина опухоли.	Операція когда произведена, срощенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
8	Пр. К., крестьянка Новгородск. губ. Не замужняя.	Род. 1.	43	Больна 5 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота и лѣвой ногѣ. Регулы стали менѣе обильн. и сопровождаются сильными болями въ животѣ и поясницѣ; запоры, головныя боли и общая слабость. Блондинка средняго роста, хорошаго питанія.	9 с.	Fibromyoma uteri subserum. Post operationem: Myxofibroma uteri subserosum.	73 сант Опухоль в чиной въ лакъ	Enucleatio et Myomotomia 28 октября 1887 года.	14 с. 15 шв.	Id.	1ч.15м.	Безъ осложненій на 10 день сняты швы первое натяженіе. На 21 день встала съ постели, а на 40 выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль при разрѣзѣ оказалась фиброидомъ, пронизаннымъ множествомъ, разнообразной величины и формы, полостей которыя наполнены прозрачной, стекловидной и тягучей жидкостью.	Полость матки въ культѣ дезинфецирована 10% acid. corbolic.
9	Матр. В-ва крестьянка Новгородск. губ. Дѣвица.		37	Больной себя считаетъ 6 мѣсяцевъ. Жалуется на боли внизу живота, мѣшающія ей работать, и опухоль. Брюнетка средняго роста, слабаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.	10 с.	Fibromyoma uteri subserosum.	67 с. Дно опухо. стоитъ на сант. надъ лобкомъ.	Enucleatio 31 октября 1887 года. Кровотеченіе изъ культи.	15 с. 14 г. и 4 поверх. шелк. швовъ.	Id.		Послѣопераціонный періодъ протекалъ при лохорадочной t°. Абсцессъ въ нижнемъ углу раны, вскрывшійся на 11 день; выписалась черезъ 2½ м.	Удаленная опухоль фиброидъ вѣситъ 405 grm. При разрѣзѣ внутри опухоли находится неправильной формы полость, наполненная прозрачной, желтоватаго цвѣта жидкостью, тянущейся въ нити.	
10	Ал. В. Дворянка Симбирской губ. дѣвица.		38	Года два замѣтила увеличеніе живота и опухоль внизу и слѣва. Съ этихъ поръ животъ постепенно увеличивается. Жалуется на обильныя кровотеченія во время регулъ, опухоль живота и общую слабость. Брюнетка хорошаго тѣлосложенія, средняго питанія.	11 с.	Fibromyoma uteri (fundi) subserosum.	104 сант. опухоль дн своимъ сто на 4 паль выше пуп	Myomotomia. 6 апрѣля 1888 года.	20 с. 24 шелков. шва. Брюшина отдѣльно соединена непрерывнымъ кэтгутомъ.	Id.	1 ч. 5 м.	Въ теченіе первыхъ сутокъ температура колебалась между 38 и 39° при пульсѣ не выше 88. На 16 день больная встала съ постели и выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль вѣситъ 1350 grm., продолговато - овальной формы, равномѣрно плотной консистенціи. Длина ея 21 сант. Ширина 13 сант.	

НБ УМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея, общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ cm. и величина опухоли.	Операція когда произведена, сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе Послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
11	Пр. И. крестьянка Новгородской губ. замужняя.		30	Опухоль замѣтила 2 года. Жалуется на опухоль живота и сильныя ноющія боли внизу его. Брюнетка средняго роста умѣреннаго тѣлосложенія, плохаго питанія.	16 с. зондъ идетъ вправо и кпер.	Eibromyona fundi uteri subserosum et hydrosalpinx. sinistr. Post operationem: fibr. fundi uteri subserosum et pyosalpinx duplex.	Величина опухоли съ головку новорожденнаго..	Myomotomia. 1 октября 1888 года.	14 с. 14 глубокихъ шелков. шва.	id.	55 м.	t° до 10 дня нормальна. Съ этого времени больная стала лихорадить. Эксудатъ на мѣстѣ культи матки и широкихъ связокъ. На 99 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль фибромі-ома удалена вмѣстѣ съ придатками. Вѣсъ всего препарата 610 grm. Окружность опухоли 29 сант. Правая труба расширена и содержитъ около 2 столовыхъ ложекъ мутной жидкости. Лѣв. труба также расширена и содержитъ 100 grm. сливкообразнаго желтоватаго гноя съ примѣсью крови.	
12	Ек. Т. дворянка изъ г. Тифлиса. Замужняя.	Род. 7. Вык. 3 на 3 мѣсяцѣ. Послѣдніе роды 10 лѣтъ и 5 мѣсяц. тому назадъ.	47	Опухоль замѣтила 10 лѣтъ т. назадъ, болѣзненные припадки появились года на 3 раньше. Менструація прекратилась 3 года тому назадъ. Полгода спустя появились кровоченія. Жалуется на сильную болѣзненность въ животѣ особенно въ нижней лѣвой его части, сердцебіеніе, одышку.	19 с.	Fibromyoma uteri. intralig.	101 с. Опухоль съ голову взрослаго человѣка.	Amputatio supravaginalis uteri. 26 октября 1888 г. кровотеченіе изъ культи.	22 с. 22 г. и 4 пов. шелков. шва.	id.	1ч.20м.	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. На 12 день сняты швы, въ нижнемъ швѣ замѣчается нагноеніе, въ остальныхъ prima intentio.	Опухоль фибромі-матознаго характера окружена соединительно-тканною капсулой. Вѣсъ его 2850 grm. Въ разрѣзѣ опухоль представляется гнѣзднаго строенія, съ полостями различной величины, наполнены совершенно прозрачной жидкостью съ зеленоватымъ оттѣнкомъ.	Вскрытая полость матки дезинфецирована 10% растворомъ acid. carbolici.
13	А. З. повивальная бабка. С.-Петербургъ замужняя.			Больна 8 лѣтъ. съ этихъ поръ стала страдать болями въ ногахъ особенно въ лѣвой, которая очень часто отекаетъ. 5 лѣтъ тому назадъ показались сильныя бѣли и начались частые позывы на мочеиспусканіе. 4 года замѣтила опухоль. Блондинка, довольно хорошаго питанія.	9½. с зондъ идетъ кзади.	Fibromyoma uteri interstitiale.	77 с. Величина опухоли въ кулакъ взрослаго человѣка.	Amputatio supravaginalis uteri. 30 ноября 1888 г.	17 с. 16 швовъ.		1 ч.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы prima intentio. На 48 день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль фибромі-ома круглаго очертанія, одѣта плотной капсулой. Вѣсъ опухоли 565 grm. Длина 12 сант. Ширина 10 сант.	Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ acid. carbolici.

НБ НМУ

№№ по порядку.	Имя званіе, мѣстожительство больной. Замужняя или дѣвица.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ Ctm. и величина опухоли	Операція когда произведена, сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
14	Е. Ж. замужняя.	Род. 6 Вык. 1 Послѣдніе роды 13 т. н.	45	7 лѣтъ т. н. больная замѣтила опухоль величиной съ кулакъ. Опухоль въ послѣдній годъ стала быстро увеличиваться въ объемѣ. Больная малаго роста средняго тѣлосложенія съ плохимъ питаніемъ.	12 с.	Fibromyoma uteri subserosum.	118 с. Величина опухоли съ голову взрослаго человѣка.	Myomotomia 11 января 1889 года. Сращенія съ сальникомъ, съ мочевымъ пузыремъ, кишками и брюшной стѣнкой.	28 с. 27 глубок. и 4 поверхностныхъ шва.	id.		Безъ осложненій. На 11 день сняты швы—prima intentio. На 40 день выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль плотной консистенціи, представляетъ ясный характеръ строенія фиброміомъ. Вѣсъ уд. опухоли 2144½ grm. Вены на опухоли расширены до толщины мизинца.	
15	Л. Б., род. въ Петербургѣ. Не замужняя.		33	Больна 4—5 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы, на боли въ правой половинѣ живота, постоянные запоры, плохой аппетитъ, разстройство нервной системы. Блондинка, средняго роста, умѣреннаго питанія, крайне анемична.		Fibromyoma uteri subserosum interstitiale.	Одна опухоль величиной съ апельсинъ, другая нѣсколько больше.	Castratio et Myomotomia 1889 г. 11 ноября.	14 с.. 14 гл. швовъ	id.	50 м.	Безъ осложненій на 9 день сняты швы—первое натяженіе. На 19 выписалась изъ клиники здоровой.	Опухоль величиной въ два кулака, представляетъ изъ себя субсерозный фиброидъ, развившійся изъ задней стѣнки матки. Вѣсъ его 500 grm.	Оба яичника удалены въ виду существованія внутристѣночной фиброміомы.
16	А. Н., больная духовнаго званія. Замужняя. Тверской губ.		46	Три года тому назадъ больная случайно замѣтила опухоль въ животѣ. Жалуется на боли въ поясницѣ, спинѣ и обильныя регулы запоры. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія.	9½ с. зондъ, идетъ влѣво и кзади.	Fibromyoma fundi uteri interst.	112 сант. съ голову новорожденнаго ребенка.	Enucleatio 31 янв. 1890 г. Кровотеченіе изъ культи.	16 с. брюшина сшита непрерывнымъ кэтгутомъ. На кожу и мышцы наложено: 14 глуб. и 1 поверх. шелков. шва.	id.	1ч.30.	На 8 день послѣ операціи больная умерла при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности, при нормальной t°-рѣ. Вскрытіемъ обнаружено кровоизліяніе въ брюшную полость.	Опухоль шарообразной формы фиброзной консистенціи. Въ окружности 27 сант.; продольный діаметръ 9 сант., поперечный 8 с.. Вѣсъ 290 grm.	

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни, теченіе ея, общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ cim. и величина опухоли.	Операція, когда произведена, сращенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія
17	Ек. К-ова крестьянка Олонецкой губ.		39	Замѣтила опухоль 1½ года тому назадъ. Жалуется на тяжесть внизу живота, сильную одышку и затрудненіе при мочеиспусканіи. Больная очень исхудалая, истощенная особа.	10 с. влѣво.	Fibromyoma uteri subseros. Post operationem: fibromyoma uteri subperiton. lymphangiectodes.	32 с. опухоль величиной съ голову взрослаго человѣка.	Mymotomia. 1890 г. 22 сентября. Сращенія съ periton. parietale и обильныя сращенія съ кишками.		id.	1ч.20м.	На 11-й день у больной развилась pneumonia crouposa duplex съ быстронаступившимъ летальнымъ исходомъ. При вскрытіи найдено: Pneumonia crouposa duplex et nephritis interst. chr.	Опухоль плотная, но мѣстами при разрѣзѣ ткань ея рыхла, отечна. Принадлежитъ къ отдѣлу фиброзныхъ опухолей. Вѣсъ 2138.	Вскрытая полость матки обеззаражена 10% растворомъ acid. carbolici.
18	В. Н., замужняя (операц. въ частн. домѣ.		40	Больна 5 лѣтъ. Больная средняго роста, плохаго питанія.	Ув.	Fibromyoma uteri subserosum.	Съ голову новорожденнаго.	Myomotomia 18 марта 1890 года.		id.	40	Безлихорадочно. Встала на 22 день.		Небольшое нагноеніе въ брюшной ранѣ.
19	М. Б—ова. г. Рига, дворянка. Замужняя.		47	5 лѣтъ тому назадъ замѣтила опухоль. Около года тому назадъ перенесла воспаленіе брюшины и съ тѣхъ поръ чувствуетъ тяжесть, боли внизу живота, неловкость при сидѣніи. Шатенка хорошаго питанія и тѣлосложенія.	15 с. зондъ идетъ впередъ и влѣво.	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex.	Окружность 76. Высота опухоли 22 с. ширина 21 с.	Amputatio supravaginalis uteri. 30 января 1891 года.	21 с. 17 г. швовъ.	id.	1 ч. 3м.	Безъ осложненій на 9 день сняты швы, повсюду первое натяженіе. Выписалась на 75 день послѣ операціи. Больную задержало въ клиникѣ разстройство желудочно-кишечнаго канала.	Вѣсъ опухоли 2175 grm. Удаленныя опухоли представляютъ изъ себя субсерозные и интерстиціальные фиброиды.	Вскрытая полость матки обеззаражена 10 проц. раcid. carbolici.
20	М. К., дворянка, Петербургской губ.		42	Больна 2 года. Жалуется на увеличеніе живота, отекъ ногъ, неправильныя и обильныя регулы. Больная средняго тѣлосложенія, плохаго питанія.	13	Fibromyoma uteri subserosum et cystofibroma uteri intraligament. sinistrum.	Съ голову новорожденнаго ребенка.	Laporo myomotomia 20 февраля 1889 года.	16 с. 14 глуб. шва.	id.	40	Безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ. На 55 день выписалась изъ клиники здоровой.		

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство больной. Дѣвица или замужняя.	Количество беременностей и родовъ.	Возрастъ больной.	Продолжительность болѣзни теченіе ея, общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Наибольшая окружность живота въ cm. и величина опухоли.	Операція когда произведена, срощенія и другія осложненія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Теченіе послѣопераціоннаго періода и продолжительность его.	Описаніе удаленной опухоли.	Замѣчанія.
21	Ф. Ц. дворянка г. Томскъ замужняя.		50	Три года тому назадъ было сильное кровотеченіе съ болями въ лѣвой сторонѣ живота. Кровотеченіе вскорѣ прекратилось. 1½ года т. назадъ крови стали путаться и запаздываютъ. Годъ тому назадъ замѣтила увеличеніе живота. Жалуется на сильныя боли и тяжесть внизу живота. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	бужемъ 13 с. зондомъ 11 с. направо кпереди	Fibromyoma uteri subserosum et interstitiale.		Myomotomia. 2 октября 1891 года.	27 с. 18 гл. и 5 поверхн. швовъ; брюшина отдѣльно соединена хромокислымъ кэтгутомъ.	id.	1 ч.	Въ началѣ 4 сутокъ умерла отъ peritonitis fibrinosa acuta septica.	Опухоль фиброміома, величиной съ голову взрослаго человѣка, вѣситъ 2000 grm.	Ножка опухоли перевязана въ два пучка шелковой лигатурой и опухоль срѣзана.
22	Р. С., дворянка, Новгород. губ. Дѣвица.		32	Опухоль замѣтила, величиной въ яблоко, въ февралѣ 1891 года. Въ ноябрѣ перенесла воспаленіе брюшины. Жалуется на боли внизу живота, сильный кашель, одышку, плохой сонъ и аппетитъ. Больная средняго роста и тѣлосложенія, очень плохаго питанія.	7½ с.	Fibromyoma uteri subserosum.		Myomotomia 22 января 1892 г.	20 с. 17 гл. и 2 поверхн. шелков. шва.	id	30 м.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы, первое натяженіе. На 28 день выписалась здоровой.	Опухоль чисто фибрознаго характера, величиной съ голову взрослаго человѣка. Вѣсъ ея 2420 grm.	Ножка была перекручена справа на лѣво 3 раза, перевязана въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой и опухоль удалена.

НБ УНЦ

Глава V.
КАСТРАЦІИ.

Удаленіе яичниковъ или кастрація (оскопленіе) было сдѣлано 31 разъ или 15,5% всѣхъ случаевъ чревосѣченій; изъ нихъ по поводу фиброміомъ матки произведено 27 разъ или 13,5%, изъ за другихъ заболѣваній 4 раза или въ 2% всѣхъ случаевъ чревосѣченій. Большинство оперированныхъ больныхъ принадлежало къ бѣдному классу, такъ: мѣщанокъ и крестьянокъ 19

купеческаго сословія. . .	2
ремесленницъ	2
военнаго сословія. . . .	1
духовнаго званія	1
дочерей чиновниковъ. . .	1
дворянокъ	5

Возрастъ больныхъ колебался отъ 25 до 49 лѣтъ, т. е. самой младшей оперированной было 25 и самой старшей 49 лѣтъ. Большее число оскопленій произведено въ возрастѣ отъ 31 до 40 лѣтъ включительно—17 разъ, меньшее число падаетъ на года отъ 25—29 лѣтъ—6 случаевъ и отъ 41—до 49 лѣтъ—8 случаевъ. Почти такое же отношеніе мы находимъ и у Заварыкина [1]), изъ 256 случаевъ, кастрированныхъ по поводу міомъ, собранныхъ имъ въ литературѣ, самое большее число кастрацій падаетъ на возрастъ отъ 30 до 44 лѣтъ—152 случая; меньшее отъ 20—29 лѣтъ—14 и отъ 45—до 60 лѣтъ—46 случаевъ.

[1]) Заварыкинъ. „О кастраціи при фиброміомахъ матки". Дисс. 1887 г.

НБУ

Замужнихъ было 18 и *незамужнихъ* 11.

Рожавшихъ было 12 и неимѣвшихъ ни одной беременности 17 больныхъ, причемъ:

I partae	6
II partae	3
III partae	2
IV partae	1 и 1 выкидышъ.

Кромѣ того было 2 больныхъ, имѣвшихъ выкидыши, но не имѣвшихъ срочныхъ родовъ:

1 больная 2 выкидыша и

1 больная 1 выкидышъ на третьемъ мѣсяцѣ беременности.

Продолжительность болѣзни въ нашихъ случаяхъ, если мы будемъ считать начало ея съ перваго измѣненія типа менструаціи, съ появленія болей или съ того времени, какъ больная замѣтила опухоль, было самое меньшее 2 мѣс. и самое большее 20 лѣтъ.

Продолжительность болѣзни.	Число больныхъ.
до 2 лѣтъ	2
отъ 2 лѣтъ до 5 лѣтъ	14
„ 5 „ „ 10 „	10
15 „	2
19 „	1
20 „	2

Только что приведенныя цифры конечно не могутъ служить во всѣхъ случаяхъ вѣрнымъ опредѣленіемъ продолжительности болѣзни, такъ какъ извѣстно, что міомы матки существуютъ часто очень долгое время и своимъ присутствіемъ не вызываютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, въ этомъ ни разъ приходилось намъ убѣждаться при изслѣдованіи больныхъ на амбулаторныхъ пріемахъ нашей клиники.

Жалобы больныхъ были въ большей части многочисленны и разнообразны: тутъ мы находили сильныя боли внизу живота и поясницѣ (15), чувство полноты и тяжести въ животѣ (8), напираніе на низъ (2), упорныя констипаціи (7), частые и болѣзненные позывы къ мочеиспусканію (4), нервное разстройство (4), потеря аппетита, лихорадочное состояніе (1), одышка,

сердцебіеніе, задержка мочи и т. д. Главное мѣсто среди этихъ припадковъ занимаютъ, о чемъ я еще не сказалъ, потери крови. Онѣ наблюдаются обыкновенно или въ формѣ затяжныхъ и обильныхъ менструацій, или чаще маточныхъ кровотеченій, повторяющихся черезъ неправильные промежутки времени. Эти потери крови могутъ довести больную до истощенія и высокой анеміи и ухудшить прогнозъ операціи. Какъ напримѣръ только-что сказаннаго я могу указать на нашъ одинъ случай, а именно № 30. Больная въ продолженіи 4 лѣтъ носила неправильные регулы, очень обильные, а кромѣ того въ межменструальномъ періодѣ бывали сильныя кровотеченія, которыя и довели ее до крайней анеміи: появились отеки, головокруженія и другіе признаки этого патологическаго состоянія. Кровь у этой больной представлялась совершенно блѣдной, похожей на сукровицу, и подъ микроскопомъ была бѣдна красными кровяными шариками, которые, сверхъ того, имѣли весьма неправильную форму.

Изъ 25 случаевъ кастрацій по поводу міомъ, регулы въ 23 случаяхъ измѣнили свой типъ такимъ образомъ: въ 2 случаяхъ (№ 3 и № 15) они стали продолжительнѣе; въ 3-хъ случаяхъ (№№ 4, 11, 22) крови за время болѣзни стали являться чаще и продолжительнѣе; въ 4 случаяхъ (№№ 5, 14, 25, 27) типъ регулъ не измѣнился, но количество теряемой крови каждый разъ при менструаціи значительно увеличилось; въ 2 случаяхъ (№№ 6 и 28) регулы сдѣлались чаще и обильнѣе, хотя продолжаются столько-же дней, какъ и до болѣзни; въ № 7 мѣсячныя крови сильно затягиваются и сдѣлались почти метрорагіями, сопровождаются сильными болями въ животѣ и поясницѣ, рвотой и приступами сердцебіеній. У 10 больныхъ наблюдались перемежающіяся маточныя кровотеченія, продолжавшіяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма долго, такъ, напримѣръ, въ № 8 кровь шла въ продолженіи двухъ мѣсяцевъ почти безъ перерыва; въ № 18 тянутся кровотеченія иногда больше мѣсяца.

Подъ вліяніемъ этихъ громадныхъ потерь крови и другихъ болѣзненныхъ явленій, силы и *общее состояніе больныхъ*

были въ большей части случаевъ подорваны, такъ въ 17 случаяхъ мы находимъ больныхъ съ плохимъ питаніемъ и почти во всѣхъ болѣе или менѣе рѣзко выраженную анемію.

Величина опухоли была весьма различна, отъ куринаго яйца до размѣровъ 9 мѣсячной беременной матки.

Большее число случаевъ относится къ опухолямъ средняго размѣра, не превышающимъ величины дѣтской головки. Если величину опухоли будемъ разсматривать по отношеніямъ ея дна къ пупку и лонному соединенію получимъ слѣдующее: дно опухоли стояло между лонной дугой и пупкомъ 17 разъ; дномъ своимъ доходила до пупка 3 раза, выше пупка 4 раза, дномъ своимъ доходила почти до мечевиднаго отростка 1 разъ; не выдавалась за лонное соединеніе 2 раза. Послѣ продолжительнаго наблюденія больной въ амбулаторіи и клиникѣ, въ 7 случаяхъ найдено рѣзкое увеличеніе опухоли передъ наступленіемъ регулъ и во время нихъ и ясное уменьшеніе послѣ окончанія менструаціи, какъ это видно изъ слѣдующей таблицы:

№№ случаевъ.	До менструаціи. Высота дна опухоли надъ лобкомъ.	Ширина опухоли.	Съ наступленіемъ менструаціи. Высота стоянія.	Ширина.
I	15 сантиметровъ	14,5 с.	16½ с.	18 с.
VI	10 „	9 „	11 „	10 „
XXII	13 „	15 „	20 „	27 „
XXV	19 „	20 „	23 „	21 „
XXVI	21 сантиметра	15½ с.	24 „	17½ „

Опухоли въ случаяхъ IV и XXX, гдѣ также наблюдалось увеличеніе ихъ, не измѣрены сантиметромъ, такъ какъ онѣ были небольшой величины и не выдавались за лонное соединеніе. Въ IV случаѣ опухоль, величиною съ апельсинъ, во время менструаціи увеличивалась приблизительно на четверть своего объема; въ № XXX опухоль, величиной въ кулакъ, во время регулъ также замѣтно набухала.

Это увеличеніе опухоли даетъ весьма цѣнное въ прогнозѣ кастраціи указаніе на строеніе опухоли и зависитъ оно отъ обильнаго содержанія въ стромѣ опухоли сосудовъ, принимающихъ мѣстами характеръ и расположеніе кавернозныхъ полостей, напоминающихъ собою отчасти строеніе мѣстаприкрѣпленія plancent'ы. Такія опухоли въ патологической анатоміи носятъ названіе кавернозныхъ или телангіектатическихъ опухолей. Набуханіе такого новообразованія передъ и во время менструаціи само собою понятно, такъ какъ во время регулъ бываетъ усиленный притокъ крови къ тазовымъ органамъ, поэтому сосуды опухоли усиленно наполняются кровью, растягиваются ею и такимъ образомъ ведутъ къ увеличенію самой опухоли.

Для опредѣленія *длины, ширины* и *направленія полости матки* производилось изслѣдованіе бужемъ и зондомъ, причемъ было найдено во всѣхъ случаяхъ увеличеніе длины полости матки: самая меньшая длина равнялась 9 ctm.—4 раза, и самая большая 26 ctm.—1 разъ въ № 17 при межточной фиброміомѣ, развившейся главнымъ образомъ изъ передне-лѣвой стѣнки матки. Въ остальныхъ случаяхъ размѣры полости были таковы:

Длина полости въ сант.	Число случаевъ.
9½	1
10	3
11½	3
12	4
14	3
15	3
15½	1
17½	1
18	1
21	1
23	1

Опухоли были или множественныя (fibromyoma uteri interstitiale multiplex) въ 5 случаяхъ (№№ 3, 5, 7, 12, 13), или одиночныя (22 случ.), развившіяся изъ тѣла или шейки матки. *По мѣсту своего развитія* онѣ дѣлятся такимъ образомъ: опухоли исходящія изъ передне-правой стѣнки матки (3 случая) №№ 21, 22, 28; изъ дна и передней стѣнки (2 случая) №№ 25, 26; изъ задней стѣнки (4 случая) №№ 6, 19, 20, 30; изъ передне-лѣвой стѣнки (5 случаевъ) №№ 1, 16, 17, 23, 31; въ № 16 опухоль частью была intraligament'арная, вдавалась

въ лѣвую широкую связку, раздвигая ея листки; изъ заднелѣвой стѣнки (1 случай) № 29; изъ лѣвой стѣнки № 18 и 24. Въ № 18 опухоль, величиной въ куриное яйцо, помѣщалась въ лѣвой широкой связкѣ. Изъ задней стѣнки шейки матки развились 3 опухоли въ №№ 11, 14, 27; въ № 11 опухоль вдавалась глубоко въ полость малаго таза, между влагалищемъ и прямой кишкой; просвѣтъ влагалища сдавленъ и оно вытянуто вверхъ; въ № 27 опухоль также занимала большую часть малаго таза, распространяясь между прямой кишкой и влагалищемъ, сдавливая просвѣтъ того и другого.

На передней стѣнкѣ шейки и тѣла матки мы нашли опухоль въ одномъ только случаѣ, а именно въ № 4, она вдавалась въ широкую связку, давя на шейку мочеваго пузыря, особенно во время регулъ, когда она нѣсколько увеличивалась въ своемъ объемѣ, вызывала тенезмы со стороны мочеваго пузыря. По характеру своему, по даннымъ клиническаго изслѣдованія, въ 7 случаяхъ опухоли были кавернозныя и въ 20 интерстиціальныя.

Я не буду здѣсь касаться діагностики фибромiомъ матки, потому что я о ней сказалъ уже при миомотомiяхъ, а кромѣ того, въ этомъ рядѣ случаевъ она не представляла большихъ затрудненій. Распознаваніе послѣ наблюденія и тщательнаго изслѣдованія больной устанавливалось съ положительностью. Но насколько легко было опредѣлить положеніе опухоли, характеръ ея и отношеніе къ маткѣ,—настолько же трудно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ было совершенно невозможно *прощупать яичники* и опредѣлить ихъ мѣстоположеніе. Эта трудность отыскиванія яичниковъ зависитъ отъ значительнаго смѣщенія ихъ подъ вліяніемъ роста опухоли и неправильнаго увеличенія матки. Помѣщаясь часто позади опухоли или глубоко въ тазу и будучи еще къ тому-же плотно прижаты къ опухоли и покрыты ложными перепонками, они дѣлаются совершенно недоступными для изслѣдывающаго пальца. Иногда даже по вскрытіи брюшной полости операторъ становится въ тупикъ: не можетъ найти яичника и въ такихъ случаяхъ volens-nolens приходится сдѣлать неполную операцію и ограничиться удаленіемъ одного только яичника. Въ нашихъ случаяхъ: 9 разъ найдены до операціи оба яичника; 3 раза одинъ только правый; 5 разъ одинъ лѣвый и 9 разъ не удалось прощупать ни одного яичника.

Leopold [1]), считая важнымъ опредѣленіе яичниковъ до операціи, говоритъ, что изъ 27 полныхъ кастрацій,—въ 20 случаяхъ оба яичника были опредѣлены до операціи, а изъ 7 не полныхъ кастрацій удалось опредѣлить яичники только 1 разъ.

Такимъ образомъ по Leopold'у [1]) на 34 кастраціи 13 разъ яичники не найдены до операціи, или въ 38,5% всѣхъ случаевъ; почти такой-же процентъ получается и у насъ, т. е. 36%. Опредѣленіе яичниковъ до операціи Schroeder [2]) считаетъ желательнымъ, хотя не безусловно необходимымъ. Hegar [3]) считаетъ это важнымъ и необходимымъ условіемъ для операціи. Опредѣленіе яичниковъ до операціи, конечно, важно въ томъ отношеніи, что операторъ, зная уже заранѣе мѣстоположеніе яичниковъ, по вскрытіи брюшной полости прямо туда направляетъ свое вниманіе, не теряя времени на отысканіе ихъ. Но что-же дѣлать, коль скоро яичникъ занимаетъ такое положеніе, что его никакимъ образомъ невозможно прощупать? Въ такомъ случаѣ при операціи нужно руководствоваться мѣстомъ опухоли, положеніемъ матки и отношеніемъ ея къ опухоли. Если опухоль развивается изъ нижняго сегмента матки, то она по мѣрѣ своего роста поднимаетъ матку кверху, а вмѣстѣ съ послѣдней поднимаются туда-же и яичники; если-же опухоль развивается изъ дна матки или верхняго отрѣзка ея, то яичники помѣщаются гдѣ-нибудь внизу опухоли, и при операціи нужно прежде всего туда направить свое вниманіе и тамъ искать яичники; затѣмъ, при развитіи опухоли въ передней или задней стѣнкѣ матки, соотвѣтственно этому будутъ лежать и яичники, то позади, то впереди опухоли; наконецъ, при

---

[1]) Leopold. Archiv. für gynäk. Bd. 38, 1890.

[2]) Schroeder. Die krankheiten der weiblichen geschlechtsorgane, 1890 г. стр. 324.

[3]) Hegar. Die Operat. Gynäk., 1886..

развитіи опухоли въ ту или другую широкую связку, яичникъ можетъ быть распластанъ по опухоли или лежать съ боку ея.

Принимая во вниманіе только что сказанное и руководствуясь этимъ во время операціи, яичники были найдены во всѣхъ нашихъ случаяхъ безъ большаго труда и напрасной траты времени, хотя бы до операціи они не были опредѣлены. Разсмотримъ теперь на основаніи какихъ *показаній* была сдѣлана операція въ нашихъ случаяхъ. Большинство больныхъ, нужно замѣтить, предварительно были подвергаемы различнымъ болѣе безопаснымъ способамъ леченія, какъ амбулаторно, такъ и въ клиникѣ, какъ-то: леченію электричествомъ по методу Apostoli, подкожными впрыскиваніями эрготина, выскабливаніемъ слизистой оболочки матки и различными внутренними кровоостанавливающими средствами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это леченіе давало хорошіе результаты: кровотеченія прекращались, боли проходили, но, къ сожалѣнію, весьма на короткое время, вскорѣ всѣ симптомы возвращались съ новой силой. Убѣдившись въ безплодности такого леченія, больнымъ была предлагаема операція.

Въ 11 случаяхъ (№№ 1, 6, 8, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 29), показаніемъ къ оперативному вмѣшательству служили обильныя маточныя кровотеченія, повторяющіяся черезъ правильные, или неправильные промежутки времени, сильно истощая больныхъ.

Другіе болѣзненные симптомы: боли, тяжесть внизу живота, въ поясницѣ, запоры не особенно безпокоили больныхъ, исключая 4 случаевъ (№ 7, 24, 29, 30); въ № 7, кромѣ громадныхъ потерь крови и упадка силъ, у больной замѣчались сильныя боли, особенно во время мѣсячныхъ, и необыкновенная раздражительность, которыя дѣлали жизнь ея невыносимой.

Въ № 29 кромѣ кровотеченія больная жаловалась на одышку, тяжесть внизу живота, сильныя головныя боли и упорныя констипаціи, наконецъ въ № 30 каждые регулы сопровождались значительными схваткообразными болями. Въ 11 случаяхъ показаніемъ къ операціи служили обильные регулы въ

связи съ другими болѣзненными симптомами. Регулы или приходили чаще или, являясь въ нормальный срокъ, болѣе долгое время продолжались, или оставаясь правильными были очень обильны. Въ № 11 мѣсячныя крови сопровождались сильными головными болями, тошнотой и даже судорогами; въ 3 случаяхъ кромѣ обильныхъ регулъ наблюдались болѣзненныя явленія со стороны мочеваго пузыря, какъ то: въ № 4 и 31 частые и болѣзненные позывы къ мочеиспусканію и въ № 27 задержаніе мочи.

Въ 2 случаяхъ № 13 и 26 измѣненія въ регулахъ не наблюдалось и показаніемъ къ операціи служили постоянныя сильныя боли внизу живота и поясницѣ, затрудненіе мочеиспусканія. Обѣ больныя принадлежали къ рабочему классу и жаловались на то, что за время болѣзни сдѣлались совершенно не способными къ физическому труду; приходится часто бросать работу и ложиться въ постель. Изъ всего вышесказаннаго ясно вытекаетъ, что главнымъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству въ нашихъ случаяхъ служили кровотеченія, выражавшіяся или въ формѣ метроррагій или менорragій; въ 25 на 27 случаевъ или 92%. У Заварыкина [1]) метроррагіи и менорragіи служили причиной оперативнаго вмѣшательства въ 196 случ. на 260, собранныхъ имъ въ литературѣ случаевъ, или въ 75,4%.

Изложивъ такимъ образомъ показанія къ операціи вообще, перейдемъ теперь къ *показаніямъ къ кастраціи при міомахъ*. Операція эта впервые произведенная въ 1876 г. Trenholme'омъ (въ Америкѣ) Hegar'омъ (въ Германіи) и профес. Лебедевымъ въ Россіи 20 января 1885 года, имѣетъ свой строго ограниченый кругъ показаній и условій, благопріятствующихъ успѣху операціи.

Кастрація показана: 1) главнымъ образомъ при всѣхъ кавернозныхъ фиброміомахъ, т. е. такихъ опухоляхъ, увеличеніе которыхъ во время регулъ и уменьшеніе послѣ нихъ констатировано непосредственнымъ измѣреніемъ. При нихъ кастра-

[1]) Заварыкинъ „къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки Diss. 87 г. стр. 75.

ція производится съ успѣхомъ и даетъ около 100% выздоровленія.

2) Затѣмъ, при всѣхъ интерстиціальныхъ фиброміомахъ небольшой величины, не превышающихъ размѣра дѣтской головки (Olshausen, Leopold, Martin, Fritsch, Schröder, Stähelli и другіе) когда эти опухоли не причиняютъ своимъ присутствіемъ сильныхъ болевыхъ и другихъ ощущеній, а вызываютъ только обильныя кровотеченія. Въ эту-же группу входятъ и субсерозныя міомы, если онѣ сидятъ на широкомъ основаніи.

3) Наконецъ кастрація показуется при интралигаментарныхъ и ретроцервикальныхъ міомахъ, если полное удаленіе опухоли сопряжено съ большими техническими трудностями, съ обильной потерей крови, съ большой продолжительностью операціи, со вскрытіемъ полости матки. Это особенно относится къ тѣмъ случаямъ, гдѣ больныя, благодаря кровотеченіямъ сильно истощены и малокровны, гдѣ не только потери крови при операціи, но даже и продолжительное хлороформированіе можетъ вести къ дурнымъ послѣдствіямъ.

Непремѣннымъ условіемъ успѣха кастраціи,—это производство ея въ болѣе позднемъ возрастѣ, ближе къ 40 годамъ. Раннее оскопленіе даетъ менѣе вѣрные результаты, а болѣе позднее, если уже наступилъ климактерическій періодъ, остается совершенно безъ успѣха, что подтверждается наблюденіями многихъ авторовъ.

Противопоказуется она при 1) субсерозныхъ фиброидахъ сидящихъ на длинной ножкѣ, удаленіе которыхъ представляется столько-же легкимъ и безопаснымъ, какъ простая овaріотомія.

Также не подлежатъ кастраціи и 2) всѣ субмукозныя фиброміомы, удалимыя черезъ влагалище. 3) Затѣмъ противопоказаніемъ къ кастраціи служатъ такъ называемыя фиброцистозныя лимфангіектатическія опухоли и, наконецъ, гдѣ яичники, скрытые въ массѣ ложныхъ перепонокъ, представляютъ большія трудности для удаленія ихъ. *Приготовленія къ операціи* ни чѣмъ существеннымъ не отличаются отъ приготовленій вообще къ чревосѣченію. Положеніе больной при

операціи или обычное на спинѣ съ вытянутыми нижними конечностями или съ приподнятымъ тазомъ такъ называемое, Trendelenburg'овское положеніе.

Это послѣднее въ значительной степени облегчаетъ отыскиваніе и перевязку яичниковъ при глубокомъ ихъ положеніи въ тазу. Во влагалище вводился въ нѣкоторыхъ случаяхъ кольпейринтеръ и послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота, брюшная полость вскрывалась по бѣлой линіи. Если первоначальный разрѣзъ оказывался не достаточнымъ и отыскиваніе, извлеченіе и перевязка яичника была крайне затруднительна, въ силу малой величины брюшной раны, разрѣзъ увеличивался вверхъ и внизъ и благодаря этому ни разу не пришлось дѣлать боковыхъ разрѣзовъ въ сторону отъ бѣлой линіи къ мѣстоположенію яичника, какъ это практикуется Hegar'омъ и сдѣлалъ Шредеръ въ одномъ случаѣ удаленія яичника, тѣсно прилегавшаго къ опухоли. Мы рекомендуемъ на основаніи нашихъ наблюденій не стѣсняться величиной разрѣза, лучше сдѣлать его больше и свободно подойти къ яичнику, чѣмъ, ограничивая себя малымъ разрѣзомъ, копаться въ темнотѣ и отдѣлять яичникъ безъ контроля зрѣнія.

Величина разрѣза у насъ колебалась отъ 10 ctm. длиной (1 разъ) до 21 ctm. (2 раза).

Величина разрѣза.	Число случ.
12 ctm.	3
14 „	6
15 „	3
16 „	3
17 „	3
18 „	2
19 „	3
20 „	2

По вскрытіи брюшной полости, брюшина захватывалась Pean'пинцетами, на брюшныя стѣнки накладывались 2—4 провизорныхъ лигатуры для расширенія брюшной раны и въ полость брюшины для устраненія кишекъ изъ поля операціи,

вводились 1 или 2 дезинфецированныя губки. Сама по себѣ техника операціи не представляла большихъ затрудненій, если яичники лежали поверхностно и не были срощены съ прилежащими частями обширными ложными перепонками. Тогда операторъ вводилъ въ брюшную полость два пальца: указательный и средній, или всю руку, придерживаясь ладонной поверхностью передней брюшной стѣнки, а тыльной оттѣсняя кишки и сальникъ въ сторону,—послѣдовательно доходилъ до передней поверхности и дна матки; отсюда направляясь по той или другой фаллопіевой трубѣ,—отыскивалъ яичникъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстоположеніе яичниковъ было опредѣлено до операціи, операторъ прямо направлялъ туда свое вниманіе; въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ яснаго представленія о положеніи яичниковъ до операціи не было, руководствовались при отыскиваніи ихъ, отношеніемъ опухоли къ маткѣ, о чемъ я уже сказалъ выше. Яичники, захваченные рукой или щипцами Musée, извлекались наружу, у ихъ основанія черезъ lig. ovarii проводилась двойная шелковая лигатура, тупой иглой такимъ образомъ, что вся связка раздѣлялась на два пучка и перевязывалась; кромѣ этого кругомъ всей культи накладывалась еще одна общая лигатура. Въ случаяхъ же срощенія яичника съ фаллопіевой трубой или патологическаго измѣненія этой послѣдней, вмѣстѣ съ яичникомъ удалялась или вся труба или абдоминальный конецъ ея. При этомъ нужно обращать особенное вниманіе на то, чтобы лигатуры были крѣпко затянуты, такъ какъ вмѣстѣ съ трубой перевязываются крупные сосуды, изъ которыхъ въ случаѣ ослабленія или соскальзыванія лигатуръ, можетъ открыться сильное и опасное для жизни больной кровотеченіе.

Техника операціи въ значительной степени была затруднена въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичникъ лежалъ или глубоко за опухолью, или имѣлъ слишкомъ короткую и неподатливую связку, или былъ соединенъ съ окружающими частями очень плотными срощеніями. Въ такихъ случаяхъ поступали слѣдующимъ образомъ: при глубокомъ положеніи его позади опухоли эту послѣднюю наклоняли въ противоположную сторону или поворачивали вокругъ продольной оси, приподнимали вверхъ и такими пріемами облегчали себѣ доступъ къ придаткамъ матки. Въ случаяхъ короткости связки яичникъ перевязывался и удалялся на мѣстѣ и даже разъ въ № 12 въ силу этого обстоятельства пришлось оставить яичникъ не удаленнымъ, ибо лежалъ онъ глубоко въ полости таза и имѣлъ короткую ножку; въ этомъ случаѣ, для нарушенія питанія его, были перевязаны идущіе къ нему сосуды.

Въ 15 случаяхъ были удалены оба яичка безъ фаллопіевыхъ трубъ; въ 7 случаяхъ яичники были удалены съ частями (абдоминальнымъ концемъ) фаллопіевыхъ трубъ; въ 3 случаяхъ кромѣ яичниковъ экстирпированы и самыя трубы цѣликомъ по поводу ихъ заболѣванія; въ одномъ случаѣ удалена съ яичниками только лѣвая труба и, наконецъ, въ одномъ удаленъ только лѣвый яичникъ, другой оставленъ на мѣстѣ (№ 12). Яичники отрѣзывались ножницами и культи опускались въ брюшную полость. Брюшная рана была закрываема узловатыми шелковыми глубокими швами, захватывающими всю толщу брюшной стѣнки до peritoneum включительно и промежуточными поверхностными. Брюшная рана присыпалась іодоформомъ, іодоломъ или дерматоломъ и перевязывалась обычнымъ способомъ.

Продолжительность операціи была самое большее 70 минутъ и самое меньшее 20, въ среднемъ отъ начала разрѣза до наложенія повязки включительно равнялась 40 минутамъ.

Послѣопераціонный періодъ въ 17 случаяхъ протекалъ гладко, при нормальной температурѣ и пульсѣ, безъ особыхъ осложненій. Въ слѣдующихъ случаяхъ больныя лихорадили отъ одного до нѣсколькихъ дней. № 4 на 30 день послѣ операціи у больной вдругъ сдѣлался знобъ, температура поднялась до 40°, на другой день понизилась до нормы и затѣмъ такимъ образомъ колебалась нѣсколько дней, на 4 день появился Herpes labialis, а спустя 7 дней температура пришла къ нормѣ; въ № 7 на 13 день температура поднялась до 38,5° и была таковой въ продолженіи 4 дней, на мѣстѣ 2 кишныхъ швовъ нагноеніе, а вокругъ свѣжаго рубца воспали-

тельная инфильтрація; въ № 16 въ первые десять дней температура держалась на лихорадочныхъ цифрахъ (38,0—38,3), это объяснилась по снятіи повязки небольшимъ абсцессомъ въ нижнемъ углу раны; въ № 19 температура лихорадочная, начиная съ 19 дня. Кривая съ рѣзкими утренними паденіями, общее состояніе больной хорошее, со стороны половой сферы и внутреннихъ органовъ указаній на повышеніе температуры не найдено.

Въ № 21 наивысшая температура 38,6° наблюдалась на 2—4 день послѣ операціи; въ № 25 кривая температуры съ рѣзкими утренними паденіями (вечеромъ 39°,—утромъ 36,9°) pneumonia chronica et parametritis dextra.

Въ № 30 съ 10 дня послѣ операціи больная начала лихорадить, температура утромъ 37°,—37,5°—вечеромъ 38°, такъ продолжалось до самой выписки больной изъ клиники. Кромѣ рѣзко выраженнаго малокровія ничего не найдено. Въ № 31 больная лихорадила въ продолженіи 12 дней; при снятіи швовъ оказалось, что рана на большомъ протяженіи отъ пупка внизъ къ лонному соединенію разошлось, въ краяхъ раны нагноеніе.

Рана обмыта, края ея снова окровавлены и наложены швы—выздоровленіе гладкое. Это расхожденіе брюшной раны, по всей вѣроятности, произошло отъ сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе метеоризма и менструальнаго набуханія опухоли, частой повторной рвоты и кашля, на который жаловалась больная еще до операціи.

Продолжительность послѣопераціоннаго періода въ среднемъ была 30 дней. Въ одномъ только случаѣ № 19 послѣопераціонный періодъ былъ 106 дней. Снятіе швовъ обыкновенно происходило на 10 или 11 день послѣ операціи.

Результаты кастрацій въ нашихъ случаяхъ получились довольно хорошіе, кровотеченія прекратились въ очень многихъ случаяхъ и наступила менопауза.

Но у однихъ больныхъ менопауза наступала сразу послѣ кастраціи, а у другихъ-же въ продолженіи нѣкотораго времени наблюдались еще повторныя кровотеченія. Уменьшеніе

опухоли мы могли констатировать въ 18 случаяхъ въ болѣе или менѣе рѣзкой степени. Объ уменьшеніи опухоли судили или по измѣреніямъ длины и ширины опухоли, до и послѣ операціи, или-же по длинѣ полости матки, измѣренной также до и послѣ операціи.

Для большей наглядности мы представимъ это уменьшеніе опухоли послѣ операціи въ слѣдующей таблицѣ:

№№ случаевъ по порядку.	До операціи.			Послѣ операціи.		
	Длина опухоли.	Ширина опухоли.	Длина полости матки.	Длина опухоли.	Ширина опухоли.	Длина полости матки.
1	16 1/2	18	15 1/2	7	7	9 1/2
5	9	—	12	8	—	9
6	10	9	11 1/2	9	8	9
7	—	—	12	—	—	10
12	8	—	—	7	—	—
13	—	—	11 1/2	—	—	8 1/2
18	—	—	10	—	—	8
21	14	17 1/2	—	12	13	—
22	—	—	13	—	—	9,5
25	19	20	—	11	11	—
26	—	—	15	—	—	12
27	17	26	—	13	19	—
30	—	—	12	—	—	8 ctm.[1])

Въ № 1 fibromyoma uteri interst. cavernosum, величиной съ голову взрослаго человѣка, черезъ годъ послѣ операціи совершенно пропала и на мѣстѣ ея въ лѣвомъ сводѣ прошупывалась только незначительное затвердѣніе [2])

Въ двухъ случаяхъ множественной фиброміомы: въ № 5 наблюдалось полное, а въ № 7 почти полное исчезновеніе побочныхъ узловъ опухоли, кромѣ уменьшенія главной массы ея.

---

[1]) Размѣры эти въ большей части случаевъ взяты тотчасъ при выпискѣ больной изъ клиники.

[2]) Гольденбергъ. Протоколы засѣданій общества русскихъ врачей 9 Января 1886 г.

Въ № 27 fibromyoma uteri retrocervicale съ голову взрослаго человѣка въ три мѣсяца уменьшилась до размѣровъ кулака[1]).

Изъ 13 случаевъ приведенныхъ въ таблицѣ, въ 6 случаяхъ опухоли были несомнѣнно кавернознаго характера. Такимъ образомъ изъ 7 оперированныхъ кавернозныхъ опухолей мы почти во всѣхъ получили хорошій эфектъ. Величина опухоли до операціи въ 13 случаяхъ была слѣдующая:

2 раза въ куриное яйцо·
2 раза въ кулакъ. ·
1 разъ въ голову 7 мѣсячнаго плода.
3 раза съ дѣтскую голову.
5 раза въ голову взрослаго человѣка.

По положенію своему опухоли были:

Изъ передней стѣнки и праваго угла матки . .	1
„ „ „ „ дна матки.	2
„ передней „ „	1
„ задней „ матки.	3
Заднешеечныхъ	2
Изъ лѣвой стѣнки	
Множественныхъ опухолей.	3

Возрастъ больныхъ былъ:

1 разъ	25
1 разъ	29
5 разъ	отъ 34 до 40
6 разъ	отъ 40 до 44 включительно.

Изъ 18 случаевъ, кромѣ только что приведенныхъ 13 въ 5 случаяхъ мы видѣли не рѣзкое уменьшеніе опухоли, но болевые и другіе припадки вполнѣ прекратились. Изъ послѣднихъ 5-ти опухолей величина ихъ 3 раза была небольшая, а въ другихъ двухъ она была больше средней величины. Наконецъ въ 8 случаяхъ опухоли совершенно остались

[1]) Новицкій. „Къ вопросу о кострации при retrocervicai'ныхъ фибромiомахъ“ 1891 г.

безъ измѣненія, хотя болевыя припадки у нѣкоторыхъ больныхъ значительно ослабѣли, такъ напримѣръ въ № 4 уменьшились мучительные позывы на мочеиспусканіе.

Возрастъ больныхъ колебался отъ 27 до 39 лѣтъ — 7 разъ
40 — 1 разъ
44 — 1 разъ

Въ № 29 отъ кастраціи не получили никакого успѣха т. е. не только опухоль не уменьшилась, но и кровотеченія не прекратились, хотя послѣ операціи прошло уже больше года. Чему приписать это продолженіе менструацій въ данномъ случаѣ, мы сказать не можемъ. Въ подобныхъ случаяхъ продолженіе менструаціи ставятъ въ зависимость или отъ оставленія яичниковой ткани въ культѣ (Hegar и друг.), или отъ существованія 3 яичника (Beigel, [1]) или отъ развитія Keimepitel на другихъ мѣстахъ связки (Wiedow [2]) или отъ раздраженія концевъ нервовъ въ рубцѣ культи (Hegar [3]) или наконецъ отъ оставленія Фаллопіевыхъ трубъ, удаленію которыхъ Lawson—Tait [4]) приписываетъ даже первенствующее значеніе.

Первое объясненіе въ нашемъ случаѣ не примѣнимо, такъ какъ до яичниковъ было достигнуть легко и они удалены вполнѣ; второе-же едвали имѣетъ за собой прочную почву, и за это говорятъ какъ наши наблюденія, такъ и наблюденія Fehling, Pernice, Tauffer, Nussbaum, и друг., гдѣ были удалены одни только яичники тѣмъ не менѣе менопауза наступала.

Посмотримъ теперь какой процентъ смертности даетъ кастрація при фибромiомахъ:

	Число кастрацій:	Число случ. смерти.	% смертности.
Hegar [5])	132	16	12%

[1]) Reigel. Obstetr. journ. of great. Brit. 1877-аго года. Цит. по Заварыкину.)
[2]) Viedow. Zur castration bei uterus—fibrom (Centralblat fur gyn. 1882 г).
[3]) Hegar. Centralblatt fur gynäk 1879 г. № 22 (Цит. по Заварыкину. Дис.
[4]) Lowson—Tait (The Brit. med. journal 1883 г.
[5]) Hegar. Archiv für gynäk. Bd. 38 1890 г. (Цит. по Leopold'y).

	Число кастрацій:		Число случ. смерти.	% смертности.
Law. Tait [1])	245	1-й тысячи.	17	7%
	148	2-й тысячи.	3	2,03
Leopold [2])	35		4	11,5%
Olshausen [3])	28		6	21,4%
Schröeder [4])	4		1	25%
Hofmeier [5])	11		3	27%
P. Muller [6])	21		1	4.7%
Martin [7])	7		1	14%
Tauffer [8])	17		0	0
Fritsch [9])	11		2	18%
Paul Wehmer [10]) . . .	10		1	10%
Thom. Savage [11]) . . .	25		0	0
Рейнъ [12])	3		2	
Stähelli [13])	16		4	25%
Richelôt [14])	15		0	0
Феноменовъ [15])	6		1	
Fehling [16])	10		1	10%
Лебедевъ	31		0	0

Изъ этой таблицы мы видимъ, что на 774 кастраціи при міомахъ 63 смертныхъ исхода или 8,1% у отдѣльныхъ же операторовъ % этотъ гораздо меньше, такъ у L. Tait'a на 148 всего 2,03%. Въ виду такой небольшой смертности при кастраціяхъ сравнительно съ міомотоміей, какъ напримѣръ у того же L. Tait'a на 88 гистеректомій 10 смертей или 11,3%, т. е. въ 5 разъ больше, чѣмъ при кастраціи, эту послѣднюю можно рекомендовать съ большимъ успѣхомъ, при всѣхъ тѣхъ показаніяхъ къ ней, о которыхъ я сказалъ выше.

---

[1]) Law. Tait. Brit. med. journal 1887 года.
[2]) Leopold. Archiv für gynäk. Bd. 38.
[3]) Olshausen. Zeitschrift für geb. und. gyn. Bd. XX., 1890 г.
[4]) Schröeder. Цит. по Leopold'y.
[5]) Hofmeier. Очеркъ основъ гинекологическ. операцій. Перев. д-ра Рунге. 1893 г. стр. 438.
[6]) P. Mullet. Jbid.
[7]) Martin. Zeitschrift. für geb. und gynäk. Bd. XX. 1890 г.
[8]) Taufer. Цит. по Hofmeir'y.
[9]) Fritsch. Centralblatt für gyn. 1890 г.
[10]) Paul Wehmer. Zeitschrifi für geb. und gynäk. Bd. XIV 1888 г.
[11]) Thom Savage. Цит. по Hofmeir'y. (Очеркъ основъ гинекологическ. операцій. Перев. д-ра Рунге 1893 г.
[12]) Рейнъ. Протоколы засѣданій Кіевскаго-Акушерск. общ. въ Кіевѣ т. V выпускъ X, 1892 г.
[13]) Stähelli. Zür castration bei fibriomyom. uteri (Correspondenz Blatt. für Schweizer Aerzte XIX 1889 т.).
[14]) Richelôt. An. de gynäkolog. 1891 г.
[15]) Феноменовъ. „Врачъ“ 1890 г.
[16]) Feling. Archiv für gynäk. Bd. 22.

4 раза, какъ я уже сказалъ въ началѣ этой главы, кастрація произведена по поводу другихъ заболѣваній. Случаи эти входятъ въ общую таблицу кастрацій и расположены подъ №№ 2, 9, 10 и 15, протоколы ихъ помѣщены также въ отдѣлѣ кастрацій. №№ 2 и 15 описаны женщиной-врачемъ Фелимоновой въ Врачѣ 1890 г. № 34 и относятся къ кастраціямъ при неврозахъ. Въ № 2 мы имѣли дѣло съ Hystero-epilepsia et oophoritis duplex, въ № 15 Hysteria et perio-oophoritis duplex. Въ № 2 больная хвораетъ уже съ дѣтства, въ № 15 продолжительность болѣзни равна 7 годамъ.

Жалобы больной въ № 2 на угнетенное состояніе духа, плохой сонъ, боли въ лѣвой половинѣ головы, предсердечная тоска, слабость и онѣмѣніе конечностей, большею частью одной, боли въ пахахъ и надъ лобкомъ. Всѣ эти припадки начинались за нѣсколько дней до появленія регулъ и продолжались въ первый день мѣсячныхъ, причемъ общее нервное разстройство усиливалось, явились боли въ крестцѣ и истерическіе припадки.

При изслѣдованіи этой больной давленіемъ на яичники можно было вызвать истерическіе припадки. Въ № 15 больная жаловалась на обильные регулы, угнетенное состояніе духа, истерическіе припадки, галлюцинаціи и другія явленія разстройства нервной системы, что также какъ и у предыдущей больной совпадало съ менструаціями. Давленіемъ за яичники можно было вызывать судороги.

Въ № 9, Retroversio uteri fixata. Perioophoritis duplex, показаніемъ къ оперативному вмѣшательству служили силь-

ныя мучительныя боли во время регулъ, которыя уже 5 лѣтъ стали являться черезъ неопредѣленные промежутки времени.

Въ № 10, Atresia vaginae congen. Atrofia uteri. Cystoma ovarii sinistri incipiens, показаніемъ къ операціи служили также сильныя боли въ обѣихъ паховыхъ областяхъ, появляющіяся каждый мѣсяцъ при полномъ отсутствіи регулъ, которыхъ нужно замѣтить никогда не было.

Въ № 9 за нѣсколько времени до операціи была сдѣлана подъ хлороформеннымъ наркозомъ redressatio uteri и матка фиксирована въ ея положеніи тампономъ. Вскорѣ послѣ этого появились регулы, которые, несмотря на выпрямленіе матки, сопровождались такими-же мучительными болями, какъ и раньше.

Операція во всѣхъ случаяхъ произведена обычнымъ способомъ, яичники, опредѣленные до операціи, добыты легко, исключая № 9, гдѣ ихъ пришлось освобождать изъ массы ложныхъ перепонокъ.

Яичники удалены, по наложеніи на ихъ ножки двойныхъ шелковыхъ лигатуръ и перевязки ихъ въ два пучка.

Продолжительность операціи была таковая же, какъ и при другихъ кастраціяхъ.

Послѣопераціонный періодъ въ №№ 2, 9, и 15 протекалъ нормально и при нормальной температурѣ, исключая №№ 2 и 9, гдѣ были однократныя повышенія температуры; въ № 2 на 3 день (38,2), а въ № 9 на первый день 38,4. Въ № 10 температура въ продолженіи нѣкотораго времени была лихорадочная, что объяснилось по снятіи швовъ, нагноеніемъ въ нѣкоторыхъ уколахъ съ лѣвой стороны раны.

Вліяніе операціи. Больная № 2 совершенно излечилась отъ всѣхъ своихъ болѣзненныхъ симптомовъ, по истеченіи года послѣ операціи чувствовала себя хорошо. Въ № 9 при выходѣ больной изъ клиники — самочувствіе хорошее, боли въ поясницѣ есть, но менѣе интензивны. Въ № 10 дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна, наконецъ, въ № 15 операція не имѣла успѣха, всѣ болѣзненные припадки возвратились снова.

ТАБЛИЦЫ.

№ № по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознованіе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
1	Е. М. Вдова есаула, уроженка земли войска Донскаго. Замужняя.	44 г.	2 раза	Больна 20 лѣтъ. Послѣдніе 5 л. почти непрерывныя кровотеченія изъ матки. 3 года тому назадъ больная узнала впервые о присутствіи опухоли въ животѣ. Больная брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія, но очень плохаго питанія, чрезвычайно анемична.	15,5 с.	Fybromyoma uteri interstitiale.	Длина 15 с. шир. 14,5 Черезъ 3 мѣсяца пребыванія въ клиникѣ до операціи: длин. $16^1/_2$ шир. 18 с.	Castratio dup. lex. 20 января 1885 г.	15 ctm. 6 глуб. и 11 поверх. шелк. швовъ.	Не было.		50 м.	Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій. 10 апрѣля на 100 день послѣ операціи выписалась изъ клиники.		Уменьшилась. Длина 7 сант. шир. 7 с.	Прекратилось.	id	$9^1/_2$ с.	Почти ровно черезъ годъ д-ръ Гольденбергъ демонстрировалъ ее въ обществѣ русскихъ врачей, причемъ матка доходила только до входа въ тазъ; въ лѣвомъ сводѣ прощупывалось незначительное затвердѣніе. Больная чувствуетъ себя совершенно здоровой.
2	М. Г. С.-Петерб. губ. крестьянка. Замужняя.			Больна съ дѣтства. Хорошаго питанія и тѣлосложенія.		Hystero-epilepsia. Oophoritis duplex.		Castratio duplex. 27 февраля 1885 г.	15 с. 6 глуб. и 7 поверхн. швовъ.	Лѣвый яичникъ имѣлъ очень плотныя сращенія съ окружающими частями.		45 м.	Безъ осложненій. На 30-й день выписалась изъ клиники.	Лѣвый яичникъ имѣлъ въ длину $3^1/_2$, шир. 3 и толщ. 2 с. Паренхима его сплошь сост. изъ полостей разной величины. Правый яичникъ въ длину $3^1/_2$, шир. $2^1/_2$ и толщ. 2 сант.	У л у ч ш е н і е.				

НБ УГМУ

№№ По порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или Замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознованіе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Срощенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: к. опотеченія.	Вліяніе операціи на: другія симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
3	А. Р. жена псаломщика. Уроженка Тверской губ.	35	Не было	Въ теченіи 2-хъ послѣднихъ лѣтъ регулы, хотя появляются черезъ правильные промежутки времени (3 недѣли), но продолжаются дольше чѣмъ раньше: вмѣсто 2—3 дней — 6—7 дней. Блондинка, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія.	21 с.	Fibromyoma uteri interstitiale parietis anterioris multiplex.	Опухоль стоитъ на 1½ пальца выше пупка.	Castratio duplex. 10 марта 1885 г.	20 с. 8 глуб. и 12 поверх. швовъ.			52 м.	Безъ осложненій. На 11-й день сняты швы — первое натяженіе. На 22-й день встала съ постели и на 32-й выписалась изъ клиники.		Не уменьшилась.				Дальнѣйшая судьба неизвѣстна.
4	М. А. Уроженка Витебской губерніи.	34	Род. 1.	8 лѣтъ менструаціи неправильны, приходятъ черезъ 1—2 недѣли. продолжаются по 4—5 дней съ сильными болями въ пояснищѣ и внизу живота; въ послѣднее время присоединились упорные запоры и частые болѣзненные позывы къ мочеиспусканію; съ каждымъ мѣсяцемъ силы больной слабѣютъ; появились продолжительныя головныя боли, приступы сердцебіенія. Брюнетка хорошаго тѣлосложенія, но плохаго питанія анемична.	9 с.	Fibromyoma uteri interst. сидящая въ передней стѣнкѣ шейки и тѣла матки, и отчасти вдающаяся въ ligament. lat.	Величиной съ апельсинъ.	Castratio duplex 15 марта 1886 г.	12 ctm. 10 глуб. шелковыхъ швовъ.	Срощенія сальника съ peritoneum передней брюшной стѣнки. Эти срощенія легко отдѣлены рукой. Лѣвый яичникъ спаенъ съ окружающими частями ложными перепонками.		57 м.	На 3 день послѣ операціи показалась кровь изъ vagin'ы, которая продолжалась до 10-го дня, когда сняты швы — первое натяженіе; на 20-й день встала съ постели, тенезмы со стороны пузыря, какъ будто меньше. 5-го апрѣля у больной вдругъ сдѣлался знобъ и t° поднялась до 40°; на другой день понизилась до нормы; такъ-же колебалась t° еще нѣсколько дней. На 47-й выписалась изъ клиники.		Замѣтнаго уменьшенія нѣтъ.	Кровотеченія не было около мѣсяца.	Тенезмы и боли въ животѣ значительно ослабѣли.		

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или Замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Срощенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
5	А. К. крестьянка Тверской губерніи. Замужняя.	40	Род. I, 20 лѣтъ тому назадъ.	Больна 5 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы. Больная средняго роста, брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.	12 с.	Fibromyoma uteri interst. parietis anterioris multiplex.	Одна опухоль величиной съ дѣтскую голову и нѣсколько другихъ болѣе мелкихъ; высота опухоли надъ лобкомъ. 9 с.	Castratio dupl. 25 октября 1885 г.	18 с. 8 глуб. и 3 поверхн. шва.	Выпаденіе въ рану петель кишекъ.	Правый яичникъ удаленъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концемъ фаллопіевой трубы. Лѣвый безъ трубы удаленъ обычнымъ способомъ.	1 ч. 10 м.	Безъ осложненій. На 10-й день сняты швы, рана зажила per primam intentionem; на 15-й день больная встала съ постели, на 35-й оставила клинику.		Высота опухоли надъ лобкомъ 8 ctm.	Прекратилось.		9 с.	Больная черезъ два мѣсяца явилась въ клинику и имѣла цвѣтущій видъ. Опухоль значительно уменьшилась, а болѣе мелкіе узлы пропали безслѣдно.
6	О. И. жена мѣщанина Новгородской губ.	40 л.	2 раза послѣдній разъ 10 лѣтъ тому назадъ.	Больна 6 лѣтъ, регулы слѣлались болѣе часты и болѣе обильны и сопровождаются болями въ поясницѣ и внизу живота. Брюнетка хорошаго тѣлосложенія, но плохаго питанія, сильно анемична.	11,5 с.	Fibromyoma uteri pariet poster. cavernosum.	Высота опухоли надъ лобкомъ 10 сант.; шир. опухоли 9 с.; величиной съ голову ребенка.	Castratio. dupl. 7 декабря 1886 г.	16 с. 14 шел. глуб. шва.		Оба яичника удалены съ абдоминальными концами Фаллопіевыхъ трубъ.	40 м.	Послѣопераціонный періодъ за исключеніемъ 3-хъ сутокъ, когда t^0 поднималась къ вечеру до 38,2°, протекъ безлихорадочно. Кровотеченія изъ rima pudendi не было. На 10-й день сняты швы; рана зажила—per primam intentionem; на 38-й день выписалась изъ клиники.		Высота опухоли надъ лобкомъ 9 сант.; поперечникъ 8 сант.			9 с.	Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца было получено извѣстіе отъ больной, что кровотеченіе не появлялось совсѣмъ, чувствуетъ себя отлично, только по временамъ бываютъ боли въ животѣ.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другія симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
7	Е. Д. уроженка С.-Петербургской губ. Дѣвица.	42		Больна 7 лѣтъ. Жалуется на обильныя потери крови. Средняго роста плохаго питанія, чрезвычайно блѣдна.	12 ctm.	Fibromyoma uteri interst. parietis posterioris et subserosum multiplex.	Главная опухоль величиной съ головку 7 мѣсячнаго плода; другая гораздо меньше.	Castratio duplex 2 февраля 1887 г.	14 с. 12 шелковыхъ лигатуръ.	Правый яичникъ былъ спаянъ ложными перепонками съ окружающими частями. Какъ только была вскрыта полость peritoneum, вслѣдствіе рвоты у больной разомъ появилось много петель кишекъ; напоръ былъ такъ силенъ, что вправить и удержать не представлялось возможнымъ, а потому кишки покрыты теплымъ марлевымъ компрессомъ, оставлены внѣ полости до конца операціи.	Оба яичника удалены обычнымъ способомъ.	1 ч. 10 м.	На 11 день сняты швы, на мѣстѣ 2 нижнихъ швовъ нагноеніе. На 13-й день t° поднялась до 39,5°. 9 марта въ срокъ, когда должны быть менструаціи появились приступы сердцебіенія, тошноты, открылся поносъ, но кровотеченія не было; 12-го все изчезло. На 39-ый день выписалась изъ клиники здоровой.		Уменьшилась.	Прекратились.		10 с.	Небольшая опухоль, прощупываемая до операціи въ правомъ сводѣ, почти совсѣмъ исчезла.

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или Замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	кровотеченія.	другіе симптомы.	длину полости матки.	Замѣчанія.
8	Е. С. мѣщ. Петербургской губерніи. Замужняя.	27	Рож. 4 раза. Выкидышъ на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ.	5-го декабря 1886 г. впервые появилось обильное кровотеченіе; съ этого времени кровотеченія съ небольшими промежутками тянутся до сего времени. Брюнетка, довольно хорошаго питанія, анемична.	9 с.	Fibromyoma uteri interst. Hydrosalpinx sinistr.	Размѣръ 3-хъ-мѣсячной беременной матки.	Castratio duplex 7 февр. 1887 г.	12 с. 9 шелковыхъ швовъ.	Сращенія сальника съ передней брюшной стѣнкой и праваго яичника съ окружающими частями. Сращенія эти были очень плотны но мало сосудисты.	Правый яичникъ удаленъ вмѣстѣ съ Фаллопіевой трубой по наложеніи двойной лигатуры на ножку.	30 м.	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, за исключеніемъ однократнаго повышенія t^0 до 38,3°. На 10-й день сняты швы рана зажила первымъ натяженіемъ. На 19-й день выписалась изъ клиники.						
9	А. С. дворянка. Уроженка г. Вильно. Незамужняя.	25		Заболѣла 5 лѣтъ тому назадъ, когда, вслѣдствіе простуды, по словамъ больной, у нея прекратились на 2 мѣсяцѣ регулы и появились сильныя боли внизу живота, поясницѣ и бѣли. Съ этого времени регулы являются черезъ неопредѣленные сроки и всегда сопровождаются мучительными болями.		Retroversio uteri fixata et perio ophoritis duplex.		Castratio duplex 9 февр. 1887 г.		Яичники были окутаны ложными перепонками.	Оба яичника удалены обычнымъ способомъ.	45 м.	Безъ осложненій. На 11-й день сняты швы prima intentio. На 40-ой день выписалась изъ клиники.		У л у ч ш е н і е.				

НБУЗМ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на:				Замѣчанія.
															величину опухоли.	Кровотеченія.	другіе симптомы.	длину полости матки.	
10	А. П. крестьянка Тверской губ. Замужняя.	25		Регулъ никогда не было. Была всегда здорова; изрѣдка только появлялись боли внизу живота. Года 4 тому назадъ, эти боли стали усиливаться и съ этихъ поръ являлись ежемѣсячно, продолжаясь каждый разъ дня по 2. Часто, особенно лѣтомъ бываютъ носовыя кровотеченія. Больная средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, довольно анемична.		Atresia vaginae congenita. Cystoma ovarii, sinistri incipiens.		Castratio duplex 4 марта 1887 г.	14 с. 14 швовъ.			40 м.	Послѣопераціонное теченіе сопровождалось легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ. Высшая t° 38,8°. При снятіи швовъ на 10-ый день оказалось нагноеніе въ нѣкоторыхъ уколахъ съ лѣвой стороны раны. На 30-й день выписались изъ клиники.	Правый яичникъ значительно увеличенъ, вслѣдствіе развитія въ немъ полости величиной въ грѣцкій орѣхъ. Лѣвый яичникъ меньшаго объема; поверхность его покрыта старыми рубцами: слѣды лопнувшихъ Граафовыхъ пузырьковъ.					
11	М. П. крестьянка Олонецкой губ. Дѣвица.	38		Больна съ августа 1886 г. Главныя жалобы на неправильные, обильные и продолжительные регулы, опухоль, тошноту во время регулъ и запоры. Блондинка, плохаго питанія, анемична.		Fibromyoma uteri interst. et retroperitoneale.	Въ голову новорожденнаго ребенка.	Castratio duplex 10 октяб. 1887 г.	18 с. 18 швовъ.			60 м.	Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. На 21-й день больная встала; на 34-й выписалась изъ клиники.						При изслѣдованіи при выпискѣ, рѣзкаго уменьшенія опухоли не констатировано.	

№№ По порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или Замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
12	П. И. крестьянка Новгородской губ. Незамужняя.	44	Род. 1 разъ	Больна 19 лѣтъ. Жалобы на кровотеченія. Брюнетка плохаго питанія, очень малокровна.	9½ с.	Fibromyoma uteri multiplex.	Дно опухоли стоитъ на 8 сант. надъ лобкомъ.	Castratio sinistr. 14 окт. 1887 г.	16 с. 12 глубокихъ шелк. швовъ		Лѣвый яичникъ удаленъ безъ труда, правый же оказался позади матки и имѣлъ очень короткую ножку; онъ перевязанъ и оставленъ на мѣстѣ.	50 м.	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. На 21 день больная встала съ постели, а на 30-й день выписалась изъ клиники.	Яичникъ оказался кистовидно-перерожденнымъ; двѣ большія полости были наполнены прозрачнымъ содержимымъ.	Опухоль стоитъ 7 сант. надъ симфизомъ.				Дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна.
13	А. Н. мѣщанка Минской губ. Замужняя.	25	Выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности 2 года тому назадъ.	Больна 2 года. Жалуется на сильныя боли внизу живота справа и затруднительность мочеиспусканія. Брюнетка, хорошаго питанія, малокровна.	11 с.	Fibromyoma uteri multiplex.	Нѣсколько узловъ, величиной съ куриное яйцо.	Castratio duplex. 2-го декабря 1887 г.	Длин. 15 с. 15 шелк. швовъ		Не было.	45 м.	Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. На 40-й день выписалась изъ клиники.		Значительное уменьшеніе величины опухоли.		Исчезли.	8½ с.	Черезъ мѣсяцъ больная явилась въ клинику для осмотра. Были крови, продолжавшіяся недѣлю въ небольшомъ количествѣ; опухоль значительно меньше. Самочувствіе отличное.

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
14	П. Б. Дворянка. Уроженка гор. Риги. Замужняя.	36	Род. 3 Послѣдніе роды 11 лѣтъ тому назадъ.	Больна 6 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы, опухоль и тяжесть внизу живота, запоры, нервное состояніе и потерю аппетита. Брюнетка, умѣреннаго питанія.	10,5 с.	Fibromyoma uteri retro cervicale et hydrosalpinx duplex.	Опухоль стоитъ пальца на 4 ниже пупка.	Castratio et salpingotomia duplex. 27-го февраля 1888 г.	17 сит. 18 шелковыхъ швовъ.	И тотъ, и другой яичникъ были покрыты ложными перепонками.	Яичники удалены вмѣстѣ съ трубами обычнымъ способомъ.	56 м.	Безъ осложненій. На 21-й день больная встала съ постели, а на 31-й день выписалась изъ клиники здоровой.		При изслѣдованіи опухоль осталась въ такомъ же видѣ.				
15	В. Л. Петергургъ. Замужняя.	28		Больна 7 лѣтъ. Жалобы на обильные регулы, сильное нервное разстройство, галлюцинаціи.	7½ с.	Perioophorit. et hysteria.		Castratio duplex. 18 февр. 1888 г.	15 сит.	Лѣв. яичникъ былъ сращенъ съ окружающими частями весьма тонкими ложными перепонками.			Безъ осложненій. На 25-й день выписалась изъ клиники.	Правый яичникъ имѣетъ въ длину 5, въ шир. 2½, въ толщину 2 с.; кистовидно перерожденъ также какъ и лѣв., который имѣетъ въ длину 5½ с., ш. 3, а толщину 2 с.	Безъ	измѣненій.			
16	М. М. Дворянка. Уроженка гор. Петербурга. Дѣвица.	41		Больна 3 года. Жалуется на чрезвычайно обильныя крови во время мѣсячныхъ, боли внизу живота, въ особенности справа, общую слабость и угнетенное состояніе духа. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія и питанія.	10 с.	Fibromyoma uteri interst.	Въ большое куриное яйцо.	Castratio duplex 19 мрт. 1888 г.	14 с. 12 шелковыхъ швовъ.			27 м.	Послѣопераціонное теченіе прошло при небольшихъ лихорадочныхъ движеніяхъ t°. Это объяснилось небольшимъ абсцессомъ, образовавшимся въ нижнемъ углу раны. На 38-й день выписалась изъ клиники.		Опухоль замѣтно уменьшилась въ своемъ объемѣ.				

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣоперационный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	кровотеченія.	другіе симптомы.	длину полости матки.	Замѣчанія.
17	А. Ц. Мѣщанка Петербургск. г. Дѣвица.	31		Больна 10 лѣтъ. Жалуется на кровотеченія. Брюнетка умѣреннаго питанія.	26 с.	Fibromyoma uteri interstitiale.	Высота стоянія надъ лобкомъ 14 сант., шир. 17 сант.	Castratio duplex et salpingotomia duplex., 23-го марта 1888 г.	21 с. 19 шв.			45 м.	Теченіе безлихорадочное. На 28-й день выписалась изъ клиники.	Лѣвый яичникъ вѣсомъ 20 grm. Оба яичника кистовидно перерождены. Фаллопіевы трубы срощены съ съ яичниками, растянуты прозрачной, серозной жидкостью.					
18	А. Р. Крестьянка Новгородской губ. Незамужняя.	36	Род. 1 на 16 году.	Больна 19 лѣтъ. Жалуется на кровотеченія. Брюнетка плохаго питанія, средняго тѣлосложенія, очень малокровна.	10 с.	Fibromyoma uteri interstitiale.	Величиной съ куриное яйцо.	Castratio duplex. 28-го марта 1888 г.	14 с. 11 шелковыхъ швовъ.			35 м.	Послѣоперационное теченіе безъ осложненій. На 22-й день выписалась изъ клиники.		Опухоль меньше.				
19	А. А. Мѣщанка, Петербургской губерніи. Дѣвица.	49		2 года тому назадъ правильныя менструаціи прекратились. Съ апрѣля 88 года страдаетъ сильными кровотеченіями; въ промежуткахъ постоянно идутъ грязно-бурыя отдѣленія, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ. Опухоль замѣтила 8 лѣтъ. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, малокровна.	14 с.	Fibromyoma uteri interst. retroparietale.	Дно опухоли стоитъ на 2 пальца выше пупка.	Castratio duplex. 15-го октября 1888 г.	14 с. 16 шелковыхъ швовъ.		Удаленіе яичника обычнымъ способомъ.	25 м.	Послѣоперационный періодъ прошелъ при лихорадочной t°. Кривая съ рѣзкими утренними паденіями. Общее состояніе хорошее. 31-го января, на 108 день послѣ операціи выписалась изъ клиники здоровой.	Оба яичника макроскопическихъ измѣненій не представляютъ. Вѣсъ праваго—5 грм., лѣваго—4 грм.. длина праваго—4 1/2, ширина 3 3/4. толщина 1/2 с., длина лѣваго—3 1/2, ширина 2 с., толщина 1 1/2 с.	Уменьшилась во всѣхъ размѣрахъ.		Прекратились.		

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операц и.	Послѣоперационный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
20	Ю. В. Крестьянка, Ковенской г. Замужняя.	47	2 выкидыша послѣд. 11 лѣтъ тому назадъ.	Больна съ марта 86 года, когда появилось въ первый разъ кровотеченіе. Блондинка, средняго роста и питанія, довольно малокровна.	11½ с.	Fibromyoma uteri interst.	Величиной съ головку новорожденнаго.	Castratio duplex. 9-го ноября 1888 г.	14 с. 12 шелковыхъ швовъ	Оба яичника были покрыты крѣпкими ложными перепонками.	id.	35 м.	Безъ осложненій. На 23-й день выписалась изъ клиники здоровой.	Оба яичника въ атрофическомъ состояніи, безъ видимыхъ макроскопическихъ измѣненій. Вѣсъ 5 грм.; длина 2½, ширина 1/12, толщина 1 с. Вѣсъ лѣваго 4 грм., длина 2½, шир. 1½, толщ. 1 грм.	Опухоль уменьшилась въ объемѣ, подвижная.	Прекратились.			
21	А. П. Мѣщанка Петербургской губерніи. Замужняя.	34	Род. 2; послѣдніе роды 7 лѣтъ тому назадъ.	Больна 7—8 л. Жалуется на обильные и частые регулы, боль въ поясницѣ, внизу живота и подъ ложечкой. По утрамъ иногда бываетъ тошнота, часто лихорадочное состояніе. Больная умѣреннаго питанія, малокровна.	9 с.	Fibromyoma uteri interst.	Высота надъ лобкомъ 14 с. поперечникъ 17,5 с.	Castratio duplex. 25-го января 1888 г.	20 с. 10 шелковыхъ швовъ.		id.	25 м.	Теченіе лихорадочное. На 26-й день выписалась изъ клиники.	Правый яичникъ вѣситъ 11 грм., длина 3,5 с., ширина 2,5 с., толщ. 1,5 с. Поверхность бугристая, покрыта бороздами. Лѣвый яичникъ вѣситъ 9 грм., дл. 4 с., шир. 2,8 с., толщина 1 с.	Уменьшилась. Высота 12 с. ширина 13 ctm.	Прекратились.			
22	М. Г. Мѣщанка Минской губ.	37		Больна 5 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы. Больная шатенка, плохаго питанія.	17,5 с. зондомъ 13 с.	Fibromyoma uteri interstitiale cavernosum.	Опухоль передъ регулами: высота 13 с., поперечн. 15 с., послѣ регулъ 20 и 27 с.	Castratio duplex. 8 февр. 1889 г.	15 с. 11 [illegible]		Оба яичника удалены съ абдоминальными концами Фаллопіевыхъ трубъ.	25 м.	Безъ осложненій. На 33-й день выписалась изъ клиники.	Лѣвый яичникъ вѣситъ 11,5 грм.; длина 4 с. ш. 2,5, тол. 2. Правый яичникъ вѣситъ 10 грм.; длина 3,5 с., шир. 2,2 с., тол. 2 с.	Уменьшилась до величины яблока.	Прекратились.		9½	

НБ ХГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознаваніе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другія симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
23	М. К. Жена купца. Архангельской губ.	44	Род. 3.	Больна 11 лѣтъ. Жалуется на кровотеченія и боли. Больная умереннаго тѣлосложенія и питанія, анемична.	14 с.	Fibromyoma uteri interst. parietis anterioris.	Съ голову взрослаго человѣка.	Castratio duplex. 20-го марта 1884 года.	12 с. 10 швовъ.	Не было.	Id.	25 м.	Небольшое нагноеніе въ уколахъ среднихъ швовъ. На 44-й день выписалась изъ больницы.		Уменьшеніе опухоли на $^1/_3$ своего объема.				
24	С. К. Ярославской губ. Дѣвица.	32		Больна 6 лѣтъ. Жалуется на обильные регулы, опухоль и сильныя боли внизу живота. Больная крайне анемична, слаба.		Fibromyoma uteri interstitiale.	Съ голову взрослаго человѣка.	Castratio duplex. 13-го мая 1889 года.	14 с. 14 швовъ.	Не было.	Id.	30 м.	Безъ осложненій. На 50-й день выписалась изъ больницы, значительно оправившись.		Безъ	измѣненій.			
25	Т. К. Ремесленница. Род. въ Петербургѣ. Дѣвица.	42		Опухоль замѣтила 4 года. Жалуется на боль и тяжесть внизу живота, запоры и учащенное мочеиспусканіе.	15 с. Зондъ идетъ кзади и влѣво.	Fibromyoma uteri interstitiale.	Высота опухоли надъ лобкомъ 19 с., поперечникъ 20 с.	Castratio duplex. 17-го февраля 1890 года.	17 с. 15 глубокихъ швовъ.	При извлеченіи праваго яичника, сроженнаго съ окружающими частями, кистовидная полость вскрыла, и густая, темнаго цвѣта, жидкость излилась въ полость брюшины.	Id.	30 м.	Послѣопераціонный періодъ протекалъ при повышенной 1°. Pneumonia chr. et parametritis dextr. На 58-й день больная выписалась изъ клиники.	Правый яичникъ вѣситъ 11 грм., величиной съ куриное яйцо. На наружномъ концѣ его находится лопнувшая киста. Кромѣ этого, при разрѣзѣ стѣнки, найдено еще 3 кистовидныхъ полости разной величины. Лѣвый кистовидно перерожденный яичникъ вѣситъ 5 грм.				

НБ МГМУ

№№ по порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознованіе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	Вліяніе операціи на: кровотеченія.	Вліяніе операціи на: другіе симптомы.	Вліяніе операціи на: длину полости матки.	Замѣчанія.
26	А. К. Крестьянка. Петербугъ. Замужняя.	38		Опухоль замѣтила 2 года. Жалуется на боли внизу живота. Ростъ опухоли быстрый. Больная хорошаго питанія.	15 с.	Fibromyoma uteri interstitiale fundi uteri et parietis anterioris ejus.	Высота опухоли 21 с., ширина ея 15½ с.	Castratio duplex. 24-го ноября 1890 года.	19 с. 17 глубокихъ швовъ.		Id.	50 м.	Первые 4 дня t° лихорадочная (до 37 — 38,4°). На 21-й день выписалась изъ клиники.		Безъ измѣненій.				
27	П. П. Мѣщанка. С.-Петербургъ. Замужняя.	34	Родъ 1 на 8-мъ мѣсяцѣ беременности 15 лѣтъ тому назадъ.	Больна 8 лѣтъ. Жалуется на обильныя крови, запоры, задержаніе мочи.	9 с.	Fibromyoma uteri retrocervicale.	Высота опухоли 17 сант., поперечникъ 26 сант.	Castratio duplex. 23-го января 1891 года.	19 с. 14 глубокихъ и 6 поверхностныхъ швовъ.	Сращенія съ тазовыми органами.	Id.	44 м.	Безъ осложненій. На 30-й день выписалась изъ клиники здоровой.		Вертикальный размѣръ опухоли 13 с., гориз. 19 с.	Прекратились.			По выпискѣ больная пришла 19 марта въ клинику, причемъ найдена опухоль, величиной небольше кулака.
28	Е. С. Дворянка С.-Петербургъ. Дѣвица.	40		Больна 15 л. Жалуется на обильныя бѣли и крови. Больная плохаго питанія, сильно анемичная.	12 с.	Fibromyoma uteri interst. parietis dextr.	Величиной съ кулакъ.	Castratio duplex. 13 марта 1891 г.	17 с. 12 глубокихъ швовъ.		Id.	32 м.	Безъ осложненій. На 28-й день выписалась здоровой.		Немного уменьшилась.	Прекратились.			

НБ УМУ

№№ По порядку.	Имя, званіе, мѣстожительство. Дѣвица или Замужняя.	Возрастъ.	Количество беременностей и родовъ.	Продолжительность болѣзни и общее состояніе больной до операціи.	Длина полости матки въ сантиметрахъ.	Распознованіе.	Величина опухоли.	Операція и когда сдѣлана.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Сращенія и другія осложненія.	Уходъ за ножкой.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ и продолжительность его.	Описаніе удаленныхъ частей.	Вліяніе операціи на: величину опухоли.	кровотеченія.	другіе симптомы.	длину полости матки.	Замѣчанія.
29	М. Т. Крестьянка. Петербургъ. Замужняя.	39	Род. 1 18 л. тому назадъ.	Больна 15 лѣтъ. Первое кровотеченіе появилось 15 лѣтъ тому назадъ. Жалуется на кровотеченія. Питанія умѣреннаго.	18 с. (буж.), 15 с, (зондомъ).	Fibromyoma uteri interst.	Длина опухоли 17 с., ширина 14 сант.; съ голову взрослаго человѣка.	Castratio duplex. 9 ноября 1891 г.	16 с., 12 глубокихъ швовъ.		Id.	48 м.	Безъ осложненій. На 34-й день выписалась здоровой.						
30	М. М. Мѣщанка. Петербургской губ. Дѣвица.	29		Больной считаетъ себя 4 года. Жалуется на кровотеченія, боли въ животѣ, слабость, головокруженія. Больная умѣреннаго питанія, сильно анемична.	12 с.	Fibromyoma uteri interstitiale.	Величиной въ кулакъ.	Castratio duplex. 29-го февраля 1892 года.	10 с., 11 глубокихъ швовъ.		Id.	20м.	Въ первые дни t° нормальная; начиная съ 10 дня больная по вечерамъ лихорадитъ. На 40-й день выписалась здоровой.	Яичники кистовидно перерождены. Лѣвый больше праваго. На передней поверхности его замѣчается киста съ серознымъ содержимымъ, величиной въ лѣсной орѣхъ. Въ правомъ яичникѣ нѣсколько очень маленькихъ кистъ.	Уменьшеніе.	Прекратились.		8 с.	
31	Н. С. Дворянка. Волынск. г. Дѣвица.	36		Опухоль, величиной съ гусиное яйцо, замѣтила 5-ть лѣтъ тому назадъ. Жалуется на обильные регулы, боли въ поясницѣ и частые позывы на мочеиспусканіе.	23 с.	Fibromyoma uteri interstitiale pariet. anterioris	Равна 9-тимѣсячной беременной маткѣ.	Castratio duplex. 2 апрѣля 1892 г.	19 с., 15 глубокихъ шелк. швовъ.		Id.	23 м.	Теченіе лихорадочное. Разхожденіе раны. Выписалась на 37-й день изъ клиники.		Видимо уменьшилась.	Прекратились.			

НБ ХГМУ

Глава VI

Ventrofixatio uteri.

Пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ или ventrofixatio, Hysteropexia, произведена четыре раза. Два раза она сдѣлана при выпаденіи матки, одинъ разъ при retroversio uteri fixata и одинъ разъ при retroflexio uteri fixata, сопровождаемое perimetritis posterior et perioophoritis duplex.

Въ первыхъ двухъ случаяхъ матка пришита попутно, такъ какъ операція сдѣлана въ обоихъ случаяхъ по другому поводу, такъ въ одномъ изъ нихъ, № 35, описанномъ въ отдѣлѣ salpingo-oophorectom'iй, кромѣ выпаденія матки, найдено заболѣваніе правой трубы и яичника, причинявшее сильныя страданія больной; въ другомъ случаѣ, описанномъ въ отдѣлѣ овaріотомій по № 38, къ оперативному вмѣшательству служило показаніемъ присутствіе кистъ праваго яичника и праваго придатка яичника. Въ послѣднихъ же двухъ чревосѣченіе сдѣлано исключительно для выпрямленія матки и пришиванія ея къ брюшнымъ стѣнкамъ.

Изъ оперированныхъ больныхъ была одна мѣщанка, одна крестьянка и двѣ дворянки. Всѣ были замужнія и рожавшія отъ одного до 6 разъ.

I paraе	1	(№ 1)
III „	2	(№ 2, 4)
VI „	1	(№ 3)

Послѣдніе роды были въ №№ 1 и 3—8 лѣтъ тому назадъ, въ № 2—21 годъ и № 4—10 лѣтъ тому назадъ.

Начало заболѣванія всѣ больныя связывали съ родами, или съ послѣродовымъ періодомъ. Въ № 1 больная родила на 14 году и черезъ мѣсяцъ послѣ родовъ заболѣла; въ № 2 первые признаки настоящаго заболѣванія появились послѣ первыхъ родовъ, которые протекли правильно, но послѣ нихъ она перенесла какое-то пуэрперальное заболѣваніе; въ № 3 послѣ первыхъ, а въ № 4 приблизительно черезъ годъ послѣ третьихъ родовъ больныя стали чувствовать тянущую боль въ животѣ, давленіе на низъ и т. д., въ обоихъ случаяхъ этіологическимъ моментомъ къ выпаденію матки служилъ разрывъ промежности 2 степени.

Больныя менструировали и по возрасту принадлежали:

1	больная	22 лѣтъ	(№ 1)
1	„	36 „	(№ 4)
1	„	42 „	(№ 2)
1	„	45 „	(№ 3)

Жалобы больныхъ. Больная (№ 1) жаловалась на сильныя боли внизу живота, въ области крестца, копчика и постоянные запоры; № 2—боли въ крестцѣ и внизу живота, обильныя бѣли и головныя боли со рвотой; № 3—на выпаденіе матки, тяжесть при ходьбѣ, бѣли и сукровичныя выдѣленія; въ № 4—на выпаденіе матки и боли внизу живота.

Въ №№ 1, 2, 4 ventrofixatio произведена была только послѣ того, какъ убѣдились въ полной безуспѣшности всѣхъ другихъ болѣе безопасныхъ средствъ, предписываемыхъ въ данныхъ случаяхъ.

Больная № 1 въ продолженіи 2 лѣтъ находилась подъ наблюденіемъ въ клиникѣ и, такъ какъ она была изъ достаточнаго класса, то лѣтомъ пользовалась климатическимъ леченіемъ и другими физическими средствами, но все безъ малѣйшаго облегченія, между тѣмъ, какъ боли дѣлались все сильнѣе и сильнѣе; большую часть времени должна была проводить въ постели, нервы разстроились до послѣдней степени,

частые истерическіе припадки, безсонница сильно истощали больную.

Въ № 4 за 5 мѣсяцевъ до чревосѣченія была произведена высокая ампутація шейки матки, colporaphia ant. et colpoperineoraphia для устраненія выпаденія матки, что и было достигнуто, но весьма на короткое время; черезъ 4 мѣсяца больная снова явилась въ клинику съ тѣми-же самыми жалобами, съ которыми она пришла и въ первый разъ. При гинекологическомъ изслѣдованіи было найдено prolapsus uteri et vaginae anterior.

Такимъ образомъ показаніемъ къ операціи въ нашихъ случаяхъ служили: перегибъ матки назадъ въ 2 случаяхъ и въ 2 случаяхъ выпаденіе ея. Кромѣ этого гистеропексія (Хростовскій [1]) предложена еще, 1) при опущеніи здоровыхъ яичниковъ, какъ консервативная, уничтожающая рефлекторныя явленія; 2) при нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ выворота матки, не поддающагося обыкновенному леченію со стороны влагалища, т. е. при невправимомъ выворотѣ матки или при вправимомъ путемъ влагалищнымъ, невозможномъ для удержанія этимъ путемъ, выворотѣ матки; 3) при невправимыхъ формахъ смѣщеній взадъ беременной матки.

При постановкѣ показаній къ операціи слѣдуетъ обращать существенное вниманіе на общественное положеніе больной (Leopold и Sperling). У рабочей женщинѣ, которая обязана своими трудами добывать себѣ средства къ существованію, показанія къ операціи могутъ быть менѣе строги, чѣмъ у женщинъ изъ богатаго класса, которыя имѣютъ и средства и время лечиться.

Относительно самостоятельности этой операціи одни хирурги (Hervick, Рейнъ, Fritsch, Hegar, Pasquali, Stratz) считаютъ ventrofixatio законной, какъ дополнительную при другихъ чревосѣченіяхъ, принимая во вниманіе всю опасность вскрытія брюшной полости. Другіе же считаютъ возможнымъ дѣлать

---

[1]) Хростовскій. Hysteropexia abdom. anterior intraperitoneal. Дисс. 1892 года.

чревосѣченіе, исключительно съ цѣлью ventrofixatio, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ никакіе способы леченія не приносятъ ни малѣйшей пользы, или гдѣ влагалищныя операціи (при выпаденіи матки) не увѣнчались успѣхомъ.

Третьи хирурги считаютъ эту операцію незаконной, такъ какъ одно неправильное положеніе матки, заднее смѣщеніе ея, замѣняется другимъ, искуственно создаваемымъ неправильнымъ положеніемъ. Искуственно создаваемая anteversio матки можетъ мѣшать правильному движенію ея и мочеваго пузыря и вызвать разстройство со стороны послѣдняго, кромѣ того при могущей быть беременности можетъ вызвать болѣзненные симптомы и даже выкидышъ.

Относительно того, что при ventrofixatio, создается другое неправильное положеніе и что мѣсто не беременной матки въ маломъ тазу (Freund, Schücking), а не въ брюшной полости, весьма вѣрно замѣчаетъ Hofmeier (Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій Рунге 1893 г.), что нельзя придавать значенія этому доводу, что матка должна находится не въ полости живота, а въ полости малаго таза, потому что смѣщеніе въ большинствѣ случаевъ позднѣе представляется совершенно не значительнымъ, а кромѣ того это совершенно безразлично, разъ операція достигаетъ своей цѣли и успѣха.

Тягостные симптомы со стороны мочеваго пузыря почти никогда не наблюдаются, или бываютъ, но только временно (Hofmeier).

По Хростовскому на 389 случаевъ гистеропексій при заднихъ смѣщеніяхъ матки, разстройства со стороны мочеваго пузыря отмѣчены только въ 9 случаяхъ. Мы также ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, какъ въ первые часы послѣ операціи, такъ и въ послѣдующіе, не видали явленій со стороны мочеваго пузыря.

Мы думаемъ, что эту операцію должно производить только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ цѣлый рядъ средствъ оставался безъ успѣха, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ раціональная не оперативная терапія можетъ дать весьма хорошіе результаты. Изъ всѣхъ средствъ, примѣняемыхъ для леченія заднихъ смѣщеній матки, подвижныхъ или фиксированныхъ плотными ложными перепонками, главное мѣсто занимаетъ гинекологическій массажъ по способу Brand'a. Мнѣ не разъ приходилось видѣть въ клиникѣ такіе случаи застарѣлыхъ фиксированныхъ retrovers'ій или retroflex'ій матки, гдѣ массажное леченіе достигало блестящихъ результатовъ: матка пріобрѣтала подвижность, такъ что можно было ее свободно редрессировать и удерживать въ этомъ положеніи надлежащимъ пессаріемъ.

Смертность при этой операціи весьма ничтожная, такъ по статистикѣ д-ра Хростовскаго на 176 случаевъ первичной гистеропексіи не отмѣчено ни одного смертнаго случая, а на 213 дополнительной гистеропексіи, при чревосѣченіяхъ по поводу другихъ заболѣваній, 2 смертныхъ случая; въ общемъ на 389—2 смертныхъ случая или 0,51% смертности.

Перейдемъ теперь къ *оперативной техникѣ* въ нашихъ случаяхъ. Всѣ они были оперированы по способу Leopold'a, [1]) но безъ предварительнаго окровавленія серознаго покрова матки. Leopold для болѣе прочнаго сращенія матки съ передней брюшной стѣнкой, слегка соскабливаетъ ножемъ и окровавливаетъ серозную оболочку дна матки въ области уколовъ. *Феноменовъ* [2]) оживленіе производитъ не только со стороны поверхности матки, но также окровавливаетъ то мѣсто передней брюшной стѣнки, гдѣ матка должна прилегать своей поверхностью при ея фиксаціи. Это окровавленіе двухъ поверхностей какъ матки, такъ и брюшины, которыя должны придти въ соприкосновеніе, имѣетъ за собой большое значеніе для того, чтобы получить болѣе прочныя спайки, чѣмъ одно окровавленіе поверхности матки, какъ это дѣлаетъ Leopold. Но въ общемъ, нужно замѣтить, что и безъ этого окровавленія получаются весьма плотныя сращенія матки съ брюшной стѣнкой, какъ то показываютъ какъ наши наблюденія, такъ и наблю-

---

[1]) Leopold. Sammlung Klinischer Vorträge 1889 г. № 333.

[2]) Феноменовъ. 100 чревосѣченій. Врачъ, 1890 года.

денія другихъ авторовъ и экспериментальныя изслѣдованія Dembowski [1]) и Kalterborn'a [2]), которые рядомъ опытовъ надъ животными показали, что склейки получаются одинаковой крѣпости какъ при окровавленіи серозныхъ поверхностей, такъ и безъ окровавленія. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ проводился по бѣлой линіи отъ пупка внизъ къ лонному соединенію, длиной:

въ № 1.	15	с.
„ № 2.	16	„
„ № 3.	16	„
„ № 4.	12	„

Послѣ вскрытія брюшины, на края брюшной раны были накладываемы провизорныя лигатуры и затѣмъ введенной въ полость брюшины рукой обслѣдовались тазовые органы, ихъ состояніе и положеніе. Послѣ этого приступали къ отдѣленію сращеній, фиксировавшихъ матку въ данномъ положеніи. Въ обоихъ случаяхъ (№ 1 и 2) эти сращенія были очень плотныя и отдѣленіе ихъ потребовало много труда и времени.

Послѣ этого матка, захваченная рукой, переведена въ положеніе anteversio и пришита тремя швами къ брюшной стѣнкѣ, причемъ эти швы проводились черезъ всю брюшную стѣнку, отъ peritoneum до кожи включительно, и служили въ свою очередь и для закрытія наружной раны. На маткѣ они располагались такъ, что 1 шовъ захватывалъ дно матки выше мѣста отхожденія фаллопіевыхъ трубъ; 2 шовъ на уровнѣ отхожденія фаллопіевыхъ трубъ; и 3, ниже мѣста отхожденія фаллопіевыхъ трубъ, захватывали переднюю стѣнку матки, проникая черезъ серозный покровъ ея и верхніе слои мышечной ткани. На всю остальную поверхность брюшной раны накладывались обычные шелковые швы, какъ глубокіе, такъ и поверхностные. Для маточныхъ швовъ шелкъ обыкновенно брали нѣсколько толще, чѣмъ для швовъ брюшной раны. При закрытіи брюшной раны, прежде всего завязывались тѣ швы, которые должны были держать матку, а затѣмъ уже остальные швы, какъ глубокіе, такъ и поверхностные.

[1]) Dembowski. Archiw. fur klinische hcrurgie, 1888 года т. XLIII. Цит. по Хростовскому).

[2]) Kalterbom. Centralblaff fur gynäk. 1890 г. № 51 (ibid).

Кромѣ шелковыхъ швовъ въ № 2 брюшина и апоневрозъ прямыхъ мышцъ были соединены отдѣльно непрерывнымъ обвивнымъ кэтгутовымъ швомъ.

Такимъ же образомъ операція произведена и при выпаденіи матки (въ №№ 3 и 4), но въ этихъ случаяхъ матка не была сращена съ прилежащими частями, поэтому и извлеченіе ея не представлялось труднымъ. Въ № 3 черезъ 19 дней послѣ чревосѣченія была сдѣлана для большаго успѣха операціи colpoperineorapliia по Hegar'y.

Рана присыпалась однимъ изъ дезинфецирующихъ порошковъ и накладывалась обычная повязка.

Продолжительность операціи:

въ № 1.	35	м.
„ № 2, 3.	40	„
„ № 4.	25	„

Швы, поддерживавшіе матку, были снимаемы на 15 и 19 день, остальные же швы брюшной раны на 10 день такъ-же какъ и при другихъ чревосѣченіяхъ. Изъ осложненій въ послѣопераціонномъ періодѣ отмѣтимъ слѣдующія: въ № 1, при снятіи брюшныхъ швовъ на 10 день, обнаруженъ абсцессъ на 6 швѣ снизу, который вечеромъ того же дня выдѣлилъ значительное количество гноя. На 19 день сняты маточные швы; въ скоромъ времени послѣ этого на мѣстѣ верхняго маточнаго шва образовался новый абсцессъ, выдѣлившій $^1/_2$ чайной ложки гноя, повлекшій за собой образованіе фистулезнаго хода, соединившагося съ другимъ абсцессомъ на 2 маточномъ швѣ. Температура держалась на лихорадочныхъ цифрахъ. Кромѣ этого больная жаловалась на безсонницу, галлюцинаціи, скоро перешедшія въ психозъ съ буйнымъ бредомъ, съ отказомъ отъ пищи. Приглашенные спеціалисты поставили это въ зависимость отъ упадка питанія и наслѣдственнаго предрасположенія. На 108 день больная выписалась здоровой. Во время пребыванія въ клиникѣ послѣ операціи у нея два раза были регулы, послѣ

3 мѣсячнаго отсутствія ихъ, и душевное разстройство прошло съ наступленіемъ ихъ.

Въ № 3 и 4 температура также нѣкоторое время держалась на лихорадочныхъ цифрахъ, причиною чего служило небольшое нагноеніе въ уколахъ маточныхъ швовъ.

Въ № 2 хотя послѣоперацiонное теченіе было безлихорадочное, но больную задержало надолго въ постелѣ perimetritis sinistr.

Продолжительность пребыванія больныхъ въ клиникѣ послѣ операціи:

въ № 1.	108	дней
„ № 2.	114	„
„ № 3.	60	„
„ № 4.	43	„

Всѣ больныя, исключая № 2, до настоящаго времени находятся подъ наблюденіемъ, чувствуютъ себя отлично, особенно больная № 1, которая до операціи представлялась совершенной страдалицей, большую часть времени проводила въ постели; теперь же она пріобрѣла цвѣтущій видъ и считаетъ себя вполнѣ здоровой. Матка, во всѣхъ случаяхъ, при изслѣдованіи опредѣляется въ anteversio, припаянной къ передней брюшной стѣнкѣ.

На 386 случаевъ, собранныхъ въ литературѣ д-ромъ *Хростовскимъ* [1]), неуспѣхъ гистеропексіи — возобновленіе черезъ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ операціи задняго смѣщенія матки, съ возобновленіемъ функціональныхъ разстройствъ и бѣлей, или съ уменьшеніемъ и даже уничтоженіемъ симптомовъ констатировано въ 30 случаяхъ или въ 7,78%. Въ 356 случаяхъ гистеропексія дала хорошіе результаты въ смыслѣ положенія матки или въ 92,22%.

Изъ 356 случаевъ 201 находились подъ наблюденіемъ отъ нѣсколькихъ недѣль до двухъ мѣсяцевъ; остальныя 155 больныхъ были прослѣжены болѣе долгое время отъ 3 мѣсяцевъ до пяти лѣтъ.

[1]) Хростовскій. (Дис. стр. 59).

ТАБЛИЦЫ

№ по порядку.	Имя, званіе, мѣсто-жительство больной. Дѣвица или замужняя	Возрастъ больной.	Количество беремен-ностей и родовъ.	Продолжительность бо-лѣзни, жалобы и общее состояніе больной до операціи.	Діагнозъ.	Операція.	Сращенія.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ.	Продолжительность операціи.	Послѣопераціонный періодъ, и продолжительность его.	Исходъ.
1	Н. К. Дворянка. Замужняя.	22	Род. 1 р. 8 лѣтъ т. назадъ.	8 лѣтъ. Жалуется на постоянныя боли внизу живота въ области яичниковъ, въ крестцѣ, копчикѣ, упорныя констипаціи и нервное разстройство съ истерическими припадками. Общее состояніе больной удовлетворительное.	Retroflexio uteri fixata, perimetritis posterior et perioophoritis duplex.	Ventrofixatio uteri. 1889 г. 3 декабря. Матка пришита тремя швами къ передней брюшной стѣнкѣ.	Весьма плотныя.	15 сант. 12 глуб. и 2 поверхн. шва.	35 м.	Лихорадочное теченіе. Образованіе свища на мѣстѣ маточныхъ швовъ. Продолжительность 108 дней.	Вполнѣ хорошій.
2	А. З. Крестьянка. Замужняя.	42	Род. 3 р. Послѣдніе роды 21 г. тому назадъ	24 года. Жалуется на боли и тяжесть внизу живота, обильныя бѣли и головныя боли со рвотой. Больная умѣреннаго питанія.	Retroversio uteri fixata.	Ventrofixatio 1889 г. 20 декабря. Способъ операціи тотъ-же.	id.	16 сант. 14 глуб. и 4 поверхн. шва.	40 м.	Безлихорадочное. Продолжительность пребыванія въ клиникѣ 114 дней.	Удовлетворительный.
3	А. С. Крестьянка. Замужняя.	45	Род. 6 р. Послѣдніе роды 8 л. тому назадъ	20 лѣтъ. Жалуется на выпаденіе матки. Больная хорошаго питанія.	Cystoma ovarii et parovarii dextri et prolapsus uteri incompletus.	Ventrofixatio. Ovariotomia, colpoperineorraphia по Hegar'y. 1891 11 декабря.	Безъ сращеній.	16 сант. 14 глуб. и 1 поверхн. шва.	40 м.	Лихорадочное въ продолженіи 4 дней. Небольшее нагноеніе въ уколахъ маточныхъ швовъ. Продолжительность пребыванія больной въ клиникѣ 60 дней.	Вполнѣ хорошій.
4	Ф. Я. Дворянка. Замужняя.	36	Род. 3 р. Послѣдніе роды 10 л. тому назадъ	9 лѣтъ. Жалуется на боли въ правой ногѣ и выпаденіе матки. Общее состоян. хорошее.	Salpyngo-oophoritis dextr. et prolapsus uteri.	Ventrofixatio et salpyngo-oophorectomia dextra. 1892 г. 22 февраля.	id.	12 сант. 12 глуб. швовъ.	25 м.	Лихорадочное; нагноеніе въ трехъ маточныхъ швахъ. На 43 день больная выписалась изъ клиники здоровой.	id.

НБУГМУ

Глава VII.

Случай удаленія смѣщенной селезенки.

Е. Б. поступила въ клинику 8 октября 1891 года. Больная 31 года, Тверской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, по занятію портниха. Первыя менструаціи появились на 14 году и съ этихъ поръ стали повторяться правильно черезъ 4 недѣли по 5 дней. Замужъ вышла на 22 году, рожала 3 раза правильно; послѣдніе роды 7 лѣтъ и 9 мѣсяцевъ т. н. 4 сентября 1891 года былъ выкидышъ 2-хъ мѣцевъ.

6 лѣтъ тому назадъ больная впервые замѣтила въ нижней части живота опухоль, съ появленіемъ которой у больной показались бѣли, боли въ животѣ и поясницѣ. Опухоль ростетъ медленно и сначала была неподвижна, помѣщаясь въ лѣвомъ боку, съ теченіемъ же времени она пріобрѣла свободную подвижность и при перемѣщеніяхъ больной съ одного бока на другой перекатывалась въ брюшной полости. Жалуется больная на опухоль, боли внизу живота и поясницѣ, частые позывы къ мочеиспусканію и бѣли.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Со стороны органовъ пищеваренія, кровообращенія и дыханія по изслѣдованію приглашеннаго терапевта, ничего особенно ненормальнаго не замѣчается.

При ощупываніи живота, въ полости его найдена весьма

плотная опухоль величиной съ голову ребенка; поверхность ея слегка бугристая, неровная, съ отдѣльными выступами. Подвижность ея полная справа на лѣво, немного ограничена сверху внизъ.

При бимануальномъ изслѣдованіи: Port. vaginal. нормальнаго объема и консистенціи, обращена впередъ и влѣво, тѣло же матки направлено взадъ и влѣво. Длина полости ея 7 сант. Черезъ передній сводъ опредѣляется нижній сегментъ опухоли, который выполняетъ собою и правый сводъ. Связи опухоли съ маткой констатировать не удается: при всѣхъ движеніяхъ опухоли, матка сохраняетъ свое положеніе и не отвѣчаетъ движеніямъ опухоли. Придатки матки той и другой стороны опредѣлены на своихъ мѣстахъ. Изслѣдованіе по Hegar'у подтвердило данныя, полученныя при бимануальномъ изслѣдованіи т. е. что опухоль дѣйствительно не имѣетъ обсолютно никакой связи съ маткой и ея придатками и опредѣляется только широкій тяжъ, отходящій отъ опухоли вверхъ и влѣво.

На основаніи такихъ данныхъ нельзя было поставить точнаго діагноза, но можно было съ увѣренностью сказать, что tumor не принадлежитъ половымъ органамъ.

6 ноября 1891 года была сдѣлана Laparotomia. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по l. alba длиной въ 20 сант.

По вскрытіи брюшной полости произведено изслѣдованіе рукой черезъ брюшную рану. Опухоль помѣщалась въ тазу и была срощена ложными перепонками съ сальникомъ и кишками. По отдѣленіи сроценій опухоль выведена наружу, при чемъ оказалось, что это есть ничто иное, какъ увеличенная селезенка, растянувшая свои связки и спустившаяся въ полость малаго таза. Такъ какъ при ближайшемъ осмотрѣ ея она представлялась мѣстами омертвѣвшей, мѣстами перерожденной, потерявшей, повидимому, уже свою функцію и такъ какъ своимъ положеніемъ и величиной вызывала боли и мучительные частые позывы на мочеиспусканіе, было рѣшено удалить ее. Связка селезенки представлялась сильно вытянутой и являлась на подобіе ножки опухоли; поэтому, какъ

и при опухоляхъ половой сферы, имѣющихъ ножку, она перевязана 3 двойными лигатурами и поверхъ лигатуръ опухоль срѣзана, а ножка опущена въ брюшную полось. Брюшная рана зашита 18 шелковыми узловатыми глубокими швами и наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 29 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. T°. въ первое время держалась, на нормальныхъ цифрахъ, въ послѣдующіе же дни стала давать лихорадочныя повышенія. Это повышеніе температуры стояло въ зависимости отъ образованія абсцессовъ въ брюшной ранѣ. Сначала вскрылся нарывъ на 4 нижнемъ швѣ, вскорѣ же къ нему присоединился другой на 2 шва выше. Оба абсцесса соединились между собой свищевымъ ходомъ, изъ котораго долгое время выдѣлялся гной и наконецъ, черезъ него вышла часть омертвѣвшей культи вмѣстѣ съ шелковыми лигатурами. Больная выписалась изъ клиники въ хорошемъ состояніи и для леченія свища приходила на амбуляторію.

Описаніе препарата. Опухоль темно-синяго цвѣта, мѣстами коричневаго, мѣстами желтоватаго. Вѣсъ ея 495 grm., длина 18 сант., ширина 11 сант., высота на самомъ толстомъ мѣстѣ 5,5 сант. на самомъ тонкомъ мѣстѣ 2,5 сант. При разрѣзѣ селезенки въ ея паренхимѣ найдено нѣсколько старыхъ перерожденныхъ инфарктовъ и одинъ свѣжій. Съ поверхности разрѣза не удается соскоблить ни капли жидкости.

Только что описанный случай представляетъ большой интересъ для діагностики опухоли брюшной полости. Какъ видно изъ описанія этого случая селезенка помѣщалась въ тазу и симулировала собою опухоль тазовыхъ органовъ. Изслѣдованіе по Hegar'у, оказывающее столь часто громадныя услуги въ дѣлѣ распознаванія новообразованій придатковъ и матки, и въ данномъ случаѣ дало желаемые результаты и можно было съ положительностью сказать до операціи, что опухоль не имѣетъ отношенія къ половой сферѣ [1]).

[1]) Случай этотъ будетъ подробно разобранъ въ диссертаціи д-ра Кедрова.

Глава VIII.

Graviditas Extrauterina.

Внѣматочная беременность три раза служила поводомъ къ чревосѣченію. Всѣ случаи входятъ во вторую сотню чревосѣченій, оперированы въ 1891 году. Четвертый случай, или, лучше сказать, первый случай, такъ-какъ онъ входитъ въ первую сотню чревосѣченій, я описывать не буду, ибо онъ уже приведенъ мною при овaріотоміяхъ (№ 9) и преставляется не достаточно убѣдительнымъ для внѣматочной беременности. Въ данномъ случаѣ ни по анамнезу, ни по даннымъ клиническаго изслѣдованія нельзя было сдѣлать предположеніе о внѣматочной беременности и былъ поставленъ діагнозъ многополостной кисты. Послѣ же операціи при микроскопическомъ изслѣдованіи препарата, на одной изъ стѣнокъ большой полости кисты была найдена ткань, напоминающая сильно ткань *дѣтскаго мѣста*, содержимое же полости представлялось рыхлымъ, похожимъ на фибринъ. На стѣнкѣ меньшаго отдѣла опухоли находилась ткань, напоминающая собою ворсинки chorion'a. На основаніи этихъ данныхъ было высказано предположеніе, что не имѣли-ли мы дѣло съ остатками яичниковой беременности.

Изъ трехъ первыхъ случаевъ два (№№ 1 и 3), относились къ доношенной беременности, а третій (№ 2) къ беременности срокомъ около 5 мѣсяцевъ.

Всѣ больныя были крестьянки, замужнія, возрастомъ № 1

—30-ти; № 2,—33-хъ и № 3—32-хъ лѣтъ. Изъ нихъ двѣ рожавшихъ (№ 2 и 3) и одна не рожавшая (№ 1). Обѣ больныя (№№ 2 и 3) рожали по одному разу въ срокъ живыхъ дѣтей; роды правильные и послѣ родовъ не хворали. Въ № 2 роды были 12 лѣтъ тому назадъ, въ № 3 больная впродолженіи 11 лѣтъ безплодна. До настоящаго заболѣванія больныя считали себя здоровыми, чувствовали себя хорошо и не страдали, по ихъ словамъ, никакой женской болѣзнью, такъ что изъ анамнестическихъ данныхъ мы не можемъ указать ни на одинъ фактъ, какъ на причину внѣматочной беременности. Вообще, нужно замѣтить, этіологія внѣматочной беременности представляется по настоящее время довольно темной и высказываются только различными авторами нѣкотораго рода предположенія.

На основаніи 500 случаевъ, собранныхъ въ литературѣ, д-ръ Змигродскій [1]) выставляетъ слѣдующіе этіологическіе моменты для внѣматочной беременности: 1) главной причиной, вызывающей развитіе внѣматочной беременности, считается препятствіе, которое встрѣчаетъ яйцо при прохожденіи своемъ отъ фолликула до полости матки. Препятствіе это зависитъ или отъ органическихъ измѣненій просвѣта трубъ, вслѣдствіе новообразованій, воспаленій и т. д. или отъ временныхъ условій, съуживающихъ просвѣтъ трубъ, какъ напримѣръ опуханія ея слизистой оболочки, даже вслѣдствіе гиперэміи или усиленнаго прогрессивнаго и регриссивнаго ея развитія, совпавшихъ случайно со временемъ зачатія (Veit).

3) Преждевременный быстрый ростъ оплодотвореннаго яйца признается за причину трубной беременности (Hennig, Hun).

4) Смѣщенія матки, вызывающія болѣе или менѣе неправильное положеніе трубъ, напр. при retroflexio и выпаденіи матки (Meadows, Parry, Pallen, Bozeman.)

---

[1]) Змигродскій. Къ ученію о внѣматочной беременности. Дисс. С.-Петербургъ 1886 г.

Но всѣ эти мнѣнія далеко недостаточны для объясненія всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности, говоритъ Змигродскій.

Въ большей части случаевъ внѣматочной беременности предшествуетъ обыкновенно продолжительное безплодіе, что особенно относится къ трубной беременности. Въ нашихъ случаяхъ (№№ 2 и 3) этотъ періодъ безплодія равнялся 11 и 12 годамъ. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить въ № 1 позднее появленіе регулъ—19 лѣтъ, между тѣмъ какъ въ № 2 и 3 они явились въ первый разъ на 15 году.

Въ двухъ случаяхъ №№ 1 и 3 мы находимъ въ анамнезѣ ясныя указанія на возникшую беременность: прекращеніе регулъ и всѣ другіе объективные и субъективные признаки беременности, такъ-что и у самихъ больныхъ не было никакого сомнѣнія, что онѣ беременны и даже въ № 3 роды начались въ нормальный срокъ и были приглашены къ родамъ врачъ и акушерка. Въ № 2 больная явилась съ жалобами на опухоль живота и она не подозрѣвала даже, что беременна. Перерыва въ регулахъ незамѣтила, а внезапно появились вдругъ сильныя схваткообразныя боли и открылось обильное кровотеченіе. Въ продолженіи 7 мѣсяцевъ, до прихода ея въ клинику, страдала по временамъ болями въ животѣ; лѣтомъ 12 августа онѣ были очень сильны, но явились внезапно, животъ послѣ этого ясно увеличился въ объемѣ и остается таковымъ до настоящаго времени. Регулы сначала заболѣванія являются черезъ $1^1/_2$—2 недѣли и продолжаются по 7—8 дней

Въ №№ 1 и 3 наблюдалось, какъ я сказалъ выше, прекращеніе регулъ, какъ и при нормальной беременности, тошнота и рвота, нагрубаніе грудей и отдѣленіе молозива, и обѣ больныя чувствовали ясно движенія плода, по временамъ страдали также сильными болями въ животѣ.

При изслѣдованіи больныхъ, когда онѣ явились въ клинику, было найдено слѣдующее: въ № 1 больная крѣпкаго тѣлосложенія, но плохаго питанія. Груди нѣсколько увеличены и изъ нихъ выжимается непрозрачная бѣловатая жидкость, въ которой подъ микроскопомъ найдены молочныя

тѣльца. Животъ увеличенъ и въ немъ прощупывается опухоль лежащая болѣе въ правой сторонѣ и по своей формѣ напоминаетъ беременную матку. Она неравномѣрной консистенціи, въ верхней части эластической, и въ этомъ мѣстѣ получается ясное зыбленіе, въ нижней же части болѣе плотной и здѣсь прощупывается круглое тѣло весьма плотной консистенціи, напоминающее собою головку плода, съ бороздою въ родѣ шва, и слышится крепитація. Матка въ положеніи antelatero-flexio sinistra, увеличена въ своемъ объемѣ, длина полости ея $10^1/_2$ сант. Яичники не опредѣляются. Опухоль менѣе всего прощупывается черезъ задній сводъ, тѣсно прилежитъ къ маткѣ и двигается вмѣстѣ съ ней.

Въ № 2 больная также плохаго питанія и крайне малокровна; изъ грудей выдавливается молозиво въ обильномъ количествѣ; слизистая оболочка влагалища и влагалищной части разрыхлена и представляетъ явленія застойной гипереміи. Въ полости живота прощупывается упругая опухоль неравномѣрной, мѣстами тѣстоватой консистенціи, выполняетъ всѣ своды, особенно правый и задній, и такъ тѣсно сливается съ тѣломъ матки, что послѣднюю трудно отграничить отъ нея. Матка придвинута впередъ, увеличена, длина ея полости 9 сант.

Въ № 3. Больная средняго тѣлосложенія плохаго питанія. Груди вялы, соски сильно пигментированы и изъ нихъ выдавливается очень малое количество молозива. Слизистая оболочка рукава слегка гиперемирована. Животъ увеличенъ какъ при 7 мѣсячной беременности, въ полости его прощупывается опухоль яйцевидной формы, рѣзко очерченная, помѣщающаяся больше въ правой сторонѣ живота. Опухоль эта подвижна во всѣхъ направленіяхъ и представляется на ощупь неравномѣрной консистенціи, вверху даетъ ощущеніе поверхностнаго зыбленія, въ серединѣ плотна, а внизу слѣва мягка. Въ средней части опухоли, справа, прощупываются плотныя, какъ-бы костныя массы, дающія рукѣ изслѣдователя ощущеніе, какъ бы шва на головкѣ плода, отдѣльныхъ частей опредѣлить не удается. Матка въ Anteversio-flexio

подвижна, безболѣзненна, длина полости 9 сант. При оттягиваніи опухоли кверху, матка замѣтно слѣдуетъ за ней.

Въ № 2 мѣсячное наблюденіе больной въ клиникѣ показало: размѣры опухоли безъ измѣненій, кровянистыя отдѣленія шли почти все время безъ перерыва; больная сильно худѣла и истощалась; температура лихорадочная.

На основаніи анамнеза и данныхъ, полученныхъ при наружномъ и внутренномъ изслѣдованіи, поставлена діагностика. Изъ приведеннаго выше анамнеза больныхъ мы видимъ, что двѣ больныхъ сами говорили, что онѣ беременны, что подтверждало и теченіе ихъ болѣзни. Изслѣдованіе въ томъ и другомъ случаѣ дало съ своей стороны весьма цѣнные факты для распознаванія: во-первыхъ было найдено нагрубаніе грудей, молозиво и застойная гиперемія влагалищной части и рукава—общіе признаки беременности; во-вторыхъ, при ощупываніи опухоли опредѣлялась крупная часть плода и, въ третьихъ, матка ясно опредѣлялась отдѣльно отъ опухоли и была только нѣсколько увеличена. Руководствуясь этими данными въ связи съ анамнезомъ и былъ поставленъ діагнозъ внѣматочной беременности. Въ третьемъ случаѣ (№ 2) поставить вѣрный діагнозъ было гораздо труднѣе, такъ какъ генекологическое изслѣдованіе не давало ничего опредѣленнаго, что бы указывало на присутствіе плода и больная сама совершенно отрицала беременность.

Діагнозъ въ данномъ случаѣ былъ сдѣланъ предположительный, на основаніи: 1) увеличенія грудей, 2) обильнаго количества молозива и 3) застойной гиперемін слизистой оболочки рукава и влагалищной части. Тѣло матки, хотя и не ясно, опредѣлялось отдѣльно отъ опухоли, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ.

На основаніи того, что опухоль тѣсно сливалась съ тѣломъ матки, такъ что послѣднюю трудно было отграничить отъ нея и, смѣщая матку, сдавливала прямую кишку, было предположено, что имѣемъ дѣло со вторичной брюшинной беременностью (graviditas extrauterina abdominalis secundaria). Вообще діагностика внѣматочной беременности часто

можетъ представить весьма большія затрудненія, что особенно относится къ начальному ея періоду.

Въ это время опухоль, будучи небольшой величины, между тѣмъ какъ матка является уже увеличенной, даже сообразно времени беременности при наличности всѣхъ другихъ признаковъ ея, можетъ быть принята за опухоль того или другаго придатка матки, трубы или яичника при одновременномъ существованіи нормальной беременности. Дальнѣйшее наблюденіе и повторное изслѣдованіе больной конечно обнаружатъ ошибочность этого діагноза, такъ какъ съ теченіемъ времени опухоль будетъ очень быстро рости, а матка остановится въ своемъ ростѣ. Такой случай описываетъ Смольскій [1]) изъ своей частной практики, гдѣ онъ въ началѣ беременности опухоль принялъ за воспалительную и только послѣ наблюденія больной и повторнаго изслѣдованія, когда онъ убѣдился въ быстромъ ростѣ опухоли, выросшей въ 5 недѣль отъ величины грецкаго орѣха до двухъ кулаковъ взрослаго человѣка, матка же при этомъ ясно остановилась въ своемъ ростѣ, онъ безъ всякаго сомнѣнія поставилъ діагнозъ трубной беременности.

Онъ же (стр. 24) приводитъ случай Ernst Fraenkel, который въ 8 недѣль беременности констатировалъ опухоль въ голубиное яйцо, къ 14 недѣлямъ достигшей объема 2 кулаковъ.

М. Д. Лебедевъ („Журн. акуш. и женск. болѣзн.“, 1890 г.) въ 9 недѣль—съ куриное яйцо, а въ 12 недѣль—съ гусиное.

Относительно того, на какомъ мѣсяцѣ беременности можно распознать опухоль, сказать трудно, и этотъ вопросъ до сего времени остается спорнымъ, все зависитъ отъ благопріятныхъ условій даннаго случая. Еще труднѣе рѣшить вопросъ по величинѣ опухоли о срокѣ беременности, такъ какъ ростъ ея весьма не одинаковъ. Смольскій дѣлаетъ попытку на основаніи литературныхъ данныхъ установить приблизительный

---

[1]) Смольскій. Къ діагностикѣ и леченію трубной беременности въ первой ея половинѣ. 1890 г., стр. 19.

ростъ опухоли по мѣсяцамъ при трубной беременности: такъ во 2 мѣсяцѣ она равна голубиному яйцу, около 2 мѣсяцевъ—грецкому орѣху, въ 2½ мѣсяца—куриному яйцу, въ 3 мѣсяца—кулаку и въ 4 мѣсяца—двумъ кулакамъ.

Конечно такая схема не всегда можетъ быть вѣрна, говоритъ Смольскій, такъ какъ ростъ опухоли можетъ быть не равномѣренъ и какъ примѣръ этого онъ приводитъ случай M. Dolerys'a (Bull. et. mém. de la société obstet. et gyn. de Paris, 1888 г., № 6).

Для діагностики внѣматочной беременности рекомендуютъ еще введеніе зонда, выскабливаніе и микроскопическое изслѣдованіе слизистой оболочки полости матки.

Осторожное изслѣдованіе зондомъ при подозрѣніи существованія внѣматочной беременности, можетъ принести извѣстную пользу, такъ какъ при помощи его убѣждаются въ томъ, что полость матки пуста. Но къ сожалѣнію этимъ путемъ не всегда удается опредѣлить желаемое, такъ какъ зондъ и при маточной беременности можетъ легко и далеко проникать между стѣнкой матки и плоднымъ пузыремъ, какъ говоритъ Schroeder [1]) и какъ мы видѣли выше въ одномъ изъ нашихъ случаевъ овaріотоміи (№ 28), гдѣ при существованіи нормальной беременности была киста и былъ поставленъ діагнозъ внѣматочной беременности. Выскабливаніе слизистой оболочки далеко не безопасно въ виду возможности разрыва околоплоднаго мѣшка съ его послѣдствіями, хотя микроскопическое изслѣдованіе слизистой оболочки и даетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ цѣнные факты:—присутствіе децидуальныхъ клѣтокъ въ слизистой оболочкѣ матки.

Кромѣ этого для дифференціальной діагностики отъ опухолей придатковъ считаютъ еще ощупываніе, при изслѣдованіи, рѣзкой пульсаціи сосудовъ на опухоли черезъ сводъ влагалища и выхожденіе отпадающей оболочки, хотя, нужно замѣтить, что не во всѣхъ случаяхъ она образуется при внѣ-

[1]) Schroeder. „Учебникъ Акушерства", 1888 г., стр. 388.

маточной беременности и колеблется въ широкихъ размѣрахъ при различныхъ формахъ, чаще всего она наблюдается по Змигродскому [1]) при трубной беременности (55%).

Дифференціальная діагностика между различными родами внѣматочной беременности: брюшной, трубной и яичниковой, можетъ быть сдѣлана только при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ, т. е. при отсутствіи воспалительныхъ явленій, полной подвижности опухоли и при ясномъ опредѣленіи отношенія опухоли къ маткѣ. При рѣзко-же выраженномъ воспаленіи, обильныхъ сращеніяхъ опухоли съ окружающими частями, такой діагнозъ дѣлается безусловно невозможнымъ

На основаніи литературныхъ данныхъ Змигродскій раздѣляетъ внѣматочную беременность на 1) трубную, 2) яичниковую и 3) брюшную, кромѣ того трубную дѣлитъ на собственно трубную, трубно-маточную, трубно-абдоминальную и трубно-яичниковую. Относительно частоты той или другой беременности у Змигродскаго находимъ слѣдующее: на 436 случаевъ внѣматочной беременности встрѣтилась 198 разъ трубная, 120 разъ брюшная и 18 разъ яичниковая. Изъ случаевъ трубной беременности чаще всего встрѣчается беременность собственно трубная, такъ по Hennig [2]) на 122 случая въ 77 яйцо помѣщалось въ средней части трубы, по Лазаревичу изъ 100 случаевъ 77 яйца помѣщались въ средней части трубы.

Изслѣдованіе даже простое, бимануальное, нужно производить весьма осторожно, такъ какъ при изслѣдованіи околоплодный мѣшокъ можетъ лопнуть и вести къ печальнымъ послѣдствіямъ: такіе случаи въ большомъ количествѣ описаны въ литературѣ.

Въ общемъ діагностика по Bandl'ю [3]) должна основываться на данныхъ *комбинированнаго ручнаго изслѣдованія*, въ случаѣ надобности подъ наркозомъ, принимая во вниманіе, кромѣ того, тщательный анамнезъ и симптомы болѣзни.

[1]) Змигродскій. Къ ученію о внѣматочной беременности. Дисс. 1886 г.
[2]) Hennig (цит. по Смольскому, стр. 6).
[3]) Bandl. цит. по Смольскому стр. 54.

Подробности діагноза и симптомовъ при внѣматочной беременности можно найти въ вышеупомянутыхъ работахъ д-ровъ Змигродскаго и Смольскаго.

Леченіе внѣматочной беременности принимается въ настоящее время почти только оперативное—laparotomia: другіе способы какъ то: 1) проколъ мѣшка, 2) впрыскиваніе морфія, 3) электризація, какъ невѣрные, дающіе мало шансовъ на полное выздоровленіе, понемногу оставляются, оперативное же леченіе принимаетъ все болѣе и болѣе широкіе размѣры. И дѣйствительно, если обратить вниманіе на процентъ смертности при оперативномъ леченіи путемъ лапоротоміи и на таковой же процентъ при самопроизвольномъ теченіи, то увидимъ громадную разницу: такъ Schauta [1]) на 241 случай съ самопроизвольнымъ теченіемъ смертельно окончилось 68,8%, изъ 335 же случаевъ, въ которыхъ, въ тотъ или иной періодъ беременности была примѣнена операція, смертью окончились 87 случ. или 26%.

По Змигродскому [2]) трубная беременность даетъ 73% смертности при естественномъ теченіи, брюшная беременность 50% смертности тогда какъ при оперативномъ вмѣшательствѣ 123 случая внѣматочной беременности дали 32 смертельныхъ исхода или 26,5%, т. е. тотъ же процентъ, какой получилъ и Schauta.

Эти цифры, мы думаемъ, достаточно говорятъ въ пользу оперативнаго вмѣшательства.

На основаніи этого, нужно сказать слѣдующее, что если распознана внѣматочная беременность въ началѣ или серединѣ ея, то нужно оперировать немедленно; если же произошелъ разрывъ мѣшка, то, по нашему мнѣнію, слѣдуетъ держаться выжидательной терапіи и приступать къ операціи только при угрожающихъ явленіяхъ, такъ какъ эти разрывы въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ кончаться вполнѣ благопріятно для

[1]) Цит. по Hofmeier'у. Очеркъ основъ гинекологическ. операцій 1893 г. стр. 454.

[2]) Змигродскій. Дис. стр. 238.

жизни больной; хотя нужно замѣтить, что въ настоящее время чревосѣченіе, произведенное при разрывахъ трубной беременности, даетъ также благопріятные результаты [1]).

При доношенной беременности, когда она достигла своего конца и плодъ живъ, слѣдуетъ оперировать, не выжидая смерти плода, для спасенія его жизни. Операція эта совершается теперь съ успѣхомъ и подобные случаи, гдѣ была спасена жизнь ребенка и матери описаны въ литературѣ; случаи эти принадлежатъ: Breisky, Treub'y, Williams'y, 2 случая Olshausen'a, Eastmann, Braun, Fernwald, Рейнъ [2])

Опасность операціи при живомъ плодѣ заключается въ кровотеченіи изъ плацентарныхъ сосудовъ, поэтому, если больная приходитъ съ мертвымъ плодомъ, то лучше ждать нѣкоторое время, если позволяетъ здоровье больной, и не торопиться съ операціей. То время, которое потребно на запустѣніе плацентарныхъ сосудовъ, опредѣлить весьма трудно. Schröeder [3]) совѣтуетъ дѣлать какъ можно позже, спустя нѣсколько недѣль, но срока опредѣленнаго не назначаетъ и говоритъ, что спустя 9 недѣль послѣ смерти плода онъ наблюдалъ весьма сильное кровотеченіе.

Мы въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, а именно въ № 2, при операціи получили такое сильное кровотеченіе при отдѣленіи плаценты, что пришлось ее оставить на мѣстѣ, хотя послѣ смерти плода, нужно предполагать, прошло уже два мѣсяца.

Лапоротомія при внѣматочной беременности совершается или съ полнымъ удаленіемъ околоплоднаго мѣшка—Laparokelyphoectomia (по терминологіи проф. Славянскаго), или безъ удаленія его—Laparokelyphotomia (тоже проф. Славянскаго).

Разрѣзъ дѣлается послойно, почти всегда по бѣлой линіи и только въ случаяхъ нагноенія мѣшка при произвольномъ

[1]) L. tait. The Britisch Gynaecological journal 1887 г. (цит. по реф. ж. акушерск. и ж. б. 1888 г. стр, 229).

[2]) Цит. по Смольскому, стр. 58.

[3]) Schroeder. Учебникъ акушерства русс. перевод. 1888 г. стр. 392.

прободеніи брюшныхъ стѣнокъ разрѣзъ можетъ быть сдѣланъ безъ строгой технической правильности и операція ограничивается расширеніемъ существующихъ произвольныхъ язвенныхъ прободеній (Змигродскій. Дисс. стр. 228).

Въ двухъ нашихъ случаяхъ №№ 1 и 3 сдѣлана laparokelyphoectomia, а въ № 2—laparokeliphotomia.

Брюшная полость вскрыта обычнымъ способомъ послойно по бѣлой линіи, длина разрѣза:

№ 1 . . . . . 20 с.
№ 2 . . . . . 16 с.
№ 3 . . . . . 22 с.

Въ № 1 опухоль удалена вполнѣ по частямъ: сначала по отдѣленіи сращеній съ передней брюшной стѣнкой, кишками и сальникомъ и извлеченіи плода, была срѣзана верхняя часть опухоли, а затѣмъ уже вылущенъ изъ широкой связки нижній остатокъ ея.

На образовавшуюся капсулу наложено 9 двойныхъ шелковыхъ лигатуръ.

Трудность этого случая заключалась въ отдѣленіи сращеній, которыми особенно плотно была соединена съ flexura sigmoidea, и въ вылущеніи мѣшка изъ широкой связки.

Въ № 2 встрѣтились также съ очень плотными какъ паріэтальными, такъ и висцеральными сращеніями. Опухоли цѣликомъ удалить не представлялось возможнымъ. Проколъ мѣшка троакаромъ не далъ ни капли жидкости и въ отверстіи появился лишь сгустокъ темной свернувшейся крови. При расширеніи отверстія такихъ сгустковъ выпущено значительное количество вмѣстѣ съ жидкой кровью, стѣнка же мѣшка была до того рыхла, что рвалась при захватываніи ея щипцами. При попыткахъ отдѣлить дѣтское мѣсто, открылось такое сильное кровотеченіе, что пришлось отказаться отъ мысли удаленія плаценты и для остановки кровотеченія полость мѣшка выполнена 11 тампонами изъ іодоформированной марли, отъ остальной брюшной полости мѣшокъ былъ отдѣленъ марлевымъ компрессомъ, конецъ котораго выведенъ изъ раны. Этотъ

компрессъ представилъ изъ себя какъ бы діафрагму, на которой покоился кишечникъ.

Вся брюшная рана, за исключеніемъ нижняго угла ея, зашита узловатыми шелковыми швами.

Въ № 3 мѣшокъ удаленъ вполнѣ по отдѣленіи сращеній съ сальникомъ. Экстирпація его совершена безъ всякихъ затрудненій, такъ какъ опухоль сидѣла на длинной ножкѣ (правой фаллопіевой трубы), которая и была перерѣзана между двумя лигатурами.

Продолжительность операціи:

въ № 1. . . . . 1 час. 25 м.
„ № 2. . . . . — — 45 „
„ № 3. . . . . — — 30 „

Послѣопераціонный періодъ въ № 1 продолжался 45 дней, теченіе безъ осложненій. Температура, за исключеніемъ первыхъ 4 дней, была нормальная, такое же гладкое теченіе наблюдалось и въ случаѣ 3, безъ малѣйшаго повышенія температуры и другихъ осложненій. Больная выписалась здоровой на 28 день послѣ операціи.

Въ № 2 состояніе больной въ первые три дня послѣ операціи было очень плохое, сильная потеря крови во время операціи въ связи съ предшествовавшимъ истощеніемъ грозила смертью. На 4 день больная стала поправляться. Тампоны были постепенно удалены. Брюшная полость промывалась салициловымъ растворомъ и при помощи пинцета извлекались омертвѣвшіе куски дѣтскаго мѣста. Температура нормальная, за исключеніемъ нѣсколькихъ дней.

На 78 день выписалась изъ клиники, значительно оправившись; рана зарубцевалась, больная пополнѣла и замѣтно окрѣпла.

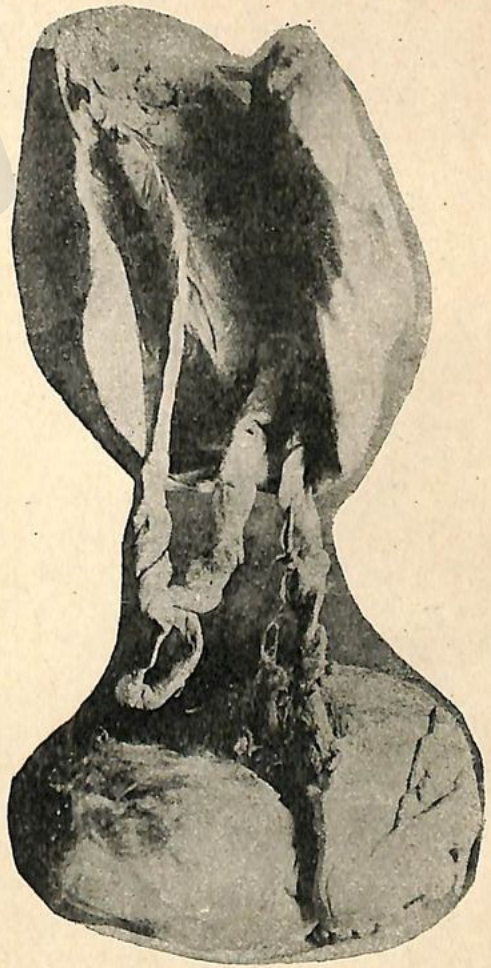
Въ № 1 плодъ былъ женскаго рода и вѣсилъ 3185 grm., въ № 3 плодъ мужскаго рода вѣсомъ 1,285 grm. Плацента какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ представляла явленія обратнаго развитія.

На основаніи данныхъ, полученныхъ при операціи и изслѣдованія препаратовъ, можно сказать, что въ № 1 мы имѣли

дѣло съ беременностью, развившейся въ средней части трубы; въ № 2 со вторичной брюшинной беременностью; въ № 3 съ беременностью трубно-брюшинною. Всѣ случаи, какъ мы видѣли, окончились вполнѣ благопріятно для больныхъ.

На прилагаемомъ рисункѣ № 16, относящемся къ случаю 3, виденъ вскрытый плодный мѣшокъ, мѣсто прикрѣпленія пуповины и подъ нимъ вынутый изъ него плодъ.

Рис. № 16.



НБ ХНМУ

Глава IX.

Кесарскихъ сѣченій произведено шесть: 4 раза при относительномъ показаніи (при относительномъ съуженіи таза) и 2 раза при абсолютномъ показаніи (при обсолютномъ съуженіи таза). Пять случаевъ №№ 1, 2, 3, 4, 5 уже описаны въ литературѣ и подробно разобраны: №№ 1 и 2 д-ромъ *Замшинымъ* въ диссертаціи „къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи“, № 3 доложенъ д-ромъ Чернышевымъ въ засѣданій общества русскихъ врачей въ 1889 г., №№ 4 и 5 описаны докторомъ Новицкимъ въ диссертаціи „Способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ“, поэтому вдаваться въ разборъ этихъ случаевъ не буду, а представлю всѣ случаи въ нижеслѣдующей таблицѣ. 6 случай кесарскаго сѣченія при абсолютномъ съуженіи таза, произведенномъ большой retrocervical'ной фиброміомой, доложенъ мною въ засѣданіи врачей клиники Вилье и описаніе его я приведу здѣсь, протоколы же первыхъ пяти случаевъ помѣщены мной въ приложеніи.

П. К. поступила въ клинику 10 декабря 1891 года. Больная—дворянка, 36 лѣтъ, уроженка Херсонской губ., живетъ постоянно въ г. Ковно.

Первые регулы явились на 16 году, типъ ихъ установился сразу и они стали повторяться правильно черезъ 3 недѣли, продолжаясь по 4—5 дней. Замужъ вышла на 25 году; рожала 4 раза правильно. Всѣ роды срочные, исключая послѣднихъ 4 родовъ, которые были на 7 мѣсяцѣ беременности,

НБ УМУ

$^1/_2$ года тому назадъ. Послѣ первыхъ родовъ было сильное кровотеченіе, обусловленное частичнымъ выворотомъ матки; 2 и 3 роды прошли благополучно; послѣ послѣднихъ родовъ, черезъ 4 недѣли, вдругъ, безъ всякой видимой причины, открылось сильное кровотеченіе изъ половыхъ частей, продолжавшееся около 10 дней. Призванный врачъ при изслѣдованіи нашелъ плотную опухоль, расположенную позади матки въ маломъ тазу. Съ этихъ поръ она стала замѣчать, что регулы сдѣлались обильнѣе, появились боли внизу живота, поясницѣ, крестцѣ, отдающія въ обѣ нижнія конечности, частые запоры, нервное разстройство и проч. жалобы, съ которыми она и поступила въ клинику. Въ маѣ текущаго года (1891) больная отправилась въ Кенигсбергъ и обратилась за совѣтомъ къ профес. Dorn'y. Тотъ осмотрѣвши ее, опредѣлилъ опухоль матки—фиброміому, величиной не болѣе кулака, и посовѣтовалъ полечиться грязевыми и солеными ваннами, что больная тотчасъ же привела въ исполненіе и въ теченіе $1^1/_2$ мѣс. приняла довольно много ваннъ, которыя однако не доставили ей большаго облегченія.

Перваго іюня имѣла послѣдніе регулы и съ этихъ поръ считаетъ себя беременной.

Въ настоящее время чувствуетъ себя какъ и раньше: день хуже, день лучше. Жалуется на сильные запоры. Status praesens. Больная высокаго роста, хорошаго питанія, костная и мышечная системы развиты вполнѣ правильно. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего не нормальнаго не найдено.

Животъ представляется значительно увеличеннымъ, наибольшая окружность его (ниже пупка) 110 ctm., отъ мечевиднаго отростка до лобка 44 ctm.

По бѣлой линіи замѣтна ясно пигментація, околососковые кружки также сильно пигментированы, изъ грудныхъ железъ выдавливается молозиво въ большомъ количествѣ.

При ощупываніи живота находимъ въ полости его двѣ опухоли, ясно отграниченныя между собой бороздою, особенно выраженною въ верхнихъ частяхъ живота. Одна опухоль

мягкой консистенціи, помѣщается больше въ правой половинѣ живота, величиной съ голову взрослаго человѣка. Опухоль болѣзненная при давленіи, мало подвижная и то только въ стороны, своей верхней границей доходитъ почти до l. umbelicalis. Другая опухоль занимаетъ лѣвую сторону живота, болѣе плотной консистенціи, съ гладкой ровной поверхностью, доходитъ почти до самыхъ ложныхъ реберъ, подвижна, вполнѣ безболѣзненна. Эта опухоль оказывается есть ничто иное, какъ беременная матка, и при болѣе глубокой пальпаціи ясно удается опредѣлить крупныя и мелкія части плода, который лежитъ въ первомъ затылочномъ положеніи, причемъ головка стоитъ пальца на 4 надъ лонной дугой, сердцебіеніе выслушивается слѣва на уровнѣ пупка.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей и рукава замѣчается отечность, набухлость и синеватая окраска слизистой оболочки входа и рукава.

Тазъ по своимъ размѣрамъ не отступаетъ отъ нормы; conjugata externa $20^1/_2$ ctm.. Dist. sp. $27^1/_2$ ctm., distant. crist. 31 ctm., dist.transversa (trochant.) 35 ctm. При бимануальномъ изслѣдованіи прежде всего попадаемъ на мягкую, почти флюктуирующую опухоль, которая выполняетъ почти весь входъ въ малый тазъ и глубоко вдается въ его полость, выпячивая задній сводъ и сдавливая въ переднезаднемъ размѣрѣ просвѣтъ рукава. Опухоль эта, повидимому, исходитъ изъ задней поверхности шейки матки и составляетъ одно цѣлое съ опухолью, прощупываемой снаружи. Она совершенно неподвижна, никакими усиліями не удается ее вывести изъ малаго въ полость большаго таза.

Влагалищная часть матки стоитъ очень высоко, достигается съ большимъ трудомъ и совершенно прижата вышеупомянутой опухолью къ лонному соединенію.

Наружный зѣвъ съ глубокими боковыми разрывами; задняя губа сглажена и какъ бы распластана на поверхности опухоли. Зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ, но до предлежащей части дойти не удается.

На основаніи этихъ данныхъ полученныхъ при изслѣдованіи былъ поставленъ:

Діагнозъ. Graviditas на 7 мѣсяцѣ et fibromyoma uteri retrocervicale.

Однако, имѣя въ тоже самое время крайне мягкую и эластическую консистенцію опухоли, было рѣшено сдѣлать діагностическую пункцію черезъ задній сводъ влагалища въ тѣхъ видахъ, чтобы точно опредѣлить, не имѣется ли въ существѣ опухоли кистовидной полости, изъ которой можно было бы выпустить жидкость, уменьшить такимъ образомъ размѣры опухоли и сдѣлать родовой каналъ болѣе свободнымъ для прохожденія плода

19 декабря, послѣ надлежащей дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей и рукава, и по раскрытіи его зеркалами Simps'a, опухоль была глубоко пунктирована троакаромъ, но безрезультатно—жидкости при этомъ не получили ни капли, а по вынутіи троакара изъ мѣста укола показалась кровь въ такомъ обильномъ количествѣ, что для остановки ея пришлось наложить на кровоточащее мѣсто 3 узловатыхъ шва и одну круговую шелковую лигатуру, такъ какъ и изъ мѣста уколовъ иголками кровь сочилась въ обиліи. Рукавъ послѣ этого былъ промытъ 2% растворомъ acidi carbolici и затампонированъ іодоформированной марлей.

Такого рода проколъ убѣдилъ насъ вполнѣ въ вѣрности поставленнаго діагноза и невозможности родовъ черезъ естественные родовые пути.

О вылущеніи опухоли черезъ влагалище и удаленіи ее такимъ путемъ какъ то рекомендуетъ Chroeder [1]), Lomer, Сутугинъ [2]) и друг., нельзя было и думать, благодаря распространенію и размѣрамъ ея.

Произвести искуственные преждевременные роды такъ же не представлялось возможнымъ, ибо плодъ 7 мѣсячный, съ

[1]) Schroeder. Die krankheit der Weiblichen gesceglechtsor. Стр. 323, 1890 года.

[2]) Сутугинъ. „Врачъ“ 1891 г. № 2, стр. 37.

которымъ пришла къ намъ больная, не прошелъ бы черезъ родовой каналъ не уменьшеннымъ. Кромѣ того, производство преждевременныхъ родовъ при настоящихъ условіяхъ связано было съ величайшими трудностями, такъ какъ влагалищная часть матки лежала очень высоко и была едва достижима. Затѣмъ, если бы даже таковые роды и были возможны, то мы избавивши больную отъ беременности, все-таки не устранили бы основной болѣзни ея и для удаленія опухоли пришлось бы произвести чревосѣченіе. Наконецъ больная желала имѣть живаго ребенка, вполнѣ сознавая, что это сопряжено съ тяжелой операціей вскрытія брюшной полости.

На основаніи всего этого было предложено больной остаться въ клиникѣ подъ нашимъ наблюденіемъ вплоть до наступленія родовъ, на что больная и согласилась. Поэтому рѣшено было въ настоящее время ничего не предпринимать, такъ какъ показаній къ немедленному вмѣшательству со стороны здоровья беременной не было, а выжидать момента родовъ и съ наступленіемъ ихъ произвести кесарское сѣченіе съ удаленіемъ опухоли, если бы это представилось возможнымъ, или кастраціей. Послѣдняя операція была бы показана не только ради уменьшенія опухоли, что часто наблюдается [1]), но и для предупрежденія возможности дальнѣйшаго зачатія.

Все время до родовъ въ продолженіи 3½ мѣсяцевъ больная чувствовала себя довольно хорошо, по временамъ только жаловалась на боли въ поясницѣ, схватки, запоры, что устранялось соотвѣтствующими средствами: наркотическими суппозиторіями, покоемъ, клизмами, слабительными.

Больная гуляла на воздухѣ и почти все время пользовалась прекраснымъ аппетитомъ.

Раза два въ недѣлю брала ванну.

Измѣреніе живота, произведенное нѣсколько разъ, обнаружило небольшое только увеличеніе его на 4—5 сант., при-

[1]) А. А. Новицкій. „Къ вопросу о кастраціи при фибромiомахъ, лежащихъ въ тазовой клѣтчаткѣ“. (Доложено въ Спб. медицинскомъ обществѣ 26 марта 1891 года).

чемъ сама опухоль по величинѣ, насколько это можно судить по даннымъ изслѣдованія, осталась почти безъ измѣненій. Консистенція ея все время была мягкой, флюктуирующей. Иногда во время сокращенія матки, замѣчалось также и оплотнѣніе самой опухоли.

Въ ночь съ 27 на 28 марта, въ 2 часа, у больной появились родовыя боли, сначала слабыя и рѣдкія, къ 4 часамъ утра сдѣлались сильнѣе, чаще и продолжительнѣе. Въ 5 час. дана ванна въ 28° по R и больная переведена въ родильный покой.

Изслѣдованіе въ это время дало слѣдующее: сокращенія матки черезъ двѣ минуты, довольно сильныя, продолжительность ихъ по одной минутѣ. Плодъ лежитъ въ первомъ затылочномъ положеніи, спинка обращена влѣво и впередъ; головка стоитъ пальца на 4 надъ symphisis osseum pubis; сердцебіеніе выслушивается ясно слѣва на уровнѣ пупка и даетъ 160 ударовъ въ минуту. При внутреннемъ изслѣдованіи: опухоль остается въ томъ же положеніи, совершенно подвижной какъ внѣ схватки, такъ и во время нея, только сдѣлалась значительно плотнѣе; влагалищная часть прижата къ лонной дугѣ; зѣвъ открытъ на 2 пальца; до предлежащей части дойти не удается. Съ теченіемъ времени схватки дѣлаются все чаще и чаще, больная начинаетъ жаловаться на сильныя боли внизу живота, особенно во время схватокъ, на мѣстѣ положенія головки.

Изслѣдованіе въ 10 час. утра дало: опухоль находится въ томъ же положеніи, влагалищная часть стоитъ также высоко; зѣвъ открытъ на 3 пальца, предлежащая часть не достигается, снаружи-же прощупывается нѣсколько выше надъ лонной дугой, чѣмъ она стояла раньше. Нижній сеементъ матки значительно истонченъ. Сердцебіеніе плода рѣзко колеблется въ своей частотѣ и ясности, во время схватокъ давая 160 ударовъ въ минуту, внѣ схватокъ падаетъ до 80 ударовъ.

Принимая во вниманіе безплодную дѣятельность матки въ продолженіи 8 часовъ хорошихъ родовыхъ болей, совершенную несмѣщаемость опухоли, истонченіе нижняго сегмента

матки до такой сильной степени, что можно опасаться каждую минуту за разрывъ ея, а главнымъ образомъ, имѣя въ виду упадокъ сердечной дѣятельности плода, было рѣшено немедленно приступить къ кесарскому сѣченію.

Въ 11 часовъ дня роженица переведена въ большую операціонную.

Послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформеннымъ наркозомъ, проведенъ разрѣзъ по бѣлой линіи длиной въ 27 сант., причемъ пупокъ обойденъ влѣво. На кровоточившіе кожные сосуды наложены Pean—пинцеты.

Въ плоскости разрѣза показалась беременная матка. Она немного была выпячена въ брюшной разрѣзъ передней своей поверхностью, причемъ брюшныя стѣнки плотно прижаты къ ней помощникомъ, для того чтобы кровь и околоплодная жидкость не попали въ полость брюшины. Разрѣзъ матки сдѣланъ послойно по передней поверхности ея, околоплодный пузырь разорванъ, причемъ тотчасъ-же вытекло значительное количество околоплодной жидкости, загрязненной первороднымъ каломъ; плодъ извлеченъ въ легкой степени асфиксіи; затѣмъ удалено дѣтское мѣсто съ оболочками, при этомъ кровотеченіе было весьма небольшое.

На свободную отъ опухоли часть шейки матки наложенъ эластическій жгутъ; полость матки промыта салициловымъ 2:1000 растворомъ и вытерта губкой 5% растворомъ acid. carbolici.

Рана зашита узловатыми шелковыми швами въ 2 этажа: одинъ рядъ швовъ соединилъ слизистую оболочку и часть мышечной ткани (16 швовъ), а другой былъ наложенъ на мышечную ткань и перитонеальный покровъ матки (12 швовъ). По закрытіи раны швами снятъ жгутъ, при этомъ кровотеченія не появилось.

При изслѣдованіи опухоли черезъ брюшную рану оказалось, что дѣйствительно мы имѣемъ дѣло съ retrocervical'ной фибромiомой, которая выходитъ изъ задней стѣнки шейки матки и далеко вдается въ правую широкую связку, раздвигая ея листки. Кромѣ того значительно углубляется въ по-

лость малаго таза и въ тоже время высоко поднимается въ полость брюшины.

Въ виду того, что вылущеніе опухоли заняло-бы очень много времени, было-бы сопряжено съ большими трудностями и весьма обильнымъ кровотеченіемъ, рѣшено сдѣлать кастрацію.

Оба яичника найдены безъ труда и удалены послѣ перевязки ихъ ножекъ двойной шелковой лигатурой въ два пучка.

Брюшная рана зашита 23 шелковыми глубокими узловатыми швами, присыпана дерматоломъ, наложенъ протективъ, сверху нѣсколько слоевъ сулемованной марли и ваты и вязанный бинтъ проф. А. И. Лебедева. Операція продолжалась 40 минутъ. Младенецъ женскаго пола, извлеченный въ асфиксіи, былъ скоро оживленъ. Вѣсъ его—2840 grm., длина тѣла 50 ctm. Головка. прямая окружность—35, косая 33, вертикальная 35 ctm. Размѣры головки: б. косой $12^1/_2$, м. косой 10, б. поперечникъ 9, малый 8, вертикальный $9^1/_2$ ctm. Окружность плечиковъ 34, поперечный размѣръ 11 ctm. Окружность ягодицъ 27, поперечный размѣръ 7 ctm. Вѣсъ послѣда 530 grm., малый размѣръ 14, большой 16 ctm., пуповина длиной 67 ctm., прикрѣпленіе центральное, разрывъ оболочекъ—краевой.

Послѣоперацiонный періодъ прошелъ безъ осложненій въ первые дни t^0 колебалась въ предѣлахъ нормы, а затѣмъ съ 7 дня начала давать вечернія повышенія, доходя въ нѣкоторые дни до $38{,}5^0$.

Это повышеніе t^0 совпадало съ катаральнымъ воспаленіемъ глотки. Больная все время чувствовала себя прекрасно, замѣчалось только вздутіе живота въ первые дни, что устранялось клистирами изъ воды съ ol. terebentinae или введеніемъ эластической резиновой трубки въ rectum, для отвода газовъ.

По временамъ жаловалась на болѣзненныя схватки, небольшія боли въ поясницѣ и правой ногѣ. Кровянистыя отдѣленія въ весьма небольшомъ количествѣ продолжались до 10 дня. На 6 день наблюдалось нагрубаніе грудей, которое быстро прошло послѣ назначенія согрѣвающаго компресса

въ связи съ давящей повязкой. На 14 день сняты швы, получилось первое натяженіе по всей длинѣ раны.

Наружное изслѣдованіе при этомъ дало слѣдующее: матка хорошо сокращена, безболѣзненна, стоитъ на 2 пальца ниже пупка, расположена симметрично по бѣлой линіи; опухоль нѣсколько меньше и замѣтно плотнѣе. На 32 день дана ванна и позволено встать съ постели.

При бимануальномъ изслѣдованіи въ это время найдено: матка плотна, безболѣзненна, лежитъ пальца на 3 выше лобка; опухоль безъ измѣненій. На 39 день больная выписалась изъ клиники и уѣхала въ г. Ковно.

Ребенокъ на 2 день послѣ операціи былъ взятъ отцемъ.

По полученнымъ за послѣднее время письменнымъ свѣдѣніямъ отъ больной извѣстно, что по пріѣздѣ домой она быстро стала поправляться, съ каждымъ днемъ чувствовала себя все лучше и лучше, такъ что черезъ мѣсяцъ могла дѣлать прогулки версты по двѣ въ день, ни чуть не утомляясь; со стороны опухоли не чувствовала никакихъ непріятныхъ явленій. Въ такомъ состояніи находилась до половины іюля. Крови за это время показывались два раза въ незначительномъ количествѣ. Затѣмъ съ половины іюля, послѣ того какъ больная взошла на высокую гору, на другой же день почувствовала боли въ поясницѣ, боли и тяжесть внизу живота, появились очень обильныя крови, продолжавшіяся 2 недѣли. Такъ дѣло стояло до конца августа. Въ сентябрѣ стало много лучше, крови не появлялись почти весь сентябрь, чувствуетъ себя хорошо.

Ребенокъ живъ и здоровъ.

КЕСАРСКІЯ СѢЧЕНІЯ.

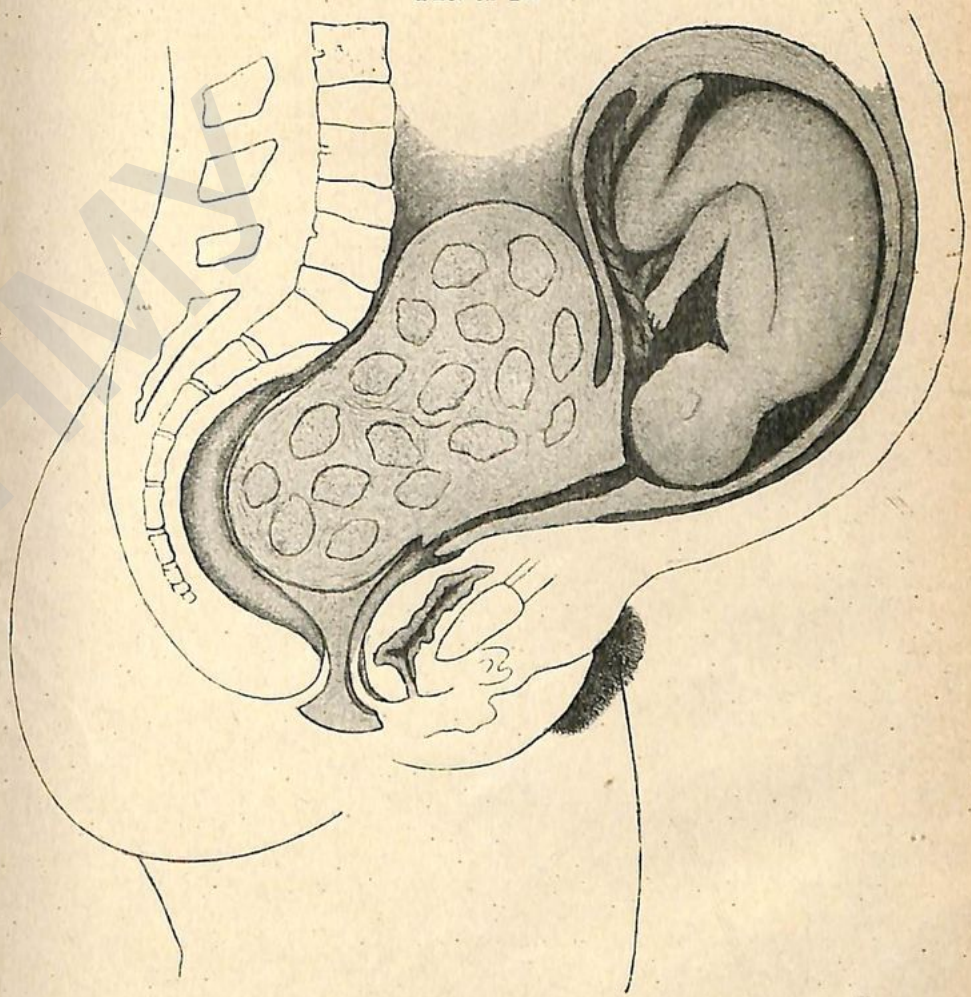
НБ ХНМУ

№№ по порядку.	Имя и званіе.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	D. Spinarum.	D. Cristarum.	D. Trochanterica.	Conjugat. externa.	Conjugat. diagonal.	Conjug. vera.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи. Мѣстоположеніе головки до операціи.	Продолжительность родового акта отъ начала болей и отъ отхода водъ.	Предшествующія манипуляціи.	Операціонный методъ и когда произведена операція.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ на брюшн. рану.	Продолжительность операціи.	Результаты операціи для: Матери.	Результаты операціи для: Плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.
1	М. И. крестьянка.	26 л. I р.	96	24	24 3/4	27	16 1/2	10	8	Т° и пульсъ нормальны. Рѣзко выражено кольцо сокращенія на 3 пальца ниже пупка. Заглушеніе сердечныхъ тоновъ плода. Вколочена во входѣ въ тазъ.	Отъ начала болей 41 часъ. Съ отхода водъ 32 часа.	Щипцы Брейса сдѣлано 6 тракцій.	По сохраняющемуся способу. Рана матки соединена этажнымъ швомъ. 1-й швъ—рядъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ, не проникающихъ въ полость матки (мышечно-субдецидуальный швъ), швы завязаны и коротко обрѣзаны въ глубинѣ раны; 2-й швъ (мышечносубсерозный) непрерывный кэтгутовый въ sol. juniperi); 3-й швъ также непрерывный изъ кэтгута соединилъ серозный покровъ матки. 1887 г. 3 октября.	18 с. 16 шв. шелков.	50 м.	Выздоровлен.	Живой.	Безъ осложненій. t° (37, 2—38,3°) съ 12 дня нормальная. На 11 день сняты швы съ брюшной раны, на 21 день оперированной позволено ходить; на 42 день выписалась изъ клиники здоровой.	Мальчикъ. Дл. 50 сант. вѣсъ 3750 grm. Размѣры головки: прямой 13 сан.; б. к. 15, М. К. 11 с., б. поперечникъ 10,5 с., малый поперечникъ 7 вертикальн. 10. Прямая окружность головки 39 с., косая 42, вертикальн. 33. окружность плечиковъ 40, окружность ягодицъ 33. Плодъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи.	
2	А. И. крестьянка.	34 I р.	88 Общ	21 есъ	24 уже кі	27 ний т	15 1/2 ый азъ.	10 пл	8 ос-	Т° нормальная. Рѣзко выражено кольцо сокращенія, упадокъ силъ роженицы. Сердцебіеніе плода глухо; выдѣленіе meconium'a. Головка надъ входомъ въ тазъ.	30 час. 9 3/4 часа.		id 1887 г. 27 января.	21	1ч.10м.	Выздоровлен.	Живой.	Pneumonia crouposa, продолжалась двѣ недѣли, что сильно истощило больную. На 12 день сняты швы—prima intentio. На 30 день больная встала съ постели, а черезъ 12 недѣль послѣ операціи выписалась здоровой.	Дл. 44, в. 2900 grm., дѣвочка. Окружность головки: прямая 32, косая 37, вертик. 31; размѣры головки прямой 10, большой косой 13, м. к. 10, большой поперечн. 9, м. п. 6, вертикальн. 8. Значит. головн. опухоль на лѣв. темянной кости и сильно выраженная конфигурація головки.	Черезъ часъ послѣ операціи сильное кровотеченіе изъ влагалища остановленное апаратомъ Heitzmann'a.

№№ по порядку.	Имя и званіе.	Возрастъ матери и который разъ рожаетъ.	Наибольшая окружность живота въ ctm.	D. Spinarum.	D. Cristarum.	D. Trochanterica.	Conjugate. xstra.	Conjugat. diagonal.	Conjug. vera.	Общее состояніе роженицы и плода до операціи. Мѣстоположеніе головки до операціи.	Продолжительность родового акта отъ начала болей и отъ отхода водъ.	Предшествовавшія манипуляціи.	Операціонный методъ и когда произведена операція.	Величина разрѣза и число наложенныхъ швовъ на брюшн. рану.	Продолжительность операціи.	Результаты операціи для Матери.	Результаты операціи для Плода.	Послѣопераціонное теченіе.	Размѣры плода, вѣсъ его, полъ и состояніе послѣ операціи.	Примѣчанія.
3	П. Л. крестьянка.	23 II р. Перв. мертв. извлеченъ щипцами.	96	25	26½	30	17½	9½	8	Icterus et bronchitis t°—37.7°. Сердцебіеніе глухо. Головка стоитъ въ Негелевскомъ наклоненіи.	16 1/2 час. 8½ час.	Щипцы Лазаревича и Simpson'a	id 1889 г. 20 февраля.	20		Выздоровлен.	Живой.	Первые 8 дней t° лихорадочная (Bronchit. et icterus). На 10 день сняты швы prima intentio. На 62 день выписалась изъ клиники здоровой.	Длин. 48, в. 2900 grm. дѣвочка. Размѣры головки: прямой 12, б. кос. 14 с., м. косой 10 с. Окружность головки 36 и 34. Плодъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи.	
4	Е. Р. крестьянка.	19 I р.	97 Аб	24 сол	25 люта	26½ но зъ.	15½ съу	8 жен	6½ ный	Общее состояніе хорошее; родов. боли тетаническаго характера; кольцо сокращенія; головка подвижна надъ входомъ въ тазъ.			Рана матки зашита вышеупомянутымъ способомъ проф. Лебедева. Кромѣ того въ этомъ случаѣ произведена sterilisatio artificialis 22 октября 1889 г.			Выздоровлен.	Мертвый.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы, первое натяженіе, а на 40 день выписалась здоровой.	Плодъ дѣвочка. Дл. 47, вѣсъ 2556. Размѣры головки 11½, 13½ 9½, 9,8 с. Извлечена въ глубокой асфиксіи, къ жизни привести не удалось.	Незначительное кровотеченіе изъ влагалища.
5	М. Ш. крестьянка.	21 I р.	96 9б	22½ щес	24 ъуж	28 енн	16½ ный	10 та	8 зъ.	Состояніе матери удовлетворительное. Ясное кольцо сокращенія; сердцебіеніе плода глуше; головка подвижна надъ входомъ въ тазъ.	41 часъ. 32 часа.		Рана матки закрыта также какъ и выше. 9 декабря 1889 г.	19 27 ш. швовъ.		Выздоровлен.	Живой.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы—prima intentio, на 52 день выписалась здоровой.	Ребенокъ мужскаго пола, живой. Дл. 50, вѣсъ 3250, размѣры головки: 11½, 14,½, 10, 9, 7.	id.
6	П. К. дворянка.	36 V р.	110 Аб	27½ сол	31 люта	35 но зъ.	20 съу	жен	4—5 ный	Состояніе матери вполнѣ удовлетворительное. Состояніе плода плохое.	8 час.		Рана матки соединена 2 этажнымъ швомъ, узловатымъ изъ шелка. 28 марта, 1889 г.	26		Выздоровлен.	Живой.	Безъ осложненій. На 10 день сняты швы—prima intentio. На 39 день больная выписалась изъ клиники здоровой.	Дл. 50 с., вѣсъ 2840 grm., дѣвочка. Размѣры головки: 12, 12½, 10, 8, 9½ с.	

НЕ ДЛЯ ПРОДАЖИ

Рис. № 17.



КИСТЫ ЯИЧНИКОВЪ.

НБ ХНМУ

№ 1.

Н. К. поступила въ клинику 1884 года, октября 6-го дня. Солдатка Новгородской губерніи, православная, занимается домашнимъ хозяйствомъ, 36 лѣтъ отъ роду. Мѣсячныя появились на 13 году и были всегда правильны, черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Года три тому назадъ онѣ начали путаться, приходя то черезъ нѣсколько дней, то черезъ ½ года. 1½ года какъ кровей совсѣмъ не имѣетъ. Замужъ вышла на 16 году, а на 17 году въ первый разъ родила. Была беременна 12 разъ, изъ которыхъ одна беременность окончилась выкидышемъ на 3 мѣсяцѣ. Остальные роды нормальны, срочны, одинъ разъ двойни. Больною себя считаетъ 3 года, когда показались бѣли и появились неправильности менструаціи. 6 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила опухоль живота и появились боли.

Жалуется на опухоль живота, сильныя боли въ лѣвой паховой области и общую слабость.

Status praesens. Блондинка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, хорошаго питанія. Объемъ живота значительно увеличенъ. Брюшныя стѣнки очень утолщены, съ большимъ количествомъ подкожнаго, жирнаго слоя. Окружность живота на уровнѣ пупка 102, наибольшая 103, разстояніе отъ мечевиднаго отростка до пупка 18, отъ пупка до лоннаго соединенія 21, до правой sp. ant. sup. 22, до лѣвой 21. При пальпаціи живота опредѣляется опухоль равномѣрной эластической консистенціи, круглой формы; она занимаетъ всю полость живота и теряется въ полости таза.

Опухоль подвижна, въ особенности при передвиженіи ея справа на лѣво. Перкуссія въ области опухоли даетъ тупой тонъ, переходящій съ боковъ и вверху въ тимпаническій. Per vaginam: матка нормальнаго объема, плотной консистенціи, смѣщается къ зади и нѣсколько вправо. Черезъ лѣвый сводъ удается достигнуть нижняго сегмента опухоли, выполняющей полость живота.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri.

Терапія—Овріотомія. 31-го—октября 1884 года, была сдѣлана операція подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, начиная пальца на 2 ниже пупка и не доходя пальца на 3 до лоннаго соединенія. Киста пунктирована труакаромъ средней толщины и опорожнена. Сращеній не было. Спавшіяся стѣнки кисты были выведены

наружу. Довольно длинная и толстая ножка кисты, въ составъ которой входили lig. ovarii, лѣвая фаллопіева труба и часть широкой связки, была перевязана въ два пучка. По удаленіи кисты, крупные сосуды, входящіе въ составъ ножки, были перевязаны отдѣльными лигатурами, послѣ чего перитонеальный покровъ ея былъ соединенъ обыкновеннымъ, непрерывнымъ, шелковымъ швомъ. Ножка опущена въ полость peritonei и брюшная рана закрыта 7 глубокими и 11 поверхностными швами. Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣопераціонный періодъ—безлихорадочный. На 10 день сняты швы. Сращеніе полное—первымъ натяженіемъ. На 18-й день послѣ операціи встала съ постели. Выписана 20-го декабря, на 50 день, при вполнѣ хорошемъ самочувствіи. Со стороны половыхъ органовъ найдено: матка небольшаго объема, въ retroversio подвижна. Своды свободны. Чувствительности при изслѣдованіи—нѣтъ.

Описаніе препарата: киста однополостная, съ гладкими и довольно толстыми стѣнками. Вѣсъ плотной части опухоли 135 grm. Выпущенная жидкость зеленоватаго цвѣта, нейтральной реакціи, у. в. 1018. Количество ея—3600 к. ц. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: распавшіеся эпителіальные элементы, кровяныя тѣльца, коллоидныя клѣтки и много кристалловъ холестеарина.

№ 2.

Х. О. поступила въ клинику 6-го февраля 1885 года. Мѣщанка Петербургской губерніи, 28 лѣтъ, портниха, іудейскаго вѣроисповѣданія. Первыя мѣсячныя появились на 22 году, вторыя—черезъ годъ. Менструировала черезъ неправильные промежутки, 5—6 въ теченіе года, причемъ зимою никогда не имѣла мѣсячныхъ. Крови обыкновенно бывали необильны и продолжались дня по 3—4, безъ болей. На 23 году вышла замужъ, беременной не была. Больной себя считаетъ 8 мѣсяцевъ.

Жалуется на опухоль живота, сильныя боли въ правомъ паху, которыя становятся невыносимыми послѣ долгой ходьбы или работы; одышка, запоры, частые позывы и затрудненность при мочеиспусканіи, отсутствіе аппетита, тошнота, а иногда и рвота.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, порядочнаго питанія, анемична. Животъ увеличенъ въ своемъ объемѣ. Окружность его на уровнѣ пупка—94, наибольшая—95, отъ пупка до мечевиднаго отростка—18, до лоннаго соединенія—17, до правой sp. il. ant. sup.—19, до лѣвой—20. Брюшные покровы тонки, напряжены. При пальпаціи живота, опредѣляется опухоль равномѣрной консистенціи, ограниченно подвижная. Верхній край опухоли стоитъ пальца на 4 выше пупка. Ощупываніе внизу живота и въ особенности слѣва очень чувствительно. При перкуссіи—тупой тонъ по всей поверхности опухоли, переходящій въ подвздошной области въ тимпаническій. Наружные половые органы нормальные. Матка небольшой величины, довольно подвижна, безболѣзненна, въ anteversio. P. vagin. обращено къ зади, нормальнаго объема, коническої формы. Въ передне-правомъ сводѣ опредѣляется сегментъ эластической опухоли, выполняющей полость живота.

Со стороны другихъ органовъ, за исключеніемъ смѣщенія печени вверхъ—отклоненій не замѣчается.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri colloides.

Овріотомія—произведена 13-го февраля 1885 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ на протяженіи 14 cim. Стѣнка кисты пунктирована, причемъ оказалось, что опухоль состоитъ изъ двухъ большихъ полостей, поэтому каждая изъ нихъ была опорожнена черезъ особый проколъ. Сращеній не было. Спавшіяся стѣнки кисты были выведены наружу, причемъ обнаружилась довольно широкая, средней длины ножка, заключающая въ себѣ правую Фаллопіеву трубу, съ частью широкой связки и lig. ovarii. Она перевязана въ два пучка и опухоль удалена. Послѣ того на культю наложено еще три добавочныхъ лигатуры и она опущена въ полость брюшины. Брюшная рана зашита 7 глубокими и 10 поверхностными швами. Операція продолжалась 1 ч. 20 минутъ. Послѣопераціонное состояніе—безлихорадочно. На 10-й день сняты швы. Сращеніе—первымъ натяженіемъ,—полное. На 18-й день встала съ постели. На 25 выписалась изъ клиники вполнѣ здоровою. При изслѣдованіи: матка нормальной величины, совершенно подвижна въ anteversio. Своды свободны, нечувствительны. Описаніе препарата: киста состояла изъ двухъ большихъ полостей; стѣнки ея гладки, средней толщины. Вѣсъ ея безъ содержимаго—810 grm. Выпущенная жидкость—коллоиднаго характера, темнозеленаго цвѣта. Вѣсъ ея 6720 grm.

№ 3.

П. И. *) поступила въ клинику 14-го января 1885 года. Первыя регулы пришли на 18 году, обычнымъ образомъ, появлялись черезъ 4 недѣли и продолжались по 3 дня. Послѣдніе два мѣсяца крови не приходили. Больная не рожала и не выкидывала. По словамъ больной, она хвораетъ около пяти лѣтъ. Сначала болѣзнь выражалась болью въ животѣ, всего сильнѣе справа и снизу. Временами боль усиливалась и сопровождалась тошнотою и рвотою. Три года тому назадъ, больная замѣтила въ правой сторонѣ живота подвижную опухоль, которая вначалѣ увеличивалась весьма медленно, но за послѣдній годъ ростъ ея чрезвычайно ускорился и она быстро достигла весьма значительныхъ размѣровъ.

Жалуется на сильныя боли по всему животу и особенно въ лѣвой сторонѣ его, сильную слабость, обильные поты и поносъ.

Status praesens. При поступленіи въ клинику больная имѣла слѣдующій видъ: исхуданіе ея достигло крайнихъ предѣловъ,—подкожный жирный слой совершенно атрофированъ, мышечная система развита весьма плохо; больная представляла изъ себя буквально кожу да кости. На обѣихъ нижнихъ конечностяхъ отеки, на правой болѣе, чѣмъ на лѣвой. Чрезвычайная

*) Случай этотъ сообщенъ врачемъ *Волковой* въ Общ. Рус. Вр., 4 апр. 1885 г.

слабость не позволяетъ больной ни ходить, ни даже сидѣть; t° въ моментъ поступленія—нормальна. Пульсъ малый, весьма слабый, 84 въ минуту. Дыханіе поверхностное, затрудненное, 40 дыханій въ минуту. Суточное количество мочи уменьшено и равняется 600 куб. сант., бѣлка и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Животъ чрезвычайно увеличенъ и имѣетъ слѣдующіе размѣры:

Окружность на уровнѣ пупка	103 ctm.
Наибольшая окружность	104 „
Отъ мечевиднаго отростка до пупка. . .	18 „
Отъ пупка до симфиза	23 „
Отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка . .	30,5 „
Отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка. . .	25,5 „

При ощупываніи живота замѣчалась эластическая опухоль, неподвижная и дающая флюктуацію только въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ, въ лѣвой сторонѣ его, начиная отъ лѣваго подреберья и до crista os. ilei sinistra, при дыхательныхъ движеніяхъ наблюдалась крепитація.

Перкуторный тонъ живота тупой, тупость на 2 поперечныхъ пальца не доходила до scrobiculum cordis. Въ поясничныхъ областяхъ тонъ тимпаническій. При измѣненіи положенія характеръ тона оставался безъ перемѣны. При внутреннемъ изслѣдованіи матку опредѣлить нельзя, влагалищная часть стоитъ очень высоко и трудно достигается. Правый и передній своды выполнены сегментомъ эластической опухоли.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri colloides.

Въ такомъ состояніи, при симптоматическомъ только леченіи, больная оставалась въ клиникѣ до 9-го февраля; за это время у нея нѣсколько разъ повторялись явленія ограниченнаго перитонита, больная слабѣла все болѣе и болѣе и одышка ея съ каждымъ днемъ увеличивалась. Такъ какъ по чисто внѣшнимъ причинамъ овріотоміи произвести въ то время было нельзя, то 9-го февраля была сдѣлана пункція для временнаго облегченія больной. Мѣсто пункціи: середина между spina ant. dextra и пупкомъ. При этомъ было выпущено 2400 куб. сант. коллоидной жидкости, весьма тягучей, бураго цвѣта, щелочной реакціи уд. вѣсъ 1020. Послѣ пункціи, хотя размѣры живота уменьшились только незначительно, больная всетаки почувствовала большое облегченіе, самочувствіе сдѣлалось лучше и одышка меньше; число дыханій съ 40 упало до 24 въ минуту. 19-го февраля приступлено было къ удаленію кисты. Первоначально кожный разрѣзъ, начинаясь съ симфиза, кончался на поперечный палецъ выше пупка и имѣлъ въ длину около 16-ти ctm. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки до peritoneum оказалось, что эта послѣдняя по всей своей передней поверхности плотно срощена съ поверхностью кисты. Введенною плашмя рукой отдѣлены плоскостныя сращенія кисты съ передней и боковыми поверхностями брюшныхъ стѣнокъ, причемъ произошло значительное паренхиматозное кровотеченіе, которое, впрочемъ, быстро было остановлено прижатіемъ брюшныхъ стѣнокъ къ поверхности опухоли. Затѣмъ киста была пунктирована и одна изъ ея многочисленныхъ полостей опорожнена. Такъ какъ дальнѣйшее опорожненіе опухоли, оказалось невозможнымъ, вслѣдствіе малаго объема полостей, составляющихъ нижній отдѣлъ ея, и такъ какъ

она не поддавалась извлеченію, вслѣдствіе сращенія ея съ прилежащими органами, то и было рѣшено увеличить разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ вверхъ.

Увеличенный такимъ образомъ разрѣзъ всего на 2 поперечныхъ пальца не доходилъ до processus ensiformis. Тогда только сдѣлался доступнымъ верхній отдѣлъ кисты, представляющій наибольшую полость, которая и была пунктирована.

Послѣ этого изъ полости живота экстрагировали значительную часть верхняго отдѣла опухоли, но самая верхняя часть ея удерживалась на мѣстѣ плотными сращеніями съ печенью, діафрагмой и сальникомъ. Объемъ экстрагированнаго отдѣла былъ такъ великъ, что затруднялъ отдѣленіе сращеній, на которыя требовалось предварительно наложить лигатуры. Поэтому вся опухоль на границѣ ея верхней $^1/_3$ съ средней была перевязана лигатурами въ двухъ мѣстахъ, между которыми и перерѣзана. Теперь нижній отдѣлъ кисты уже безъ затрудненія былъ извлеченъ изъ брюшной полости и было приступлено къ перевязкѣ ножки, которую раздѣлили лигатурами на два пучка, перевязали и отрѣзали. Послѣ этого на культю наложили еще двѣ лигатуры, выше первыхъ. Затѣмъ приступили къ удаленію верхняго отдѣла опухоли. Сращенія этого отдѣла съ печенью и діафрагмой частію были отдѣлены рукой безъ предварительнаго наложенія лигатуръ, частію-же съ наложеніемъ послѣднихъ. Особенно обширное сращеніе представлялъ этотъ отдѣлъ съ сальникомъ, который былъ перевязанъ въ нѣсколько пучковъ и отдѣленъ рукою отъ опухоли.

Этимъ закончилось удаленіе кисты изъ брюшной полости. Произведенный вслѣдъ за этимъ осмотръ внутренней поверхности передней брюшной стѣнки показалъ, что она вся покрыта кровяными сгустками большей или меньшей величины, которые, однако, не были удалены, такъ какъ съ удаленіемъ ихъ могло начаться остановившееся кровотеченіе. Послѣ туалета брюшины, брюшная рана зашита 12-ю глубокими и 16-ю поверхностными швами. Разрѣзъ имѣлъ въ длину около 24-хъ сантиметровъ. Затѣмъ была наложена листеровская повязка, укрѣпленная крахмальнымъ бинтомъ. Операція продолжалась 1 ч. 50 минутъ. Количество собранной жидкости было 4180 куб. сант. Вѣсъ кисты—2670 гр. Вѣсъ всей опухоли превышалъ 7000 граммъ, такъ какъ значительное количество жидкости не могло быть собрано.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ вполнѣ благопріятно, t° ни разу не поднималась до 38, только вечеромъ 9-го дня произошло повышеніе ея до 39°. На слѣдующій день повязка была снята, причемъ рана оказалась зажившей первымъ натяженіемъ. Тутъ-же были сняты всѣ швы. При пальпаціи живота въ области перевязаннаго сальника замѣчалось затвердѣніе, весьма чувствительное. Повышеніе t° держалось впродолженіи пяти дней, затѣмъ она понизилась до нормы и болѣе уже не повышалась.

Затвердѣніе въ области сальника мало по малу разрѣшилось, и боль исчезла. Потливость больной, существовавшая уже до операціи, еще усилилась въ послѣопераціонный періодъ, такъ что впродолженіи 3-хъ недѣль послѣ операціи больная въ полномъ смыслѣ слова обливалась потомъ. По мѣрѣ того, какъ здоровье больной возстановлялось и силы крѣпли, потливость мало по малу исчезала.

№ 4.

Д. Д. поступила въ Александровскую общину сестеръ милосердія Краснаго Креста, 12 сентября 1885 года. Жена кассира 24 лѣтъ отъ роду, занимается хозяйствомъ. Родилась въ Петербургѣ, теперь живетъ въ области войска Донскаго. Первыя менструаціи явились на 15 году; обыкновенно бывали черезъ 4 нед. по 4 дня, всегда правильны. На 22 году вышла замужъ. Беременною была одинъ разъ—окончилось выкидышемъ на 4 мѣсяцѣ. Послѣ чего было 3 мѣсяца тому назадъ кровотеченіе съ болями въ животѣ, продолжавшееся 3 недѣли.

Жалуется на опухоль и боли въ животѣ. Больною себя считаетъ 6 мѣсяцевъ.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Животъ значительно увеличенъ въ своемъ объемѣ. При ощупываніи внизу его, пальца на 2 ниже пупка, опредѣляется круглая, подвижная, съ слабо выраженной флюктуаціей опухоль. Подвижность ея выражена сильнѣе въ боковомъ направленіи и только очень мало сверху внизъ и обратно. На ней получается тупой тонъ при перкуссіи. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: p. vaginalis конической формы, обращено къ зади. Матка нормальнаго объема, въ anteflexio нормальной консистенціи, мало подвижна. Правый сводъ занятъ сегментомъ эластической опухоли, упомянутой выше.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri colloid.

Операція произведена 22 Сентября 1885 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 14 ctm. Опухоль опорожнена отъ ея коллоиднаго содержимаго и выведена наружу. Короткая и широкая ножка кисты перевязана въ четыре пучка и опухоль отрѣзана, послѣ чего ножка опущена въ полость peritonei. Брюшная рана закрыта 11 глубокими и 5 поверхностными швами. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій t^0 за все время оставалась нормальною. На 10-й день сняты швы—сращеніе первымъ натяженіемъ,—полное. Больная выписалась вполнѣ здоровою.

№ 5.

П. К. Крестьянка Ярославской губерніи, вдова, 39 лѣтъ. Менструируетъ съ 13 лѣтъ, типъ ихъ правильный, черезъ 3 недѣли по 7 дней, не обильны. На 19 году вышла замужъ, никогда не рожала, послѣдніе пять мѣсяцевъ не менструировала. 10 лѣтъ тому назадъ лошадь ударила больную въ грудь, послѣ чего она нѣсколько времени лежала въ постели; больной-же себя считаетъ съ годъ, когда началъ, по ея словамъ, расти и болѣть животъ; въ продолженіи послѣднихъ 5-ти лѣтъ, временами, появлялись боли въ животѣ, сопровождавшіяся лихорадкой и рвотой и усиливавшіяся при менструаціи.

Status praesens. Больная небольшаго роста, слабаго тѣлосложенія, плохаго питанія, съ незначительнымъ отекомъ обѣихъ ногъ у лодыжекъ. Животъ представляется весьма увеличеннымъ, размѣры его слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка—96 ctm., наибольшая окружность 97 ctm., отъ мечевиднаго отростка до пупка 21 ctm. отъ пупка до лоннаго соединенія 18 ctm., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 24 ctm., отъ лѣвой—23 ctm. Покровы живота растянуты и напряжены чрезвычайно. Пальпаціей опредѣляется, что вся полость живота выполнена одною опухолью, верхній край которой не доходитъ на 2 поперечныхъ пальца до scrobiculum cordis; нижній теряется въ маломъ тазу, а боковые занимаютъ оба hypochondrium'а и fossae iliacae. Вся опухоль раздѣляется въ сагитальномъ направленіи какъ-бы на два равныхъ отдѣла, правый эластическій, съ гладкою поверхностью, флюктуирующій и лѣвый-плотный, бугристый, безъ признаковъ флюктуаціи.

Опухоль обладаетъ весьма ограниченной подвижностью сверху внизъ и въ стороны, вслѣдствіе напряженія брюшныхъ покрововъ. Кромѣ опухоли въ брюшной полости опредѣляется еще незначительное количество асцитической жидкости. При перкуссіи вся передняя поверхность опухоли даетъ тупой тонъ, который проясняется, хотя и не совсѣмъ, въ тимпаническій въ обоихъ hypochondrium'ахъ при лежаніи больной на спинѣ. При повертываніи больной на бокъ на противоположной сторонѣ получается чистый кишечный тонъ; при стояніи больной, вверху надъ опухолью и между нею и печенью, такъ-же получается тимпаническій тонъ.

Матка съ трудомъ опредѣляется въ anteversio, нормальнаго объема и плотности, подвижною, неболѣзненною, плотность ея—8 ctm. Влагалищная часть представляется нормальной-конической. Черезъ своды можно достигнуть до нижняго сегмента опухоли. Изслѣдованіе по Гегару, не смотря на малыя экскурсіи опухоли, все-таки же указываетъ на нѣкоторую связь опухоли съ маткою. Относительно сращеній опухоли съ около-лежащими органами нѣтъ возможности составить себѣ точнаго представленія, вслѣдствіе значительнаго объема ея и зависящаго отъ этаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ; принимая-же во вниманіе анамнестическія указанія, слѣдуетъ таковыя допустить.

При изслѣдованіи органовъ груди:—въ легкихъ ничего ненормальнаго не найдено, а въ восходящей части аорты опредѣлена аневризма. Больную изслѣдовалъ 1 разъ профессоръ С. П. Боткинъ и повторно В. М. Бородулинъ. Моча слабокислая, уд. вѣсъ 1015; количество 1200—1500 к. с. въ сутки, бѣлка и сахара нѣтъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи ничего ненормальнаго не найдено. Температура больной нормальна, пульсъ 72 въ минуту, полный, безъ перебоевъ. Въ теченіи мѣсячнаго наблюденія за больной размѣръ окружности живота увеличился на три сантиметра, напряженіе брюшныхъ покрововъ достигло еще болѣе значительной степени, такъ что вся поверхность представлялась лоснящеюся, глянцевитою; отекъ ногъ такъ-же увеличился и одышка достигла крайнихъ предѣловъ, такъ что больная не въ состояніи была уже лежать, ѣсть и спать.

Діагнозъ Cystoma colloid. ovarii dextri.

Операція Ovariotomia dextr. 10 января 1887 г.

Разрѣзъ по linea alba; послойно вскрыта брюшная стѣнка, причемъ изъ полости peritonei вылилось около 2-хъ стакановъ асцитической жид-

кости; фиксированный въ брюшной ранѣ правый отдѣлъ опухоли пунктированъ троакаромъ и содержимое его выпущено. Несмотря на довольно значительный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, лѣвую нижнюю часть опухоли извлечь черезъ него не удалось, почему брюшная стѣнка разрѣзана еще вверхъ на поперечную ладонь и только тогда, перевязавъ 2-мя лигатурами en masse и отрѣзавъ широкія, плоскостныя сращенія опухоли съ сальникомъ, удалось выкатить опухоль, сидѣвшую на широкой и довольно длинной ножкѣ, наружу. На ножку наложено 2 лигатуры en masse и, послѣ удаленія опухоли, культя опущена въ полость peritonei. Брюшная рана зашита 18 лигатурами и наложена повязка. Операція продолжалась 35 минутъ. Экстирпированная опухоль представляла многополостную коллоидную кисту съ чрезвычайно толстыми стѣнками. Изъ праваго ея отдѣла троакаромъ выпущено было 6000 grm. темнаго цвѣта жидкости лѣвый отдѣлъ кисты вѣсилъ 5980 grm. и состоялъ изъ множества отдѣльныхъ, раздѣленныхъ очень толстыми перегородками, коллоидныхъ кистъ различной величины. Вся киста слѣдовательно, вмѣстѣ съ своимъ содержимымъ, вѣсила 11980 grm. или $^3/_4$ пуда. Послѣ операціонное теченіе протекло довольно благопріятно. Температура все время была нормальна за исключеніемъ 3-го дня, когда вечерняя t° поднялась до 38,5, при пульсѣ въ 108 ударовъ въ минуту. Ни рвоты, ни особенно сильно выраженнаго метеоризма не наблюдалось и только болѣзненная перистальтика и тошнота заставляли прибѣгать въ первые 3 дня къ опію. Со второго дня больная мочилась сама; на 6-й день появилось произвольное испражненіе и выздоровленіе шло быстро и гладко. На 9-ый день сняты всѣ швы съ зажившей per primam брюшной раны, а на 12-й день больная встала съ постели. Черезъ 1 мѣсяцъ послѣ операціи больная представляла цвѣтущій видъ, прибавилась въ вѣсѣ; сонъ, аппетитъ и самочувствіе вполнѣ хороши и правильны *).

№ 6.

Ф. С. поступила въ клинику, 7-го января 1887 года. Крестьянка Ярославской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, 45 лѣтъ, незамужняя, занимается хозяйствомъ. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ, всегда правильныя, по типу черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Прежде были съ болями, но не каждый разъ. На 35-мъ году забеременѣла и правильно родила. 2 роды на 38-мъ году—также правильны. Выкидышей не было. Больна $2_1/_2$ года, когда, послѣ сильныхъ болей внизу живота, она впервые замѣтила опухоль, величиною въ куриное яйцо.

Жалуется на опухоль живота, боли внизу живота и поясницѣ, общую слабость, отсутствіе аппетита, головокруженіе и запоры.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, малокровна. Животъ увеличенъ очень рѣзко. Окружность на

*) Операція произведена въ загородной больницѣ докторомъ Д. М. Кирѣевымъ и проф. Лебедевымъ. Описано Кирѣевымъ въ «Еженедѣльной клинической газетѣ» 1887 г.

уровнѣ пупка и наибольшая—90, разстояніе отъ пупка до мочевиднаго отростка—18, до лоннаго соединенія—13, до правой sp. il. ant. sup.—18 до лѣвой sp. ant. sup. — 14 ctm. Брюшныя стѣнки толсты, съ большимъ слоемъ подкожнаго жира. При пальпаціи въ животѣ опредѣляется круглая, съ гладкими стѣнками, эластическая опухоль, подвижная по всѣмъ направленіямъ, величиною съ голову взрослаго человѣка. Она занимаетъ нижнюю часть живота, дно ея стоитъ на 27 ctm. надъ лобкомъ, въ поперечникѣ она—22 ctm. Ощупываніе чувствительно только въ области пупка На опухоли перкуторный тонъ—тупой. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи:—матка небольшаго объема, нормальной консистенціи вполнѣ подвижна, находится въ anteversio. P. vag. цилиндрической формы, обращено кзади. Черезъ боковые своды, легче черезъ правый, при отдавливаніи брюшной опухоли книзу удается достигнуть нижняго ея сегмента. Длина полости матки—6 ctm. Въ остальныхъ органахъ брюшной и грудной полостей измѣненій не найдено.

Діагнозъ: Cystoma colloid. ovarii dextri.

Операція сдѣлана 21 января 1887 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, на попереч. палецъ ниже пупка, на протяженіи 18 stm. Стѣнка кисты пунктирована, но такъ какъ тягучая, колоидная жидкость выдѣлялась съ большимъ трудомъ, троакаръ удаленъ и жидкость выпущена черезъ разрѣзъ стѣнки, причемъ, разумѣется, брюшная полость была защищена отъ попаданія въ нее жидкости. Сращеній не было. Спавшаяся киста была извлечена наружу, на длинную ножку ея наложено двѣ лигатуры и опухоль удалена.

Брюшная рана зашита 8 глубокими и 4 поверхностными швами. Операція длилась 35 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе, безъ всякихъ осложненій прошло при нормальной температурѣ. На 10-й день сняты швы,—сращеніе полное. На 17-й день больная начала ходить, а на 25-й выписалась изъ клиники.

Выпущенная жидкость темнокоричневаго цвѣта, тягуча, въ размѣрѣ 3000 куб. ц. Стѣнка кисты средней толщины, гладкая. Внутреннихъ полостей нѣтъ. Вѣсъ кисты съ ея содержимомъ—3000 грамовъ.

№ 7.

М. В. поступила въ клинику 17-го сентября 1887 года. Дворянка, 20 лѣтъ, уроженка г. Тифлиса, православнаго вѣроисповѣданія, учительница, дѣвица. Мѣсячныя начала носить съ 14 лѣтъ, всегда правильно по типу 4 недѣл. 5 дней. Въ дѣтствѣ была болѣзненна и малокровна. Въ 10 лѣтъ перенесла тяжелую форму скарлатины. Съ 17 лѣтъ регулы стали болѣзненны, отъ чего она лечилась грязевыми ваннами въ Франценбадѣ, Съ этого времени больную часто безпокоили боли внизу живота, слѣва, отдающія въ ноги. Въ сентябрѣ 1886 года боли настолько обострились, что больная лежала въ постели недѣлю. Такое-же обострѣніе было въ апрѣлѣ 1887 года, когда больная провела въ постели $1^1/_2$ мѣсяца.

Жалуется на боли внизу живота. преимущественно слѣва, и частые позывы къ мочеиспусканію,

Status praesens. Шатенка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія, малокровна. Животъ въ нижней его половинѣ представляется сильно увеличенымъ. Окружность его на уровнѣ пупка—76, наибольшая—79 отъ пупка до мечевиднаго отростка—13, до лобка—16, до правой sp. ant. sup.—16, до лѣвой—16. При ощупываніи, въ правой паховой области опредѣляется опухоль эластической консистенціи, исходящая изъ полости малаго таза. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vag. конической формы небольшаго объема обращена впередъ. Матка нормальной величины, подвижна, неболѣзненна, въ anteflexio. Въ правомъ сводѣ опредѣляется сегментъ вышеупомянутой эластической опухоли. Она мало подвижна, величиною въ большое яблоко. При необходимой въ данномъ случаѣ осторожности при изслѣдованіи (дѣвственница), яичникъ противуположной стороны опредѣленъ быть не могъ.

Діагнозъ: Cystoma ovarii colloides dextri. Post operationem cystoma ovarii sinistri.

Операція произведена 3-го октября 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Подкожный жирный слой имѣетъ около 4 cim. толщины. При изслѣдованіи полною рукою опухоль оказалась сращенною не только въ области малаго таза, но и съ сальникомъ и передней брюшной стѣнкой. Брюшной разрѣзъ продолженъ вверхъ и внизъ. Сращенія отдѣлены рукою, на сращенія съ сальникомъ были предварительно наложены лигатуры и опухоль разъединена ножницами. Отдѣленная такимъ образомъ опухоль была выведена наружу и ножка ея перевязана въ два пучка, послѣ чего опухоль отрѣзана.

Предполагая опухоль принадлежащей правой сторонѣ, лѣвая сторона была подвергнута тщательному изслѣдованію рукою для опредѣленія состоянія лѣваго яичника. Но на соотвѣтствующемъ мѣстѣ его не оказалось, при изслѣдованіи правой стороны—найденъ нормально расположенный здоровый яичникъ. Такимъ образомъ оказалось, что киста принадлежитъ лѣвой сторонѣ. Брюшная рана длиною 19 cim., была закрыта 14 швами. Кромѣ того, въ виду толщины брюшной стѣнки peritoneum и влагалище прямыхъ мышцъ, сшиты непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута. Операція длилась 55 минутъ. Послѣопераціонное состояніе прошло при нормальной темп. и безъ всякаго осложненія. Швы сняты на 11-й день. Сращеніе полное. На 18-й день больная стала ходить, а на 24-й выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи: матка подвижна, неболѣзненна. Своды свободны. Самочувствіе вполнѣ хорошо. Описаніе препарата: опухоль однополостная, съ довольно толстыми стѣнками, наполнена коллоидною жидкостью темношеколаднаго цвѣта, количество = 170 куб. ц. Вѣсъ кисты—177 grm.

№ 8.

А. Ф. поступила въ клинику 6-го ноября 1887 г. Крестьянка Тверской губерніи, 46 лѣтъ отъ роду, вдова. Первые регулы пришли на 16-мъ году, типъ ихъ до болѣзни черезъ 4 недѣли по 7 дней. Во время болѣзни регулы отсутствуютъ, начиная съ 44-го года жизни. Замужъ вышла на 17-мъ году, рожала 8 разъ, одни двойни. Первые роды на 18-мъ году, а послѣдніе 10 лѣтъ назадъ. Жалуется на опуханіе живота и періодическія боли въ животѣ и въ поясницѣ. Боли въ животѣ сосредоточиваются преимущественно снизу и слѣва; тяжесть, одышку.

Status praesens- Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, плохо упитана. Животъ значительно увеличенъ, по мѣстамъ въ немъ ясно опредѣляется зыбленіе. Размѣры живота: наибольшая окружность—75, на уровнѣ пупка—71, отъ лоннаго соединенія до пупка—20, до мечевиднаго отростка—18, отъ правой sp. il. ant. sup.—18, отъ лѣвой—16 cim. Животъ увеличенъ въ нижней своей части опухолью, верхняя граница которой нальца на 2 не доходитъ до пупка. Опухоль эластична, весьма мало подвижна справа на лѣво и совсѣмъ не смѣщается снизу вверхъ. Черезъ передній сводъ опредѣляется значительный сегментъ этой опухоли, выполняющей собою весь малый тазъ. Она особенно выпячиваетъ передній сводъ. P. vag. смѣщена кзади, длина полости = 8 cim. Матка смѣщена въ крестцовую впадину. Черезъ правый сводъ въ тазу опредѣляется другая опухоль величиною въ куриное яйцо, находящаяся рядомъ съ маткой подвижная и безболѣзненная. Обѣ опухоли связаны съ маткой, что, однако, относительно 1-й опухоли опредѣлено только подъ наркозомъ и помощью Hegar'a. При этомъ-же оказалось, что опухоль эта почти неподвижно сидитъ въ тазу и эта неподвижность объясняется или глубокимъ ея положеніемъ въ лѣвой широкой связкѣ или же ущемленіемъ ея въ тазу и сращеніями.

Діагнозъ: Cystoma ovarior. duplex.

Терапія·—Овaріотомія. По разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ киста пунктирована троакаромъ. По мѣрѣ опорожненія киста извлечена изъ брюшной полости помощью Нелатоновскихъ щипцовъ, причемъ она оказалась сращенной съ прилежащими петлями кишекъ свѣжими ложными перепонками, по отдѣленіи которыхъ она выводится наружу. При этомъ оказалось, что ножка кисты была перекручена въ $1^1/_2$ оборота и что киста дѣйствительно принадлежитъ лѣвой сторонѣ. Ножка перевязана въ 2 пучка и киста удалена. При изслѣдованіи рукою тазовой полости найдено, что заднее Дугласово пространство отдѣлено отъ остальной брюшной полости сплошною ложною перепонкою и наполнено серозной жидкостью, въ которой находилась киста праваго яичника. По разрывѣ ложныхъ перепонокъ, киста извлекается наружу и, по наложеніи лигатуръ на ножку, удаляется. На брюшную рану наложено 15 шелковыхъ швовъ. Операція продолжалась 48, минутъ причемъ она прерывалась двукратнымъ приступомъ рвоты. Послѣопераціонное теченіе вполнѣ благопріятное кромѣ вечернихъ повышеній 1^0 въ теченіи первыхъ 3-хъ сутокъ до 38,4; выздоровленіе больной не представляло никакихъ особенностей.

Выпущенная жидкость коллоиднаго характера, щелочной реакціи, уд. в.=1020, колич. собр. жидкости=650 к. с. Вѣсъ кисты=730 grm. вѣсъ плотной части=130 grm.

№ 9.

А. И. поступила въ клинику 14 октября 1887 года. Мѣщанка Петербургской губерніи, 49 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія; занимается хозяйствомъ, незамужняя. Менструаціи со времени ихъ появленія (на которомъ году больная не помнитъ) обыкновенно бывали черезъ 3 недѣли по 6—7 дней и всегда обильны. Лѣтъ 8 тому назадъ регулы стали появляться чаще, черезъ 2 недѣли по 6—7 дней, но общее количество крови терялось при этомъ меньше. Въ продолженіи послѣднихъ пяти лѣтъ страдала постоянными потерями крови, при чемъ раза три были довольно сильныя кровотеченія. Послѣднее кровотеченіе было въ сентябрѣ мѣсяцѣ настоящаго года, оно было не особенно сильное. Передъ нимъ дня за три были очень сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Съ того времени крови въ небольшомъ количествѣ отдѣляются ежедневно. Докторъ, приславшій больную въ клинику, передъ этимъ изслѣдовалъ больную и нашелъ увеличенную матку, раскрытый зѣвъ, пальца на два и въ цервикальномъ каналѣ опредѣлилъ что-то вродѣ полипа.

Это было въ началѣ сентября. Раньше этого она была изслѣдована тѣмъ же докторомъ (Эккомъ) и имъ была найдена въ правомъ сводѣ круглаго очертанія опухоль довольно большихъ размѣровъ, эластическая. При изслѣдованіи она лопнула подъ его рукою. Больная перенесла это безъ замѣтнаго вліянія на здоровье; припадки, на которые она жаловалась, тоже не измѣнились. Дефлорированною, такъ же какъ и беременною больная, по ея словамъ, никогда не была.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, слабаго питанія, анемична. Груди вялы небольшого объема, соски слабо пигментированы. Животъ нормальнаго объема. Окружность на уровнѣ пупка—64, наибольшая—69, отъ пупка до мечевиднаго отростка—15, отъ правой sp. ant. sup.—16, до лѣвой sp. ant. sup.—16 ctm. При ощупываніи живота ничего особеннаго не опредѣляется. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vag. цилиндрической формы, нормальнаго объема, обращено къ зади. Зѣвъ и цервикальный каналъ ничего особеннаго не представляютъ. Тѣло матки опредѣляется въ переднемъ сводѣ и отклонено влѣво. Она слегка увеличена, болѣзненна, плотной консистенціи, подвижность ея кверху ограничена, длина полости = $7^1/_2$ ctm. Въ правомъ сводѣ опредѣляется опухоль круглой формы, неравномѣрной консистенціи. Она близко прилежитъ къ правой сторонѣ матки, но можетъ быть отдѣлена отъ нея. Въ заднемъ сводѣ плотная, подвижная и болѣзненная опухоль. Въ лѣвомъ—нормальный, повидимому, яичникъ.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri (Graviditas extrauterina ovarica?)

Операція произведена 24 октября 1887 года. Во влагалище введенъ кольпейринтеръ. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и лобкомъ, длиною 15 ctm. При изслѣдованіи—опухоль помѣщается справа отъ матки, окруженная сращеніями, которыми она склеена не только съ peritoneum parietale, но и съ прилежащими кишками. При отдѣленіи сращеній произошелъ разрывъ стѣнки опухоли. При извлеченіи ея оказалось, что абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы сращенъ съ наружной поверхностью

опухоли и что ножка послѣдней идетъ соотвѣтственно lig. ovarii. Отъ нижней части опухоли въ заднее Дуглассово пространство идетъ довольно значительный кусокъ ткани; отдѣливши этотъ послѣдній отъ сращеній съ поверхностью задняго Дуглассова пространства, на ножку опухоли, въ которую вошелъ абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы,—наложено двѣ лигатуры. Опухоль удалена. Брюшная рана закрыта 15-ю швами. Операція длилася 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій. Все время температура была нормальна. Швы сняты на 10 день; сращеніе полное. На 20 день встала съ постели, а на 37 выписана изъ клиники. При выпискѣ: матка подвижна, въ anteflexio, нормальной величины, безболѣзненна. Своды свободны, слегка чувствительны.

Описаніе препарата: Опухоль состоитъ изъ двухъ отдѣловъ, соединяющихся между собою узкою перемычкою, шириною въ $1^1/_2$ ctm. Оба отдѣла представляютъ собою полости, изъ которыхъ большая имѣетъ 9 ctm. въ длину и 6 ctm. въ ширину, меньшая-же 4 ctm. въ длину и 3 ctm. въ ширину. Ножка была прикрѣплена къ большему отдѣлу, вблизи мѣста соединенія его съ меньшимъ. Рядомъ съ мѣстомъ прикрѣпленія ножки находится абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы. Отверстіе и каналъ ея проходимы. Подъ lig. infundibulo pelvicum et fimbria ovarica находится тонкостѣнная полость, наполненная серозной, прозрачной жидкостью; она помѣщается между широкою связкою; величина ея съ волошскій орѣхъ. Большой отдѣлъ опухоли напоминаетъ увеличенный раза въ 4 яичникъ. Поверхность его гладкая, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляетъ возвышенія различной величины, отъ горошины до лѣснаго орѣха. Нѣкоторыя изъ этихъ возвышеній представляются кистовидными съ серознымъ содержимымъ, другія же плотными, гомогенными, напоминающими разрѣзъ фибрознаго узла. Иногда эти возвышенія сидятъ на поверхности опухоли въ формѣ полипа. Въ двухъ мѣстахъ, на поверхности опухоли находятся узелки, съ горошину, желтовато-бѣлаго цвѣта, наполненные какъ-бы сыровидною массою. При разрѣзѣ ихъ оказывается, что существо ткани ихъ довольно рыхло, кашицеобразно. Полость большаго отдѣла опухоли представляется неправильною, съ синуозными ходами и выпячиваніемъ внутрь. Стѣнка ея довольно тонка, за исключеніемъ одного мѣста, гдѣ она имѣетъ значительную толщину. Помимо выпячиваній, на внутренней поверхности существуютъ перепонки, дѣлящія полость кисты на нѣсколько отдѣловъ; въ этихъ отдѣльныхъ полостяхъ содержится рыхлое вещество, напоминающее фибринъ. Въ одномъ мѣстѣ около стѣнки находится ткань, напоминающая сильно ткань пляценты. Стѣнки меньшаго отдѣла опухоли гладки, тонки, наполнены рыхлою, желтоватою массою. На одномъ участкѣ стѣнки ея находится ткань, напоминающая ворсинки.

№ 10.

Н. Т. поступила въ клинику 30 октября 1887 года. Вдова унтеръ-офицера, 48 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка г. Петербурга,

занимается шитьемъ и домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя появились на 16 году, всегда были правильны, какъ и теперь, черезъ 3 нед. по 4—5 дней. Замужъ вышла на 19 году, на 20-мъ первые роды. Родила 8 разъ, всегда правильно. Послѣдніе роды 13 лѣтъ тому назадъ. Выкидышей не было. Была всегда здорова. Мѣсяцъ тому назадъ появились боли внизу живота, слѣва—и замѣтила опухоль въ этой области. Съ этого времени животъ сталъ быстро увеличиваться, рядомъ съ тѣмъ усиливались и боли.

Жалуется на сильныя боли внизу живота, опухоль, одышку и общую слабость.

Status praesens. Шатенка, средняго роста и тѣлосложенія, слабаго питанія, истощена, анемична. Животъ, въ особенности въ нижней его половинѣ, значительно увеличенъ. Окружность на уровнѣ пупка—92, наибольшая—93, отъ пупка до мечевиднаго отростка—15, до лоннаго соединенія—22, до правой sp. ant. sup.—20, до лѣвой—21 ctm. При ощупываніи живота, опредѣляется крупно-бугристая опухоль, занимающая весь низъ живота и стоящая дномъ своимъ нѣсколько выше пупка. Она подвижна справа на лѣво; дно ея стоитъ на 23 ctm. надъ лобкомъ. На опухоли тупой тонъ при перкуссіи. Наружные половые органы нормальны. Port. vag. цилиндрической формы, обращено къ зади. Матка нормальнаго объема, плотная, неболѣзненная въ anteversio подвижность ея ограничена. Въ заднемъ сводѣ опредѣляется нѣсколько чувствительный инфильтратъ. При оттягиваніи брюшной опухоли вверхъ—матка слѣдуетъ въ томъ же направленіи.

Діагнозъ: Cystoma coll. ovarii sin.

Операція произведена 18 ноября 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты, по бѣлой линіи между пупкомъ и лобкомъ. При изслѣдованіи подтвердилось, что опухоль не могла быть уменьшена въ объемѣ, поэтому брюшной разрѣзъ продолженъ вверхъ, обходя пупокъ слѣва, до 20 ctm. длиною. Послѣ отдѣленія сращеній опухоли съ кишками и periton. parietale правой стороны, опухоль извлечена наружу. Ножка ея перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Брюшная рана закрыта 18 швами. Операція длилась 42 минуты

Послѣопераціонное состояніе—безъ осложненій, t° только въ первые часы поднималась до 36—38,3°—остальное все время была нормальна. На 10 день сняты швы, сращеніе полное. На 20-й день больная оставила постель, а на 25-й выписалась изъ клиники здоровою.

Описаніе препарата. Форма опухоли представляетъ собою громадно увеличенный яичникъ. Длина ея—22 ctm., ширина—20, толщина—15 ctm. Вѣсъ—4010 grm. При разрѣзѣ она состоитъ изъ массы мелкихъ полостей, наполненныхъ слизистымъ, тягучимъ, совершенно прозрачнымъ секретомъ. Подъ микроскопомъ форменныхъ элементовъ въ этомъ секретѣ не найдено. Двѣ наибольшія полости были наполнены зеленоватымъ и болѣе жидкимъ содержимымъ. Этой жидкости выпущено—960 куб. у.

№ 11.

А. П. поступила въ клинику 25 января 1888 года. Крестьянка Петербургской губерніи, 25 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, дѣвица, занимается полевыми работами. Первыя мѣсячныя на 15 году; до сентября 1887 года были всегда правильны: черезъ 4 недѣли по 8 дней. До 17 лѣтъ была здорова. Съ этого же времени, лѣтъ 8 тому назадъ, стала замѣчать увеличеніе живота, которое прогрессировало съ каждымъ годомъ. Вскорѣ появилось ощущеніе тяжести въ животѣ и боли. Съ сентября 1887 года регулы прекратились, замѣнившись тупыми болями внизу живота. Жалуется на опухоль живота, тяжесть и одышку, мѣшающія ей работать.

Status praesens. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, хорошаго питанія. Брюшныя стѣнки значительно напряжены. Животъ увеличенъ. Окружность его на уровнѣ пупка—101, наибольшая 101, отъ пупка до мечевиднаго отростка—21, до лобка 22, до правой sp. ant. sup.—28 до лѣвой—22 ctm.

При ощупываніи живота опредѣляется баллотирующая опухоль, неравномѣрно эластической консистенціи, подвижная по всѣмъ направленіямъ. При перкуссіи тупой тонъ какъ въ области опухоли, такъ и въ поясничныхъ областяхъ, несомнѣнно указывающій на значительный асцитъ. Наружные половые органы нормальны. P. vag. конической формы, небольшаго объема, обращена кзади. Зѣвъ—нормальный для нерожавшей, матка увеличена въ объемѣ, плотна, ограниченно подвижна, смѣщается впередъ и вправо. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется сегментъ вышеупомянутой опухоли. При оттягиваніи ея матка тотчасъ же слѣдуетъ по тому-же направленію. Въ правомъ сводѣ опредѣляется эластическая опухоль, величиною съ куриное яйцо. Въ заднемъ сводѣ прощупывается рядъ плотныхъ, небольшихъ узловъ. Въ другихъ органахъ ненормальностей не найдено.

Діагнозъ: Cystoma ovarior duplex.

Операція—ovariatomia duplex произведена 13 февраля 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты, по бѣлой линіи, между пупкомъ и лобкомъ. Вытекло значительное количество асцитической жидкости. Прилежащая киста пунктирована въ области одной изъ наибольшихъ ея полостей. Вытекло небольшое количество коллоидной жидкости и такъ какъ изъ этаго было вполнѣ ясно, что опухоль можетъ быть удалена только не уменьшенною—брюшной разрѣзъ продолженъ вверхъ, обходя пупокъ слѣва—до величины 22 ctm. Киста извлечена, верхній участокъ брюшной раны закрыть 3 провизорными лигатурами. Ножка перевязана въ два пучка и киста отдѣлена. Правая, меньшая киста оказалась сращенною съ задней поверхностью матки. По отдѣленіи сращеній, киста правой стороны извлечена наружу, ножка ея перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Брюшная рана зашита 25 швами. Операція длилась 55 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ особенныхъ осложненій и при безлихорадочной температурѣ. На 11-ый день сняты швы, сращеніе полное—первымъ натяженіемъ. На 17-ый день начала ходить; на 30-ый выписалась изъ клиники. При этомъ констатировано: явленія асцита нѣтъ, въ паховыхъ областяхъ чувствительность при давленіи, матка въ anteversio, ограниченно подвижна. Въ боковыхъ сводахъ плотный, слегка болѣзненный экссудатъ. *Описаніе препарата.* Большая, лѣвая опухоль представляетъ собою кисту, состоящую изъ множества полостей, наполненныхъ коллоиднымъ содержимымъ. Размѣры ея:—длина 37 ctm. ширина—26 ctm. тол-

щина 15 ctm. вѣсъ 6450 grm., меньшая опухоль вѣсомъ въ 700 grm. представляетъ однополостную кисту, наполненную тѣмъ-же коллоиднымъ содержимымъ.

№ 12.

М. Ф. поступила въ клинику 1 февраля 1887 года. Мѣщанка Эстлянской губерніи, 37 лѣтъ отъ роду, замужняя. Первые регулы пришли на 17 году; типъ ихъ ч. 4 недѣли по 4—5 дней. Вышла замужъ на 33 году, беременна была 1 разъ и выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ. Жалуется на опухоль въ животѣ и на маточныя кровотеченія, появившіяся 5 мѣсяцевъ тому назадъ, исхуданіе, упадокъ силъ, боли подъ ложечкой, по временамъ сильно ожесточающіяся и доводящія до желчной рвоты, запоры, частыя позывы на мочеиспусканіе.

Status praesens. Блондинка, небольшаго роста, слабаго тѣлосложенія, крайне истощенная. Животъ увеличенъ на счетъ опухоли, занимающей нижнюю часть его живота и по формѣ напоминающей матку въ 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Верхняя граница опухоли поднимается надъ лобкомъ на 14 ctm. и на 1½—п. недоходитъ до пупка. Поперечный размѣръ опухоли—20 ctm. Размѣры живота: наибольшая окружность—82 ctm. на пупкѣ—75 ctm., отъ лоннаго соединенія до пупка—18 ctm., отъ пупка до мечевиднаго отростка—15 ctm., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка—16 ctm., отъ лѣвой—14, 5 ctm., консистенція опухоли плотная, вся опухоль немного подвижна справо на лѣво и почти не смѣщается снизу вверхъ. Нижнимъ своимъ сегментомъ опухоль опускается въ малый тазъ, причемъ внутр. изслѣдованіе показываетъ, что влагалищная часть матки непосредственно переходитъ въ эту опухоль. Эластическій бужъ идетъ въ полость матки на 18,5 ctm., металлическій зондъ идетъ назадъ и вправо. Надъ описанной опухолью, въ области праваго подреберья прощупывается другая опухоль величиною въ 1½ мужскихъ кулака. При изслѣдованіи черезъ брюшныя стѣнки, она отходитъ въ глубину праваго подреберья и не можетъ быть контурирована со всѣхъ сторонъ. Форма ея продолговатая, причемъ длинникъ лежитъ справа на лѣво; при пальпаціи ея обнаруживается сильная болѣзненность. Рядомъ съ нею, ближе къ лѣвой сторонѣ опредѣляется 3-я опухоль величиною съ куриное яйцо, подвижная, легко ускользающая отъ изслѣдующей руки, но связаная съ нижней большой опухолью живота. Такая-же связь констатируется и между опухолью праваго подреберья.

Суточное количество мочи около 1000 к. с. уд. в.—1010, реакція кислая. Два раза въ клиникѣ наблюдались приступы болей въ правомъ подреберьѣ, сопровождавшіяся желчной рвотой и симулировавшія собой желчную колику t° доходила по вечерамъ до 39°.

Діагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale, cystoma ovarior. duplex et peritonitis partiales

Терапія—овріотомія: Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ начатъ на 3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ и, обойдя послѣдній, продолженъ на 4 п. ниже пупка. Peritoneum утолщенъ. Опухоль величиною съ голову 8 мѣс-

утробнаго плода была извлечена наружу, причемъ ткань ея оказалась отечной и до такой степени рыхлой, что при извлеченіи 2 небольшихъ полости лопнули и освободили свое серозное содержимое. Ножка кисты, прикрѣплявшаяся сзади и справа къ увеличенной маткѣ, была перевязана въ два пучка. Лѣвая киста была извлечена и удалена безъ особаго труда; ножка ея была гораздо короче, такъ что она, какъ бы придатокъ сидѣла на фиброміомѣ матки. Эта киста сидѣла интралигаментарно, почему широкая ножка ея перевязана въ 3 пучка. На брюшную рану наложено 19 швовъ. Операція продолжалась 50 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе: въ первые 3 дня t° не превышала 38 и затѣмъ упала до нормы. Кромѣ медленнаго улучшенія общаго состоянія, выздоровленіе больной было задержано развившимися у нея поносами.

Описаніе удаленныхъ частей: правая киста представляетъ многополостную опухоль содержимое полостей—серозное. Ткань кисты вездѣ отечна и очень рыхла, что зависѣло отъ нарушенія кровообращенія въ ножкѣ ея. Лѣвая киста величиной съ апельсинъ, на поверхности ея проходитъ Фаллопіева труба; содержимое ея серознаго характера. Къ поверхности кисты прилежитъ значительно сохранившійся яичникъ, въ ткани котораго находится свѣжее желтое тѣло. Слѣдовательно яичникъ функціонировалъ, чѣмъ и объясняется существовавшая менструація у больной. Можно поэтому разсчитывать, что съ удаленіемъ обѣихъ кистъ, больная станетъ въ условія кастрированной женщины и фиброміома ея подвергнется обратному развитію.

№ 13.

Д. Н. поступила въ клинику 25 марта 1888 года. Крестьянка Ярославской губерніи, 21 года отъ роду. Первые регулы на 16-мъ году; типъ ихъ до болѣзни по 3 дня черезъ 4 нед.; въ послѣдніе 10 мѣсяцевъ регулъ совсѣмъ нѣтъ. Беременна никогда не была.

Жалуется на увеличеніе живота, тяжесть, одышку. 10-ть мѣс. тому назадъ почувствовала сильную боль въ животѣ и съ тѣхъ поръ замѣтила быстрый ростъ его.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Животъ сильно увеличенъ, кожа напряжена, по мѣстамъ въ эпидермисѣ видны рубцы, какъ у беременныхъ. Размѣры живота: наибольшая окружность на пупкѣ 97, отъ лоннаго соединенія до пупка—20, до мечевиднаго отростка 25, отъ правой sp. il. ant. sup. 22, до лѣвой—21 ctm. При пальпаціи живота прежде всего найдена флюктуація отъ присутствія жидкости, въ которой плаваетъ плотная опухоль, дающая явленія баллотированія. Отековъ ногъ нѣтъ; моча выдѣляется въ норм. количествѣ, прозрачна, нѣтъ въ ней ни бѣлка, ни цилиндровъ. Матка смѣщается влѣво и накл. впередъ, связана съ упомянутою опухолью, подвижна. Длина ея полости—7 ctm. Черезъ правый сводъ опредѣляется сегментъ плавающей въ жидкости опухоли.

Діагнозъ. Cystoma ovarii dextri, на основаніи присутствія асцити-

ческой жидкости въ полости живота. Post operationem cystoma ovarii dextri colloid., ruptura cystidis, peritonitis chronica.

Терапія-Оваріотомія. Послѣ разрѣза покрововъ брюшной полости изъ этой послѣдней вытекло значительное количество желтоватой жидкости, болѣе густой консистенціи, чѣмъ серозная жидкость. Такъ какъ опухоль не подлежала уменьшенію посредствомъ опорожненія, состоя изъ множества мелкихъ полостей, то брюшной разрѣзъ увеличенъ и достигъ на 4 поперч. пальца выше пупка. Прежде всего было перевязано и отдѣлено сращеніе опухоли съ сальникомъ. Затѣмъ опухоль выведена наружу, а на верхнюю часть брюшной раны наложено нѣсколько провизор. лигатуръ для предупрежденія выпаденія кишекъ. Довольно длинная ножка кисты перевязана въ два пучка и киста удалена. На peritoneum parietale et viscerale кромѣ сильной сосудистой инъекціи другихъ измѣненій не замѣчено. Брюшная рана длиною въ 24 ctm. закрыта 25-ю швами. Операція продолжалась 50 минутъ. Послѣопераціонное теченіе: кромѣ незначительнаго повышенія t° въ первые часы послѣопер. періода и одного повышенія до 38,6, послѣ снятія швовъ выздоровленіе больной прошло вполнѣ гладко.

Описаніе удаленной опухоли: опухоль состоитъ изъ мелкихъ полостей, наполненныхъ густою коллоидною жидкостью. Вѣсъ ея—3570 grm., размѣры: наибольшій діаметръ 25, наименьшій 15, перпенд. къ этимъ двумъ—20 ctm. Опухоль состоитъ изъ 2 большихъ отдѣловъ, раздѣленныхъ глубокою бороздою, въ которой помѣщается фаллопіева труба.

На передне-лѣвой поверхности опухоли находится круглое отверстіе 5 ctm. въ діаметрѣ. Оно ведетъ въ довольно обширную порожнюю полость. Очевидно, что это отверстіе есть результатъ произвольнаго разрыва этой полости, опорожнившейся въ полость живота и вызвавшей хроническое воспаленіе ея съ накопленіемъ жидкости.

№ 14.

Ф. О. поступила въ клинику 29 сентября 1888 года. Дворянка, 30 лѣтъ, уроженка Московской губерніи, занимается хозяйствомъ. Первые регулы на 15 году; менструируетъ всегда правильно: черезъ 3 недѣли по 6 дней. Замужъ вышла на 21 году. Рожала 4 раза, вполнѣ нормально. Первые роды на 21 году, послѣдніе—4 года тому назадъ. Была всегда здорова, за исключеніемъ того, что года $1^1/_2$ тому назадъ лечилась отъ бѣлей. $^1/_2$ года тому назадъ замѣтила опухоль живота. Съ этого же времени появились боли внизу живота, слѣва. Въ маѣ настоящаго года эти боли настолько были сильны, что больная около недѣли пролежала въ постели.

Жалуется на опухоль живота, боли, тяжесть внизу живота, одышку.

Status praesens. Шатенка, средняго тѣлосложенія, высокаго роста, хорошаго питанія. Животъ представляется значительно увеличеннымъ. Окружность его на уровнѣ пупка—109, наибольшая—109, отъ пупка до мечевиднаго отростка—23, до лоннаго соединенія—25, до правой sp. ant. sup. 30, до лѣвой 30 ctm. Брюшныя стѣнки истончены, напряжены. При ощупываніи живота опредѣляется опухоль, неравномѣрно эластической консистенціи, флюктуирующая; она исходитъ изъ полости таза, вверху стоитъ пальца на три ниже мечевиднаго отростка. Ощупываніе слѣва безболѣзненно. Перкуторный тонъ на опухоли—тупой. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vag. цилиндрической формы, нормальнаго объема, обращена кзади. Матка нормальной величины и плотности, въ anteversio, ограниченно подвижна, причемъ въ лѣвую сторону она сдвигается значительно легче, чѣмъ въ правую. Лѣвый сводъ, а отчасти также правый и задній заняты сегментомъ вышеупомянутой опухоли.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri colloid.

Операція произведена 12 октября 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, причемъ оказалось, что киста была приращена спереди, почти на всемъ протяженіи. Отдѣливъ эти сращенія, коллоидное содержимое кисты было выпущено толстымъ троакаромъ. При попыткѣ вывести спавшуюся опухоль оказалось, что вверху она фиксирована довольно прочными сращеніями съ сальникомъ.

Брюшной разрѣзъ былъ продолженъ вверхъ, обходя пупокъ влѣво. Послѣ отдѣленія сращеній, причемъ на нѣкоторыя изъ нихъ предварительно были наложены лигатуры,—киста выведена наружу, ножка ея перевязана въ два пучка и опухоль удалена. Правый яичникъ оказался вполнѣ нормальнымъ. Брюшная рана (длиною 23 ctm.) закрыта 20 шелковыми швами. Послѣопераціонное состояніе, за исключеніемъ однократнаго повышенія t° до 38,2, на второй день послѣ операціи,—прошло нормально. На 10-ый день сняты швы, сращеніе полное, первымъ натяженіемъ.

На 10 день больная встала съ постели, на 30 выписалась здоровою.

Описаніе опухоли: опухоль представляетъ собою многополостную кисту, причемъ наибольшая полость занимаетъ переднюю часть опухоли; задняя-же часть, а равно и верхняя состоятъ изъ мелкихъ полостей, величиною отъ горошины до куринаго яйца. Содержимое полостей коллоиднаго характера, съ уд. в. 1,022. Вѣсъ плотной части опухоли—3370 grm. Количество выпущенной жидкости—9500 к. ц. Общій вѣсъ опухоли—12870 grm.

№ 15.

А. Б. *) поступила въ клинику 18 Октября 1888 года, 33 лѣтъ. Первая менструація появилась на 13 году и дальнѣйшій типъ регулъ до настоящаго времени совершенно правильный, въ продолженіи 3—4 дней черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 19 году жизни; была беременна 11 разъ, въ томъ числѣ было два выкидыша на 3 и 2 мѣсяцѣ и одинъ мертворожденный ребенокъ. Акушерской помощи ни при однихъ родахъ не понадобилось; послѣдніе роды живымъ ребенкомъ были 7 мѣсяцевъ тому назадъ: послѣдъ

*) Описана студ. Новицкимъ и Поповымъ.

вышелъ черезъ 3 часа при посредствѣ выжиманія, причемъ было сильное кровотеченіе. До послѣдней беременности больная у себя не замѣчала никакой ненормальности, во время беременности животъ былъ очень великъ и въ немъ часто появлялось ощущеніе боли и колотья.

На животѣ ясно замѣчалась борозда, идущая справа налѣво, и сверху внизъ. Послѣ родовъ пролежала въ постели около 6 недѣль и, оправившись послѣ болѣзни, впервые обратила вниманіе на чрезмѣрную величину живота и ощущеніе чего-то посторонняго въ его полости.

Больная жалуется на ненормальную величину живота и связанныя съ этимъ боли внизу живота и поясницѣ, постоянные запоры, головныя боли, большей частью въ лѣвой сторонѣ, сердцебіеніе, головокруженіе и частые позывы къ мочеиспусканію.

Status praesens. Больная малаго роста, съ плохимъ питаніемъ, представляла при осмотрѣ слѣдующее: животъ нѣсколько вздутъ, на кожѣ замѣчаются послѣродовые рубцы и растянутыя вены. Наибольшая окружность на уровнѣ пупка 86½ ctm., отъ proc. xyphoid. до пупка 13 ctm., отъ пупка до лоннаго соединенія 23 ctm., отъ правой spinail. ant. sup. до пупка 23 ctm., отъ лѣвой 22 ctm.

При ощупываніи живота опредѣляется опухоль, выполняющая всю его правую половину и значительную часть лѣвой; порядочный сегментъ опухоли вдается во входъ малаго таза, верхняя граница ея подходитъ къ scrobiculum cordis. Консистенція опухоли довольно плотна, флюктуаціи въ ней не ощущается, плотность ея неравномѣрна, поверхность бугриста въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, съ правой стороны ощупывается болѣе значительный выступъ; пальца на 3 ниже пупка прощупывается борозда, дѣлящая опухоль на два отдѣла: верхній большой и нижній меньшій.

Подвижность опухоли ясна въ боковыхъ направленіяхъ, вверхъ и внизъ она почти неподвижна. При внутреннемъ изслѣдованіи per vaginam найдено, что portio vaginalis uteri нормальнаго объема, цилиндрической формы, отклонена влѣво и кзади; въ правомъ, заднемъ и переднемъ сводахъ прощупываются сегменты опухоли плотной консистенціи; въ заднемъ сводѣ этотъ сегментъ лежитъ между натянутыми и напряженными lig. recto uterina.

При изслѣдованіи зеркаломъ portio vaginalis uteri представляетъ явленія застойной гипереміи; зѣвъ является въ видѣ поперечной щели, при изслѣдованіи зондомъ длина полости матки опредѣлена въ 8½ ctm. При изслѣдованіи per rectum найдено, что excavatio sacralis свободна отъ нижняго сегмента опухоли, которая лежитъ внѣ малаго таза; съ лѣвой стороны прощупывается ovarium; мочевой пузырь вытянутъ вверхъ и вправо.

На основаніи величины, свойствъ поверхности, плотности, роста и подвижности опухоли, діагностика колебалась между пролиферирующей кистой праваго яичника и фиброміомой матки. Но, принимая во вниманіе величину полости матки, измѣренную зондомъ, діагностика болѣе склонялась въ пользу cystoma ovarii dextri.

2 Ноября 1888 года было произведено чревосѣченіе; разрѣзъ проведенъ отъ пупка до symphisis oss. pubis на разстояніи 14 ctm. При изслѣдованіи введенной черезъ рану рукой оказалось, что пальца на 4 выше и

ниже пупка peritoneum parietale плотно срощена съ передней поверхностью опухоль и тутъ въ полость peritonei проникнуть нельзя.

Въ нижнемъ углу раны сращеній не было, оттуда и было начато ручное отдѣленіе опухоли отъ брюшины. Слѣва отъ пупка срощенія оказались настолько плотными, что для удобства пришлось продолжить разрѣзъ живота еще на 7 ctm. выше и начать отдѣленіе съ правой стороны. Затѣмъ обнаружилось срощеніе опухоли съ сальникомъ и colon transversum; срощенія съ сальникомъ, послѣ предварительнаго наложенія 5 одиночныхъ лигатуръ, отдѣлены; самое плотное изъ нихъ, толщиною около 5 ctm., было перевязано двойной лигатурой. Послѣ полнаго отдѣленія срощеній, опухоль извлечена наружу и ея ножка, перекрученная въ ½ оборота, въ составъ которой вошли широкая связка и правая фаллопіева труба, была перевязана въ 2 пучка, перерѣзана и опухоль удалена.

Брюшная рана зашита 24 глубокими и 3 поверхностными швами; продолжительность операціи 55 минутъ.

Осложненій въ послѣопераціонномъ періодѣ никакихъ не было: t° въ теченіи только первыхъ сутокъ (къ вечеру) и на утро вторыхъ вышла изъ предѣловъ нормы (до 38,2), все остальное время она была нормальной. Пульсъ сейчасъ-же послѣ операціи представлялъ maximum 120 ударовъ въ минуту, при t° 37,4 и числѣ дыханій 26, потомъ упалъ и колебался въ предѣлахъ 106—80 въ 1 минуту.

На 10 день (12 ноября) сняты швы; вездѣ оказалось prima intentio. 23 ноября паціентка выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой. При изслѣдованіи оказалось, что животъ не вздутъ, стѣнки его дряблы, въ видѣ складокъ; рубецъ въ хорошемъ состояніи, инфильтрата нѣтъ; при ощупываніи, совершенно безболѣзненный для больной, ничего ненормальнаго въ полости живота не замѣчается. Окружность на уровнѣ пупка 65 ctm., наибольшая окружность 67, отъ proc. xyphoid до пупка 12 ctm., отъ пупка до лоннаго соединенія 14 ctm., отъ правой и лѣвой spin. il. ant. sup. до пупка 15 ctm. При изслѣдованіи per vaginam матка слегка увеличена, при давленіе безболѣзнена.

Въ правомъ сводѣ прощупывается возлѣ края uteri небольшой экссудатъ, при дотрогиваніи слегка болѣзненный, въ лѣвомъ—нормальный яичникъ. При выпискѣ изъ клиники больной данъ совѣтъ носить эластическій бандажъ и спринцеваться aceto pyroligneso. Опухоль по наружному виду представлялась состоящей изъ 2 отдѣловъ, тѣсно соединенныхъ между собой, верхняго большаго и нижняго меньшаго. При разрѣзѣ ткань ея представлялась отечной, содержащей небольшія полости отъ горошины до грецкаго орѣха и наполненныя колоидной жидкостью.

Въ общемъ опухоль имѣла видъ солиднаго образованія вѣсомъ съ жидкостью 4300 gr., безъ жидкости 3630 gr. Длина ея 28 ctm., ширина большаго отдѣла 20 ., меньшаго 13 ctm., высота 15 ctm.

№ 16.

П. У. поступила въ клинику 23-го сентября 1888 г. Больная 24-хъ лѣтъ православнаго вѣроисповѣданія, мѣщанка, перчаточница. Первая менструація на 17 году, типъ ихъ установился черезъ 4 недѣли по 3 дня. Замужъ вышла на 20 году, рожала 4 раза, послѣдніе роды 6 недѣль тому назадъ. Въ теченіи послѣдняго года стала замѣчать ростъ живота. 4 дня тому назадъ какъ замѣчаетъ придаточную, сильно болѣзненную опухоль въ области пупка. Регулъ нѣтъ.

Жалуется на слабость, отсутствіе аппетита, лихорадочное состояніе и боли внизу живота въ теченіи послѣднихъ 4-хъ недѣль.

Status praesens. Больная—шатенка, средняго роста, плохаго питанія. Нижнія конечности отечны. Животъ растянутъ опухолью, размѣры его:

Окружность на уровнѣ пупка	96	ctm.
Наибольшая окружность	98	„
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	18	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія	14	„
Отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка	20	„
Отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка	21	„

Въ области пупка замѣчается на протяженіи 8 ctm. болѣзненность. По всей поверхности живота ясная флюктуація. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки цилиндрической формы, направлена кзади; матка въ положеніи anteversio, плотна, неподвижна. Опухоль, выполняя всю полость живота, оттѣсняетъ матку впередъ и вытягиваетъ своды кверху, особенно задній. Черезъ боковые своды и задній съ трудомъ опредѣляются сегменты опухоли неравномѣрной консистенціи, есть эластическіе, есть и плотные участки. Всякія движенія опухоли вызываютъ сильную боль. На 4-й день, по поступленіи больной въ клинику, въ области пупка появилась краснота, и флюктуація стала еще яснѣе. На другой день въ области наибольшаго напряженія сдѣланъ тонкимъ троакаромъ проколъ и при помощи аппарата Потэна добыто 600 куб. с. жидкаго зеленоватаго гноя безъ запаха. Черезъ 4 дня послѣ этаго снова выпущено около 2250 куб. с. такого-же характера жидкости.

На мѣстѣ прокола образовалась фистула, которая вела въ полость кисты. Черезъ это отверстіе все время до операціи выходило то большее, то меньшее количество гноя; ежедневная смѣна повязки и промываніе кисты салициловымъ растворомъ (1: 1000). Температура больной лихорадочная, по временамъ только на нѣсколько дней приходила къ нормѣ, но затѣмъ опять поднималась до 38, 5—38, 9°.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri. Suppurratio cystidis.

Операція—ovariotomia 14 января 1889 года.

Больной, въ виду ея нѣсколько возбужденнаго состоянія и аритміи пульса, за четверть часа до операціи было впрыснуто $^1/_6$ gr. солянокислаго морфія въ область лѣвой половины грудной клѣтки на уровнѣ 4-го ребра. Расчетъ вполнѣ оправдался, пульсъ сталъ отличаться правильностью по періодичности ударовъ пульсовой волны и полнотой; хлороформированіе увѣнчалось полнымъ наркозомъ, что такъ тщетно пытались получить хлороформированіемъ въ первый разъ. Въ 11 ч. 10 м. операторъ разсѣкъ кожу съ подкожнымъ жирнымъ слоемъ толщиной въ $2^1/_2$ ctm., по бѣлой линіи живота, начиная отъ пупка до лоннаго соединенія. Кровоточащіе сосуды тотчасъ-же захвачены Pean' пинцетами. Затѣмъ давленіемъ на брюшныя стѣнки удалось черезъ имѣющуюся фистулу съ лѣвой стороны отъ пупка выдѣлить значительное количество желто-зеленоватаго густаго гноя; послѣдовательно-же спринцеваніемъ теплымъ растворомъ салициловой кислоты, до полнаго исчезанія гноя въ обратно вытекающей струи жидкости, окончательно дезинфецированы доступные завороты полости. Рана, въ виду соприкосновенія ея съ гноемъ, промыта 10% растворомъ.

Въ послѣдующій моментъ разсѣченъ апоневрозъ и брюшина между двумя пинцетами и кривыми ножницами при помощи указательнаго пальца разрѣзъ брюшины былъ увеличенъ вверхъ и внизъ.

Послѣ тщательной дезинфекціи рукъ операторъ проникъ въ брюшную полость. Выведеніе опухоли наружу не представляло никакой возможности. Пришлось увеличить разрѣзъ всѣхъ слоевъ брюшной стѣнки вверхъ, обходя пупокъ слѣва черезъ фистулезный ходъ. Это повело къ выдѣленію наружу нѣсколько куб. сант. гною, тотчасъ же захваченнаго губками. Толщина брюшныхъ стѣнокъ, какъ на мѣстѣ фистулезнаго хода, такъ и по окружности была увеличена до трехъ пальцевъ, онѣ отличались рубцевой плотностью; направленіе хода спереди и сверху, назадъ и внизъ. Тогда только послѣ разрыва ложныхъ перепонокъ, между брюшной стѣнкой и опухолью, эту послѣднюю при значительномъ усиліи можно было вывести изъ брюшной полости, причемъ капсула кисты, сращенная съ передней брюшной стѣнкой, была разорвана и часть ея осталась на ней въ видѣ отдѣльной пластинки. Тотчасъ же наложено на ножку опухоли 2 двойныхъ лигатуры и опухоль съ соотвѣтственной трубой отрѣзана ножомъ. Культя опущена въ брюшную полость. Острою ложкой Фолькмана выскобленъ, раскрытый по всей длинѣ свищевой ходъ, съ внутренней стороны брюшной стѣнки тупымъ способомъ отдѣлена пластинка соединительной ткани длиной 6 ctm., шириной 4 ctm., покрытая частью молекулярнымъ распадомъ, частью темнокрасными грануляціями на поверхности, обращенной въ полость живота. Эта перепонка, очевидно, составляла часть капсулы кисты сращенной съ lam. pariet. peritonei. Рана брюшной стѣнки, равная 22 ctm., зашита 17-ю глубокими и 2-мя поверхностными швами. Продолжительность наркоза 1 час. 5 мин., операціи 50 мин.

Послѣопераціонный періодъ. Первые 3 дня температура была нормальная, а начиная съ 4 дня лихорадочная: вечеромъ 38,7°, утромъ 37,5—37°, съ 10 по 20-й держалась на нормальныхъ цифрахъ, а съ 20 дня и почти до самаго выхода больной изъ клиники—лихорадочная. На 10-й день сняты швы: въ нижнемъ углу раны, расхожденіе краевъ; на серединѣ между пупкомъ и symphis. oss. pubis—обсцессъ. На 38-й день больная выписалась изъ клиники, значительно оправившись.

Мы видѣли больную черезъ 4 года послѣ операціи: чувствуетъ себя отлично, значительно пополнѣла; со стороны половой сферы ничего особеннаго не найдено.

Описаніе препарата: удаленная опухоль представляетъ бугристый неправильной формы, кистовидно перерожденный лѣвый яичникъ, по передне-нижней поверхности идетъ лѣвая труба, вытянутая въ длину. Опухоль бугристая. На верхне-задней поверхности опухоли имѣется вскрытая съ разрывомъ стѣнокъ полость, идущая въ двѣ другія, значительно меньшія. Вѣсъ опухоли 460 grm.; длина 12 ctm., ширина 10 ctm., толщина 7 ctm По вскрытіи четырехъ отдѣльно сидящихъ малыхъ кистъ, только въ одной изъ нихъ было найдено гнойное содержимое, а въ остальныхъ—коллоидное.

№ 17.

О. Л. поступила въ клинику 28-го декабря 1888 года. Больная 29 л., дворянка, незамужняя, православнаго вѣроисповѣданія, родилась въ Петербургѣ, гдѣ и живетъ постоянно, занимается акушерствомъ. Первые регулы появились на 12 году, повторялись всегда правильно черезъ 2—2½, недѣли по 3 дня. Больна три года, опухоль замѣтила 2 года тому назадъ. Въ 1888 году были 2 раза кровотеченія, продолжавшіяся 3—4 недѣли. Теперь регулы приходятъ также, какъ и раньше.

Жалуется на опухоль въ животѣ и выпаденіе матки, боль по всему животу, особенно справа и сверху, одышку, запоры, тошноту и рвоту.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, представляетъ изъ себя очень худаго, истощеннаго субъекта. Въ органахъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ измѣненій не замѣчается. Животъ при наружномъ осмотрѣ представляется увеличеннымъ, выпяченнымъ впередъ и вправо. Окружность на уровнѣ пупка—103, наибольшая окружность—104, отъ мечевиднаго отростка до пупка—18, отъ пупка до лобка—25, отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка—35, отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 34 ctm.

При ощупываніи живота въ полости его находимъ опухоль, лѣвая половина которой ясно флюктуируетъ, эластической консистенціи, правая же плотна, бугриста, неправильной формы; послѣдняя теряется въ полости таза. Вся опухоль имѣетъ очень ограниченную подвижность. При бимануальномъ изслѣдованіи найдено: descensus uteri et cystocele. Матка увеличена, плотна, смѣщена вправо и впередъ. Длина ея полости 15 ctm. Въ заднемъ сводѣ прощупываются чрезвычайно плотныя, бугристыя опухоли, изъ которыхъ однѣ, повидимому, принадлежатъ маткѣ, другія—опухоли, опредѣляемой наружнымъ изслѣдованіемъ. Per rectum, въ septum rectovaginale опредѣляются твердые узлы неправильной формы, отдѣленные отъ костей таза, изъ нихъ нѣкоторые какъ-бы переходятъ въ твердую правую часть опухоли. Асцита въ брюшной полости не наблюдается.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri et fibroid. subserosum uteri.

До операціи во время пребыванія въ клиникѣ у больной были явленія частичнаго перитонита, одышка постепенно увеличивалась и появились признаки прижатія мочеточниковъ, такъ что 18 февраля 1889 г.

для облегченія дыханія больной была сдѣлана пункція, причемъ выпущено аппаратомъ Діелафуа 1400 к. с. кофейнаго цвѣта жидкости.

Подъ микроскопомъ въ этой жидкости найдены коллоидные шары и форменные элементы. Послѣ прокола дыханіе сдѣлалось значительно свободнѣе, больная стала гораздо бодрѣе и количество мочи увеличилось съ 350 к. с. до 1300 к. с., 22 февраля 1889 г. сдѣлана операція.

Разрѣзъ 25 ctm. почти отъ мечевиднаго отростка до лоннаго соединенія, не доходя до него пальца на 3. По разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ оказалось, что вся опухоль срощена съ peritoneum parietale въ нѣсколькихъ мѣстахъ справа и слѣва съ сальникомъ; срощенія съ этимъ послѣднимъ отличались большой плотностью и громаднымъ развитіемъ сосудовъ, онѣ перерѣзаны ножницами между двумя лигатурами, первыя же разъединены рукой. Для уменьшенія объема опухоли выпущена троакаромъ жидкость, такого же характера какъ и раньше; опухоль Нелатоновскими щипцами извлечена изъ брюшной полости, на ея ножку, толщиною въ палецъ, наложена двойная лигатура, которой ножка перевязана въ 2 пучка и опухоль срѣзана. При изслѣдованіи оставшихся тазовыхъ органовъ найдены въ глубинѣ таза субсерозные фибронды, которые оставлены на мѣстѣ, въ виду тяжелаго состоянія оперированной. Брюшная рана зашита 26 глубокими шелковыми швами. Операція продолжалась 50 мин. Хлороформированіе 1 ч. 10 м. Потрачено хлороформу 60 grm. Послѣопераціонный періодъ вначалѣ протекалъ гладко, больная жаловалась только на боли въ животѣ и метеоризмъ. На 10-й день сняты швы—первое натяженіе. Начиная съ 11-го дня, больная стала по временамъ лихорадить, на 21-й день образовался небольшой абсцессъ въ нижнемъ углу раны, вскрывшійся на 24-й день. Послѣ этого больная стала постепенно поправляться и на 42-й день выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованіи найденъ на мѣстѣ культи плотный инфильтратъ, выстоящій пальца на 4 надъ симфизомъ, слегка болѣзненный. Матка на нормальномъ мѣстѣ; cystocele нѣтъ. Самочувствіе хорошее.

Описаніе препарата: Вѣсъ опухоли съ оставшейся жидкостью 2830 грм. Опухоль состояла изъ двухъ отдѣловъ: кистовиднаго лѣваго и плотнаго, бугристаго праваго и представляла изъ себя многополостную кисту лѣваго яичника. При разрѣзѣ плотной части оказалось, что она состоитъ изъ массы мелкихъ полостей. Выпущено во время операціи 8000 куб. с. коллоидной жидкости.

№ 19.

М. С. поступила въ клинику 23 марта 1889 года. Больная православнаго вѣроисповѣданія, 30 лѣтъ, родилась въ Новгородской губерніи, работаетъ на фабрикѣ. Первые регулы на 14 году. Замужъ вышла на 24 году. 6 лѣтъ тому назадъ больная упала съ лѣстницы, послѣ чего впервые замѣтила внизу живота съ лѣвой стороны опухоль величиной въ яблоко, которая все постепенно увеличивается; съ этого же времени появились и боли съ лѣвой стороны. Черезъ 3 года снова упала, сильно рас-

шиблась; черезъ нѣкоторое время появились боли въ правой паховой области.

Жалуется на боли, сильную слабость, опухоль и растройство мѣсячныхъ очищеній, типъ ихъ съ ростомъ опухоли измѣнился; являются онѣ неправильно, то черезъ 3, то черезъ 2 недѣли, продолжаясь по 6 дней въ обильномъ количествѣ.

Status praesens. Больная-блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія, но очень анемичная особа. Во внутреннихъ органахъ измѣненій не найдено. Окружность живота на уровнѣ пупка 75 ctm., наибольшая окружность 78 ctm., отъ пупка до лобка 17 ctm., отъ пупка до мечевиднаго отростка 15 ctm., отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 14½ ctm., отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup. 14½ ctm. При ощупываніи черезъ брюшныя стѣнки, опредѣляется круглая, эластическая опухоль, совершенно подвижная, величиной съ головку новорожденнаго ребенка. При бимануальномъ изслѣдованіи port. vaginal. нормальнаго объема, конической формы, направлена влѣво; матка въ положеніи retrolateropositio sinistr., нормальнаго объема и консистенціи, подвижна. Черезъ лѣвый сводъ опредѣляется опухоль, прощупываемая снаружи, сидящая на длинной ножкѣ. При оттягиваніи опухоли вверхъ, въ томъ-же направленіи движется и матка. Въ правомъ сводѣ увеличенный, болѣзненный яичникъ и незначительно растянутая фаллопіева труба.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri et salpingo-oophorit dextr.

Терапія-Ovariotomia 28 марта 1889 года.

Разрѣзъ 14 ctm. При изслѣдованіи черезъ рану оказалось, что опухоль-киста лѣваго яичника, сидитъ на длинной узкой ножкѣ, состоящей изъ lig. lat., tub. Fallopii et lig infundib. pelvicum, съ правой стороны растянутая труба. Сдѣланъ проколъ троакаромъ, причемъ выпущено 550 куб. сант. серозной жидкости. Опухоль удалена, по наложеніи на ея ножку двойной, шелковой лигатуры; правая-же фаллопіева труба не могла быть удалена, вслѣдствіе значительныхъ сращеній и слабости больной. Брюшная рана зашита 12 глубокими швами. Операція продолжалась 30 минутъ. Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій. На 10-й день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ; на 15-й день встала, а на 19-й день выписалась изъ клиника.

№ 20.

Х. Д. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 16-го апрѣля 1889 года. Мѣщанка, 50 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Регулы съ 14 лѣтъ, съ болями въ животѣ и поясницѣ, черезъ 3 недѣли по 5 дней, въ обильномъ количествѣ. Родила 1 разъ и 2 раза выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Роды 33 года тому назадъ, послѣдніе регулы 12 лѣтъ назадъ. Опухоль въ животѣ замѣтила 5 мѣсяцевъ тому назадъ. Боли небольшія внизу живота только послѣднюю недѣлю.

Больная крѣпкаго тѣлосложенія хорошаго, питанія. Матка очень небольшой величины, съ заросшимъ наружнымъ зѣвомъ. Слѣва отъ матки

прощупывается плотная, бугристая опухоль съ голову взрослаго человѣка, подвижная во всѣ стороны.

Діагнозъ: Cystoma coll. ovarii sinistri

Терапія—Ovariotomia 29 апрѣля 1889 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 18 ctm. Опухоль легко извлечена изъ брюшной полости; ножка ея перевязана въ 2 пучка, двойной, шелковой лигатурой, и опухоль удалена. Въ верхней части раны на брюшину, на протяженіи 4 ctm., наложенъ непрерывный кэтгутовый шовъ. Брюшная рана закрыта 18-ю шелковыми швами. Операція продолжалась 30 минутъ. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. На 9-й день сняты швы—первое натяженіе. На 22-й день послѣ операціи выписалась здоровой.

Многополостная коллоидная киста лѣваго яичника мѣстами пронизаная папилломатозными массами.

№ 21.

Е. П. поступила въ клинику 18-го сентября 1889 года. Дворянка, 60 лѣтъ, Тверской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, живетъ въ г. Весьегонскѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови на 15-мъ году, приходили черезъ 7 недѣль по 4—5 дней; теперь уже 11 лѣтъ какъ онѣ прекратились. Замужъ вышла на 19-мъ году, рожала 1 разъ въ срокъ (первые роды) и 3 раза на 8-мъ мѣсяцѣ, послѣдніе роды 32 года тому назадъ. Первые признаки настоящей болѣзни замѣтила 11 лѣтъ тому назадъ, когда впервые прощупала въ животѣ болѣзненную, небольшую опухоль, величиною съ куриное яйцо, которая въ продолженіи 4 лѣтъ достигла большихъ размѣровъ; черезъ 4 года она безъ всякой видимой причины опять стала расти.

Жалуется больная на боли въ пахахъ при ходьбѣ и стояніи, одышку, запоры и т. д.

Status praesens. Блондинка, слабаго тѣлосложенія, выше средняго роста, сильно истощенная особа. Животъ представляется увеличеннымъ, какъ на 8—9-мъ мѣсяцѣ беременности. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка 98 сант., наибольшая окружность—98 сант., отъ пупка до мечевиднаго отростка 24 сант., отъ пупка до лобка—18 сант., отъ пупка до правой sp. il. ant. sup.—22 сант., отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup.—21 сант. При перемѣнѣ положенія больной форма живота не измѣняется. При ощупываніи въ полости живота опредѣляется опухоль, занявшая почти всю его полость, съ ясными границами, эластической консистенціи, флюктуирующая. Влѣво отъ пупка замѣчается болѣе плотный участокъ опухоли, неровной поверхности, величиной съ кулакъ.

Перкуторный звукъ на опухоли—тупой. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть цилиндрической формы, направлена кзади. Положеніе матки—anteflexio, длина ея полости 6 ctm., зондъ идетъ влѣво и кзади, объемъ уменьшенный. Опухоль, повидимому, исходитъ изъ лѣваго яичника и сидитъ на ножкѣ. При изслѣдованіи по способу Hegar'a, опухоль имѣетъ связь съ маткой и удается опредѣлить ея ножку.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri.

Терапія—Ovariotomia 3 октября 1889 года. По вскрытіи брюшной полости по бѣлой линіи, киста была пунктирована, причемъ выпущено 19 фунт. коллоидной жидкости; сращенія съ брюшной стѣнкой разорваны и опухоль удалена, по перевязкѣ ея ножки двойной, шелковой лигатурой въ два пучка и потомъ еще разъ кругомъ одной лигатурой. Ножка длиной 4 ctm. состояла изъ lig. ovarii, lig. lat et tub. Fallop. Брюшная рана зашита 16-ю глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 25 минутъ. Длина разрѣза 17 ctm.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, на 10-й день сняты швы—первое натяженіе, на 18-й день встала, а на 27-й выписалась изъ клиники.

Описаніе препарата: количество выпущенной жидкости 7600 куб. с., вѣсъ кисты 8125 грам., вѣсъ плотной части опухоли 525 граммовъ. Киста была однополостная, содержала въ себѣ густую, темно-бураго цвѣта жидкость,—уд. вѣса 1. 022. Подъ микроскопомъ въ жидкости найдены кровяные шарики въ разныхъ стадіяхъ ихъ распада, коллоидные шары и кристалы холестеарина. Стѣнки кисты имѣли толщину въ среднемъ 2 миллиметра. По мѣстамъ на внутренней поверхности ея найдены папилломатозныя разрощенія различной величины. Въ одномъ мѣстѣ кисты находится плотный узелъ величиной съ кулакъ съ папилломатозными разрощеніями.

№ 22.

В. Б. поступила въ клинику 30-го сентября 1889 года. Вдова—дворянка, 37-ми лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Тверской губерніи, учительница. Первые регулы появились на 15 году, типъ ихъ: черезъ 3½ недѣли по 3 дня; за время болѣзни опаздываютъ и сопровождаются болями, которыя бываютъ особенно сильны передъ появленіемъ ихъ. Замужъ вышла на 25 году, рожала 2 раза, послѣдній разъ 6 лѣтъ тому назадъ и одинъ разъ выкинула (на 3 мѣсяцѣ беременности). Больная съ дѣтства не отличалась крѣпкимъ здоровьемъ, перенесла: тифъ. корь, скарлатину, оспу.

Первые признаки настоящаго заболѣванія обнаружились въ мартѣ 1889 года, регулы стали запаздывать и появилась тупая боль въ лѣвой паховой области, которая особенно сильной была передъ регулами. Въ іюлѣ 1889 года замѣтила опухоль величиной съ кулакъ, очень болѣзненную. Жалуется на боли внизу живота, холодъ и онѣмѣніе конечностей, плохой аппетитъ, сонъ, запоры, разстройство нервной системы. Первоначальное леченіе на дому: ванны, согрѣвающій компрессъ, піявки.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и пищеварительныхъ, особыхъ явленій не замѣчается. При наружномъ осмотрѣ живота надъ лобкомъ видна опухоль, равномѣрно растягивающая брюшныя стѣнки, по величинѣ соотвѣтствуетъ приблизительно 5—6 мѣсяцамъ беременной

матки. При пальпаціи опухоль легко передвигается справа налѣво, снизу—же вверхъ съ трудомъ, повидимому, этому мѣшаютъ сращенія въ тазу. При перкуссіи въ верхней части опухоли опредѣляется кишечный тонъ. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема, плотной консистенціи, болѣзненная при давленіи, направлена впередъ (anteversio), зѣвъ съ надрывами, неправильной формы. Длина полости ея 7, 5 сант. Черезъ лѣвый и задній сводъ опредѣляется сегментъ опухоли, бугристой, мѣстами плотной, мѣстами эластической консистенціи, отдѣленной отъ матки ясной бороздой.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri (многополостная киста лѣваго яичника).

Терапія.—Овріотомія 11-го октября 1889 года. Разрѣзъ проведенъ по бѣлой линіи отъ пупка книзу, не доходя на два пальца до лобка, послойно. Вскорѣ можно было убѣдиться, что въ силу сплошныхъ сращеній между стѣнкой кисты и брюшиной, войти въ брюшную полость въ данномъ мѣстѣ не возможно. Для облегченія ріентировки и болѣе свободнаго отдѣленія сращеній, сдѣлана пункція троакаромъ въ той части кисты, которая выдавалась въ брюшную рану; содержимое шеколаднаго цвѣта было настолько густо, что почти не вытекало изъ трубки; стѣнка кисты была захвачена около мѣста прокола Неллатоновскими щипцами, троакаръ вынутъ, сдѣланъ небольшой разрѣзъ и содержимое опухоли удалено руками и губками, при этомъ вскрылось еще два большихъ отдѣла кисты, гдѣ содержимое тоже шеколаднаго цвѣта, какъ и въ первой.

Операціонное поле очищено отъ сгустковъ. Въ виду того, что въ данномъ мѣстѣ нельзя было проникнуть въ брюшную полость кожный разрѣзъ продолженъ на 1 попереч. палецъ выше пупка, причемъ открылся доступъ въ полость peritonei. Въ брюшную полость для удержанія кишекъ введены губки. Сальникъ и части кишекъ были сращены ложными перепонками съ верхнимъ участкомъ опухоли. Послѣ отдѣленія этихъ спаекъ, что удалось очень легко, приступлено къ отдѣленію стѣнокъ кисты отъ брюшины: вслѣдствіе старыхъ, плотныхъ сращеній, отсепаровка была крайне затруднительна, особенно вправо отъ linea alba. Окончивъ отдѣленіе, можно было убѣдиться, что киста лѣвосторонняя, прикрѣпляется на узкой перекрученной ножкѣ. Черезъ ножку тупой иглой проведена шелковая лигатура № 12, два раза обведена кругомъ, завязана и ножка кисты перерѣзана выше лигатуры и опухоль удалена; ножка опущена въбрюшную полость.

Придатки другой стороны оказались неизмѣненными. Туалетъ брюшины—губками на губкодержателяхъ. Брюшная рана (длиной 14 сантиметровъ) зашита 14-ю шелковыми, узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе: первые четыре дня прошли гладко, температура была нормальная, пульсъ полный отъ 70 до 90 ударовъ въ одну минуту, жаловалась только на головную боль, кашель, тошноту, боль подъ ложечкой, боль въ животѣ. Метеоризмъ устранялся введеніемъ трубки и клизмами.

На 5-й день температура повысилась къ вечеру до 38,7°, кашель сильнѣе, появились боли въ лѣвомъ боку, мокроты мало отдѣляется; на

7 день температура 37,5°, жалобы тѣ-же. На 10 день сняты швы, на мѣстѣ 4 шва снизу, показался гной, жалуется на боли внизу живота. На 17 день температура повысилась опять до 38,4°, на 18 день къ вечеру 40,1°, утромъ на 19 день 38,5°, къ вечеру 39°, на 20 день 37,4°, на 21 день 38,5°, такъ продолжается съ вечерними повышеніями, утренними паденіями до 29 дня; съ этого времени t° принимаетъ болѣе правильное теченіе, изрѣдка къ вечеру доходитъ до 37,9°. На мѣстѣ 4 шва образовался свищъ, изъ котораго выдѣлялся гной и 15 января 1890 года вышла шелковая лигатура. При изслѣдованіи per vaginam 2 ноября 1889 года найдено слѣдующее: въ правомъ сводѣ значительный инфильтратъ ткани, идущій въ передній и задній своды, при пальпаціи значительная чувствительность, лѣвый сводъ занятъ сравнительно мало. 30 ноября также былъ найденъ отекъ ногъ. Леченіе послѣ операціи: согрѣвающій компрессъ на животъ, ванны, души горячія, прижиганіе argento nitr. свищеваго хода, присыпка разросшихся грануляцій въ швѣ порошкомъ Magist. bismuth при сильныхъ боляхъ суппозиторіи, подъ кожу морфій, внутрь codein, kali bromati, Magist. bismutum, когда у больной былъ одно время поносъ. 9 февраля 1890 года больная выписалась изъ клиники, пробывъ въ ней 133 дня. При выпискѣ найдено слѣдующее: больная жалуется на боли появляющіяся по временамъ въ спинѣ, чаще слѣва; отекъ ногъ совершенно исчезъ, незначительная чувствительность лѣвой стопы. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteflexio, довольно большой величины, плотная, не чувствительная, подвижна болѣе справа налѣво. Правый сводъ свободенъ, опредѣляется небольшой яичникъ; въ лѣвомъ сводѣ около угла матки культя величиной въ лѣсной орѣхъ.

Описаніе препарата: Удаленная опухоль оказалась многополостной, лѣвосторонней кистой, величиной съ дѣтскую голову; 3 полости величиной съ апельсинъ, остальныя мелкія. Остатка яичника нѣтъ. Стѣнки неравномѣрной толщины, отечны. Ножка толщиной въ мизинецъ—перекручена.

№ 24.

А. С. поступила въ клинику 18 декабря 1889 года. Крестьянка Тверской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, 46 лѣтъ, живетъ въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 14 году типъ ихъ: черезъ 4 недѣли, 5 дней. Замужъ вышла на 20 году, рожала 3 раза, роды были правильные и послѣ родовъ не хворала, послѣдніе роды 11 лѣтъ тому назадъ. 10 лѣтъ тому назадъ больная случайно нащупала въ полости живота, маленькую опухоль величиной въ куриное яйцо, которая была немного болѣзненна при давленіи, но въ остальномъ больную не безпокоила. Ростъ опухоли былъ постепенный, увеличивалась она незамѣтно. 3 года тому назадъ опухоль начала давать ощущенія тяжести внизу живота, боли усилились, но являлись періодически: то сильнѣе, то слабѣе. Регулы въ это время стали являться только черезъ 3—4 мѣсяца, продолжаясь по 4—5 дней. Съ осени 1889 года къ этимъ

припадкамъ присоединились разстройство со стороны мочеваго пузыря, въ видѣ болѣзненности и учащенія мочеиспусканія и запоры.

Status praesens. Брюнетка, средняго тѣлосложенія и роста, плохаго питанія. Со стороны органовъ дыханія—хроническій бронхитъ; въ органахъ же кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается. Въ полости живота прощупывается бугристая, мѣстами эластическая опухоль, величиной съ голову новорожденнаго. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть стоитъ высоко, позади симфиза; зѣвъ открытъ, пропускаетъ свободно палецъ; матка лежитъ влѣво и кзади, небольшой величины, длина ея полости 5¾ сантиметра.

Черезъ правый сводъ опредѣляется сегментъ эластической опухоли, прощупываемой снаружи. Эта опухоль сидитъ на длинной ножкѣ, причемъ движенія ея слѣва на право передаются маткѣ. Черезъ задній сводъ опредѣляется другая опухоль эластической консистенціи, неподвижная и выполняющая всю крестцовую впадину; только при отодвиганіи наружной рукой первой опухоли вправо, удается нѣсколько приподнять вторую опухоль.

При изслѣдованіи per rectum найдено, что слизистая оболочка ея передвигается надъ опухолью.

Діагнозъ: cystoma ovarior duplex.

Относительно лѣвой опухоли, діагнозъ колеблется между ущемленной кистой лѣваго яичника и глубокой интралигаментарной.

Терапія—Ovariotomia. 13 января 1890 года. Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 19 cim. Лежащая въ разрѣзѣ дольчатая опухоль оказалась сращенной съ сальникомъ, брюшиной, маткой и пузыремъ. Сращенія разъединены рукой, при чемъ наложена была лигатура на толстый пучекъ ложныхъ перепонокъ, шедшихъ къ лѣвой задней части опухоли. При ручномъ отдѣленіи сращеній, между опухолью и мочевымъ пузыремъ, послѣдній разорвался, причемъ образовался разрывъ длиною въ 6 сантиметровъ. При ближайшемъ изслѣдованіи оказалось, что стѣнка пузыря на мѣстѣ сращенія съ опухолью—совершенно истончена, поэтому пришлось удалить и часть стѣнки пузыря. По уничтоженіи всѣхъ сращеній опухоль извлечена наружу, причемъ не оказалось ножки у опухоли, она открутилась отъ своей ножки и питалась на счетъ пузыря. Рана пузыря зашита непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ.

Лѣвая опухоль—киста, выполнявшая крестцовую впадину и принадлежавшая лѣвому яичнику,—выведена наружу помощью Нелатоновскихъ щипцовъ, причемъ она разорвалась и содержимое ея вылилось. По отдѣленіи сращеній съ маткой, опухоль удалена послѣ перевязки ея ножки двойной шелковой лигатурой въ два пучка.

Брюшная рана зашита 17 глубокими и 4 поверхностными, шелковыми швами. Наложена обычная повязка и поставленъ катетръ à demeure. Операція продолжалась 55 минутъ. Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. Повязка смѣнена на 10 день и сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. Катетръ удаленъ 24 января, мочится сама, безъ боли. На 22 день встала. 15 февраля, на 33 день выписалась здоровой. Выздоров-

леніе шло медленно вслѣдствіе сильнаго истощенія, существовавшаго до операціи.

Описаніе препарата: правая опухоль, принадлежала яичнику, вѣсомъ 372 гр., 13 ctm. длины, 10 ctm. ширины,—представляетъ многополостную кисту, наполненную коллоидною жидкостью. На внутренней поверхности во многихъ мѣстахъ встрѣчаются сосочковыя разрощенія. Лѣвая опухоль принадлежала лѣвому яичнику 10 ctm., въ длину и въ ширину, вѣсомъ 382 грам.; представляетъ такъ же многополостную кисту, съ коллоиднымъ содержимымъ и сосочковыми разрощеніями, на внутренней поверхности наполненными прозрачной, тягучей жидкостью желтаго цвѣта.

№ 25.

О. Д. поступила въ клинику 17 марта 1890 года. Мѣщанка Тверской губ., 42 лѣтъ отъ роду, замужемъ 17 годъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы пришли на 16 году, типъ ихъ до болѣзни черезъ 4 недѣли, по 3—4 дня, за время болѣзни неправильны, иногда въ мѣсяцъ два раза по 4 дня безъ болей. Беременной не была.

Жалуется на сильную боль въ поясницѣ, неправильные регулы и на опухоль, которую больная замѣтила пять лѣтъ тому назадъ въ правой половинѣ низа живота величиной съ кулакъ. Опухоль была подвижна и не причиняла больной никакихъ разстройствъ. Увеличивалась она постепенно, перемѣстилась въ лѣвую сторону и стала менѣе подвижна. Годъ тому назадъ опухоль начала быстро расти.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, сильно истощена. Животъ увеличенъ равномѣрно во всѣ стороны; брюшныя стѣнки напряжены и истончены. Наибольшая окружность 95 ctm., окружн. на уровнѣ пупка 95 ctm., отъ лоннаго соединенія до пупка 22 ctm., отъ пупка до мечевиднаго отростка 17 ctm., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 24 ctm., отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 23 ctm. При пальпаціи живота опредѣляется опухоль, доходящая до реберъ, поверхность гладкая, ровная, эластической консистенціи, неподвижная, даетъ всюду ощущеніе флюктуаціи, часть лежащая вверху и влѣво нѣсколько болѣе плотна, чѣмъ остальная масса. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: матка смѣщена кзади и влѣво, небольшой величины въ anteversio, длина ея полости 8 ctm., зондъ направляется влѣво, подвижность ея ограничена и, повидимому, находится въ связи съ опухолью. Въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ эластической опухоли. На основаніи этихъ данныхъ поставленъ діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri coll., причемъ предположено, что она содержитъ одну большую полость и нѣсколько мелкихъ, гдѣ консистенція ея плотнѣе.

(Многополостная, коллоидная киста лѣваго яичника).

Терапія.—Ovariotomia. Операція произведена 3 марта 1890 года. Разрѣзъ послойно по l. alba, длинной 20 ctm., проведенъ отъ лоннаго соединенія и оконченъ пальца на три выше пупка; пупокъ обойденъ влѣво. Опухоль имѣла сращенія съ сальникомъ и брюшиной на правой сторонѣ, которыя довольно легко были отдѣлены рукой. Киста пунктирована троакаромъ, получилось небольшое количество тягучей, мутной жидкости, которая едва вытекала черезъ троакаръ. Затѣмъ, при извлеченіи опухоли изъ полости живота, отдѣльныя полости кисты прорвались въ двухъ мѣстахъ, вслѣдствіе чего большое количество жидкости вылилось прямо на операціонный столъ и часть попала въ полость брюшины. Черезъ ножку кисты проведена двойная лигатура и ножка перевязана въ 2 пучка, опухоль срѣзана ножницами, культя опущена въ брюшную полость. При осмотрѣ оставшихся частей оказалось, что опухоль дѣйствительно развилась изъ лѣваго яичника, а правый былъ сморщенъ. Брюшная рана зашита 23 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 35 мин.

Послѣопераціонное теченіе: начиная со 2 дня больная лихорадила, t° колебалась между 37,6° и 39,4°, пульсъ все время былъ полный, около 80—100 ударовъ въ минуту; больная жаловалась на боли внизу живота съ лѣвой стороны. На 7 день t° упала и больше уже не поднималась. На 10 день сняты швы—рана зажила первымъ натяженіемъ; на 18 день больной позволено сидѣть, на 27 день больная встала, на 32 день выписалась изъ клиники. Чувствуетъ себя хорошо. При изслѣдованіи: матка отклонена кзади, мало подвижна спереди назадъ. Позади матки и въ лѣвой широкой связкѣ, небольшой, плотный, параметритическій эксудатъ, мало болѣзненный.

Описаніе препарата: Вѣсъ опухоли вмѣстѣ съ частью жидкости 3400 grm., длина опухоли 20 ctm., ширина 18 ctm. Удаленная опухоль представляетъ многополостную кисту, наполненную тягучей, малопрозрачною жидкостью. Стѣнки кисты малососудисты, на внутренней поверхности гладки. При изслѣдованіи жидкости подъ микроскопомъ найдены: красные и бѣлые шарики и коллоидные шары.

№ 26.

О. М. поступила въ клинику 4 ноября 1890 года. Мѣщанка, уроженка г. Ревеля, живетъ въ г. Петербургѣ, православнаго вѣроисповѣданія, 21 года, занимается домашнимъ хозяйствомъ, дѣвица. Первые регулы явились на 19 году, всегда приходили, какъ и теперь—неправильно, черезъ 2—3—4 недѣли по 6—7 дней, въ обильномъ количествѣ. Первое появленіе менструаціи сопровождалось явленіями умопомѣшательства буйнаго характера. Съ 11 лѣтъ страдаетъ припадками эпилепсіи. Припадки, появлявшіеся сначала раза по 3—5 въ мѣсяцъ, постепенно учащались и къ концу 1887 года достигли до 20 разъ въ день. Больная была помѣщена въ больницу Св. Николая Чудотворца; припадки тамъ значительно уменьшились; дома они на нѣкоторое время вновь появились, но потомъ совсѣмъ прекратились. Въ концѣ 1888 года послѣ купанья простудилась и менструаціи не было 3 мѣсяца, во время чего было замѣчено опуханіе живота, исчезнувшее съ появленіемъ обильныхъ регулъ. Въ декабрѣ 1889 года появились: боли въ лѣвой подвздошной области на мѣстѣ положенія яичника, которыя были особенно сильны передъ менструаціями, и онѣмѣніе лѣвой стороны тѣла. Опухоль замѣтила два года.

Жалуется на опухоль въ лѣвой сторонѣ живота, колотье въ боку, боли въ поясницѣ, бѣли гноевидныя, иногда сукровичныя, запоры, затрудненное мочеиспусканіе и частые позывы къ нему.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, достаточно упитана. Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки—блѣдны. Органы дыханія, кровообращенія и пищеварительные ничего ненормальнаго не представляютъ. Матка отклонена вправо и нѣсколько кзади, плотна, безболѣзненна, не увеличена; влагалищная часть смотритъ впередъ. Черезъ передній и правый сводъ прощупывается эластическая опухоль величиной въ два кулака, довольно подвижная во всѣ стороны. При оттягиваніи опухоли кверху въ томъ-же направленіи, но очень мало двигается и матка.

Діагнозъ: Cystes ovarii sinistri.

Терапія—Оваріотомія 17 ноября 1890 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ вскрыта брюшная полость по бѣлой линіи отъ пупка къ симфизу, не доходя пальца на 3 до него. Длина разрѣза 12 ctm. На края раны наложены двѣ провизорныя лигатуры, кишечныя петли удерживались на мѣстѣ губками. Киста пунктирована троакаромъ, выпущено изъ нея 300 куб. сант. серозной жидкости; мѣшокъ легко извлеченъ изъ брюшной полости и удаленъ ножницами, послѣ наложенія на его ножку (ножка длинная), состоящую изъ lig. ovarii и lati., двойной шелковой лигатуры. Правый яичникъ, какъ здоровый, оставленъ на мѣстѣ. Брюшная рана зашита 12 шелковыми, узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ особыхъ болей; t° колебалась между 37, 3—37, 9; на третьи сутки одинъ разъ поднялась до 38, 0°. На 5 день послѣ операціи показались крови, продолжавшіяся 7 дней. На 6 день послѣ операціи у больной случился эпилептическій припадокъ; до выписки изъ клиники ихъ было еще два; при первомъ припадкѣ t° повысилась до 40°, пульсъ 110 ударовъ въ минуту; на 9 день сняты швы—первое натяженіе; на 36 день—23 декабря 1890 года больная выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованіи: матка безболѣзненна въ retroversio, своды свободны и безболѣзненны.

Описаніе препарата: опухоль—однополостная киста лѣваго яичника, тонкостѣнная, съ гладкой внутренней поверхностью. Вѣсъ мѣшка 20 grm. Количество выпущенной жидкости 300 куб. с.

№ 27.

Л. К. поступила въ клинику 23 Октября 1890 года. Мѣщанка г. Гельсингфорса, 57 лѣтъ отъ роду, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Вышла замужъ на 21 году, рожала 1 разъ—36 лѣтъ тому назадъ. Регулы пришли на 15 году, въ первое время приходили черезъ 7 недѣль, затѣмъ черезъ 5 недѣль, наконецъ приняли правильный типъ: черезъ 4 недѣли, продолжаясь всегда 2 дня, въ очень обильномъ количествѣ. Перестала менструировать 5 лѣтъ тому назадъ. Мѣсяца три тому назадъ замѣтила, что животъ быстро ростетъ и что-то тамъ перекатывается при измѣненіи положенія тѣла.

Жалуется на напираніе на низъ, затрудненіе при ходьбѣ, тяжесть внизу живота, затрудненіе мочеиспусканія и частые позывы, запоры, плохой сонъ и аппетитъ.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, довольно хорошо упитанная. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ особеннаго ничего не замѣчается. Животъ представляется увеличеннымъ въ своихъ размѣрахъ, при ощупываніи довольно болѣзненъ въ нижнихъ частяхъ, особенно съ правой стороны. Въ полости его опредѣляется опухоль, помѣщающаяся больше съ правой стороны, эластической консистенціи, подвижная, гладкая. Въ области опухоли при постукиваніи—тупой тонъ. Высота опухоли надъ лобкомъ 14 ctm., ширина 14 ctm.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, безболѣзненная, вполнѣ подвижная, оттѣснена влѣво и кзади (retroversio et interpositio sinistr). Черезъ правый и передній сводъ прощупывается опухоль величиной съ голову взрослаго человѣка, весьма подвижная по всѣмъ направленіямъ; при оттягиваніи опухоли вверхъ, за ней слѣдуетъ и матка.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri и перекручиваніе ножки ея. (За что говоритъ: болѣзненность опухоли, вздутіе живота, повышенная температура 39,4,—39,5°, явленія субъакутнаго мѣстнаго перитонита).

Терапія—Оваріотомія 3 ноября 1890 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ между пупкомъ и лобкомъ, длиною 20 ctm. Опухоль оказалась, несмотря на свое положеніе съ правой стороны отъ матки, принадлежащей лѣвому яичнику. Ножка, образованная лѣвой фаллопіевой трубой и lig. ovarii была перекручена 5 разъ, абдоминальный конецъ трубы представлялъ начало гангренесценціи. Опухоль пунктирована троакаромъ; выпущена часть серозной жидкости, затѣмъ киста извлечена изъ брюшной полости, на ножку ея наложена двойная лигатура, завязана въ два пучка, опухоль срѣзана ножницами и ножка опущена въ брюшную полость. Правый яичникъ оказался здоровымъ. Брюшная рана зашита 15 глубокими, шелковыми, узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, t° все время была нормальная. Пульсъ полный, хорошій, 80—120 уд. въ минуту. На 9 день сняты швы. Рана зажила—первымъ натяженіемъ, только около двухъ нижнихъ швовъ поверхностное нагноеніе, которое быстро прошло; на 23 день больной позволено ходить, а на 27 день выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой. При выпискѣ: матка въ retroversio, подвижна, своды совершенно свободны, болѣзненности нигдѣ нѣтъ. Описаніе препарата: Опухоль—однополостная киста съ серознымъ содержимымъ. Количество выпущенной жидкости 1100 куб. сант.; вѣсъ кисты 1370 грам.; вѣсъ мѣшка 270 граммовъ.

№ 28.

А. В. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 13 ноября 1890 года.

Мѣщанка, еврейка, занимается домашнимъ хозяйствомъ, 25 лѣтъ. Регулы съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 4 дня, обильные. Послѣдніе—8 недѣль тому назадъ. Рожала 4 раза, выкинула 5 разъ. Послѣдній выкидышъ 1 годъ тому назадъ. Больная постоянно страдала изжогой и рвотой въ началѣ всѣхъ беременностей. Со времени перваго выкидыша страдаетъ бѣлями. Около года назадъ, послѣ послѣдняго выкидыша, лечилась отъ retroversio uteri и носила кольцо. Мѣсяцевъ 8 назадъ болѣла плевритомъ.

Жалуется въ настоящее время на общую слабость, тошноту, головокруженіе, боли подъ ложечкой и отсутствіе регулъ—8 недѣль.

Status praesens. Больная высокаго роста, слабаго тѣлосложенія, худая, анемичная особа. Матка въ положеніи anteversio, стоитъ высоко, смѣщена впередъ къ лонному соединенію, подвижность ея ограничена. Она замѣтно увеличена, (дно ея стоитъ пальца на 3 надъ лобкомъ), плотной консистенціи. На шейкѣ матки явленіе застойной гипереміи.

Передняя губа шейки немного размягчена. Задній сводъ расширенъ. Здѣсь прощупывается опухоль, занимающая весь задній сводъ и заходящая въ лѣвый. Она съ ясными контурами, поперечно-овальной формы, величиной съ гусиное яйцо, эластической консистенціи въ ея лѣвомъ большомъ сегментѣ и плотноватой въ правомъ меньшемъ. Въ лѣвой ея половинѣ ощупывается пульсація; опухоль безболѣзненна, не смѣщается и отдѣлена отъ задней поверхности матки ясной бороздой. Верхней ея границы прощупать не удается. Правый яичникъ не опредѣляется.

Діагнозъ: Graviditas extrauterina? Post operationem cystoma ovarii sinistri et graviditas uterina.

До операціи больная пролежала въ баракѣ 2½ нед. Объективныхъ перемѣнъ не замѣчено. За 3 дня до операціи появились схваткообразныя боли и показалось немного крови послѣ зондированія полости матки, причемъ зондъ свободно прошелъ до дна матки на 10 ctm., не вызвавъ ни болей, ни кровотеченія.

Операція—Ovariotomia произведена 22 ноября 1890 года.

Разрѣзъ по средней линіи на 14 ctm. При изслѣдованіи черезъ рану опухоль оказалась кистой лѣваго яичника, плотно ущемленной въ заднемъ Дуглассовомъ пространствѣ. Опухоль легко выведена наружу, ножка перевязана въ два пучка шелковой лигатурой. Брюшная рана зашита 14 глубокими шелковыми швами. Операція продолжалась 20 м.

Послѣ операціи больная много безпокоилась, были боли въ животѣ, рвота, довольно мучительный кашель съ выдѣленіемъ гноевидной мокроты съ примѣсью крови.

На 3 день къ вечеру t° поднялась до 38,6 при пульсѣ 100, дыханій 28. На 4 день появилось сильное кровотеченіе, остановленное тампономъ изъ іодоформенной марли. На 5 день матка раскрылась и плодный

пузырь удаленъ цѣликомъ. Кровотеченіе прекратилось и общее состояніе стало поправляться.

Швы сняты на 10 день—первое натяженіе. Выписалась здоровой на 21 день.

№ 31.

К. Д. поступила въ клинику 4 января 1891 года. Дворянка, уроженка Екатеринославской губ., православнаго вѣроисповѣданія, 52 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя крови появились на 15 году типъ ихъ черезъ 3 нед. по 5 дней, теперь онѣ отсутствуютъ, прекратились на 47 году. Замужъ вышла на 19, рожала 8 разъ и 1 разъ былъ выкидышъ на 3 мѣсяцѣ, послѣдніе роды 15 лѣтъ тому назадъ. Была всегда здорова.

Жалуется на увеличеніе живота и опухоль, время появленія которой не помнитъ; чувствуетъ себя хорошо, только при ходьбѣ бываетъ одышка.

Результаты общаго изслѣдованія: Блондинка (сѣдая), высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. При изслѣдованіи органовъ кровообращенія найдено: на первомъ тонѣ, который сохраненъ, въ концѣ его слышится легкій шумъ, обусловленный, вѣроятно, незначительными измѣненіями въ клапанѣ; размѣры сердца какъ въ длинникѣ, такъ и поперечникѣ немного увеличены; въ артеріяхъ замѣчаются склеротическія измѣненія; въ остальныхъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено.

Результаты гинекологическаго изслѣдованія: животъ увеличенъ, выпяченъ впередъ среднею своею частью и немного вправо; размѣры его на уровнѣ пупка 112 ctm., наибольшая окружность 115 ctm., отъ пупка до мечевиднаго отростка 24 ctm., отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 28 ctm., отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup. 28, отъ пупка до лоннаго соединенія 24 ctm. При перкуссіи на опухоли тупой тонъ, выше пупка и боковыхъ областяхъ—тимпаническій. При ощупываніи живота находимъ опухоль эластической консистенціи, ясно флюктуирующую. При внутреннемъ изслѣдованіи ясно опредѣляется матка небольшой величины, мало подвижная, безболѣзненная, въ положеніи anteflexio, расположена относительно средней линіи вправо и слегка повернута около своей оси, длина ея полости 7½ ctm. Port. vag. книзу цилиндрической формы, нормальнаго объема, зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Черезъ правый сводъ опредѣляется сегментъ эластической опухоли, повидимому, имѣющій непосредственную связь съ правой стороной матки.

Діагнозъ: Cystes ovarii dextri.

Терапія—Овріотомія 16 января 1891 года.

Разрѣзъ проведенъ по бѣлой линіи отъ пупка до лонной дуги, не доходя до нея на 2 пальца. Длина разрѣза 15 ctm. При разрѣзѣ фасціи вскрыта прямо брюшная полость, такъ какъ имѣлось расхожденіе mm. rectorum; затѣмъ выпущена изъ кисты жидкость троакаромъ; введены 2 губки въ брюшную полость для удержанія кишекъ, опухоль выведена наружу; ножка ея, довольно широкая, перевязана въ два пучка шелковой лигатурой, киста срѣзана и ножка опущена въ брюшную полость. Яичникъ

лѣвой стороны оказался нормальнымъ. Брюшная рана зашита 17 шелковыми швами и наложена обычная повязка.

Хлороформу издержано 35 куб. ctm., наркозъ продолжался 50 м., операція—25 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10 день сняты швы—первое натяженіе, на 18 день больная встала, а на 26—9 февраля выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой.

Описаніе препарата: удаленная опухоль представляетъ изъ себя однополостную кисту, стѣнки ея довольно тонки, въ одномъ мѣстѣ имѣется распластанный атрофированный яичникъ, отъ него тянется фаллопіева труба, длиною около 28 ctm., вѣсъ опухоли—132 grm.

Выпущенная жидкость количествомъ 8,000 куб. ctm., совершенно прозрачна и безцвѣтна, уд. в. 1005; реакція нейтральная, никакихъ примѣсей не имѣетъ. Подъ микроскопомъ: — незначительное количество детрита, форменныхъ элементовъ, эпителіальныхъ клѣтокъ и нѣсколько бѣлыхъ и красныхъ шариковъ.

№ 32.

А. Э. поступила въ клинику 25 Января 1891 года.

Жена купца, Петербургской губ., 36 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы пришли на 14 году и стали повторяться черезъ 3 недѣли по 4—5 дней. Вышла замужъ на 19 году, рожала 1 разъ и 1 разъ выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ, 10 лѣтъ тому назадъ (послѣдняя беременность). Послѣ послѣдняго выкидыша перенесла тяжелую пуэрперальную форму,—пролежала въ постели 6 недѣль, затѣмъ была здорова. Въ Ноябрѣ 1888 г., послѣ массажа живота, появились сильныя боли въ животѣ со рвотой.

Поступила въ клинику 26 Ноября 1888 года съ явленіями общаго остраго перитонита. При изслѣдованіи было найдено: сильное вздутіе, значительная болѣзненность и присутствіе жидкости въ животѣ.

Пролежавъ въ клиникѣ 44 дня, выписалась значительно оправившись.

При выпискѣ найдена опухоль съ правой стороны. 30 Ноября 1889 г. снова поступила въ клинику; пробыла 20 дней и выписалась. Въ это время у нея найдена еще съ лѣвой стороны опухоль, съ правой—опухоль съ кулакъ, бугристая, неравномѣрной консистенціи, съ лѣвой—опухоль такого-же характера, но меньше,

2 года чувствовала себя сносно, по временамъ только были боли внизу живота. Въ настоящее время жалуется на сильныя боли внизу живота и значительное исхуданіе.

Status praesens. Больная блондинка, средняго роста, плохаго питанія, крѣпкаго тѣлосложенія. При ощупываніи живота находимъ въ полости эластическую, малоподвижную, болѣзненную опухоль, лежащую направо отъ средней линіи, величиной въ дѣтскую головку. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка смѣщена въ лѣвую сторону; справа отъ матки помѣщается опухоль мѣстами плотной, мѣстами эластической консистенціи, весьма малоподвижная, заходитъ она отчасти и въ задній сводъ. Съ лѣвой стороны такая-же опухоль, величиной съ кулакъ. И та и другая опухоли, ясно отграничены отъ матки бороздами, сильно болѣзнены при пальпаціи.

Діагнозъ: Cystoma ovarior. duplex. Post operationem cysto-papilloma ovarii sinistri et cystopapilloma intralig. dextrum et hydrosalpinx duplex.

Терапія—Ovario—salpingotomia duplex.

Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 21 сант. Изъ правой межсвязочной кисты выпущено троакаромъ часть жидкости вязкой, слизисто-гноевидной, безъ запаха. Затѣмъ, послѣ отдѣленія сращеній съ тазовой брюшиной, выведена наружу лѣвая опухоль, состоящая изъ кистовидно и папиллярно перерожденнаго яичника и растянутой фаллопіевой трубы, окруженная ложными перепонками. Ножка всей массы опухоли перевязана въ два пучка и вся опухоль удалена ножницами. Для удаленія правой опухоли (эта опухоль лежала справа и нѣсколько спереди матки и также глубоко спускалась въ полость таза и сзади матки), состоящей изъ hydrosalpinx'а межсвязочной кисты съ папиллярными разращеніями на внутренней поверхности, причемъ эти разращенія въ одномъ мѣстѣ проникали черезъ стѣнку кисты въ брюшную полость, сдѣланъ былъ надъ ней разрѣзъ въ брюшинѣ. Опухоль, насколько возможно, отдѣлена отъ сумки, затѣмъ, захвативши Мюзеевскими щипцами дно, она была вывернута и подъ основаніе ея подведены и закрѣплены двѣ двойныхъ лигатуры, а выше лигатуры все отрѣзано. Культя опущена въ брюшную полость.

Брюшная рана зашита 16 глубокими и 2 поверхностными швами и наложена обычная повязка. Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ особенныхъ осложненій; t° по временамъ была лихорадочная и доходила до 37,8° и 38,3° при нормальномъ пульсѣ. Сильно больную безпокоила рвота, которая продолжалась 10 дней послѣ операціи и прекратилась только съ употребленіемъ горячихъ душъ; боли внизу живота грызущаго характера также продолжались очень долго. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. На 30 день выписалась изъ клиники по собственному желанію.

При изслѣдованіи найдены: эксудатъ справа и сзади матки, болѣзненный при давленіи, положеніе матки тоже, что и до операціи. Въ настоящее время больная чувствуетъ себя отлично, пополнѣла и поздоровѣла.

Описаніе препарата: лѣвая опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопіевой трубы и яичника, мѣстами кистовидно, мѣстами папиллярно перерожденнаго, величиной съ кулакъ. Эти папиллярныя разращенія занимаютъ переднюю и верхнюю поверхность яичника, однѣ изъ нихъ имѣютъ тонкую ножку, другія-же сидятъ на широкомъ основаніи. Въ серединѣ опухоли замѣчается при разрѣзѣ неизмѣненная часть яичника, сохранившая отчасти свою форму.

Правая опухоль интралигаментарная киста, съ голову новорожденнаго ребенка; по всей почти внутренней поверхности покрываютъ ее папиллярныя разращенія, изъ нихъ однѣ только въ зачаткѣ, другія достигаютъ до 4 ctm. длины. На задней поверхности кисты—замѣчается от-

верстіе въ 15 копѣечную монету, сплошь выполненное сосочковыми массами, выстоящими надъ поверхностью.

Правая труба тоже представляла растянутый, до величины куринаго яйца, мѣшокъ.

№ 33.

С. Б. поступила въ клинику 7-го марта 1891 года. Больная 43 лѣтъ, дворянка, родилась въ г. Кизлярѣ, имѣетъ жительство въ г. Пятигорскѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы явились на 15 году, повторялись черезъ правильные промежутки: 3 недѣли по 5—6 дней; вышла замужъ на 18 году, беременной не была. Заболѣла 9 лѣтъ тому назадъ, регулы стали приходить неправильно: черезъ 2 недѣли, продолжались по 8—12 дней. Опухоль замѣтила 6 лѣтъ тому назадъ внутри живота. Послѣдніе два года стали появляться кровотеченія въ межменструальномъ періодѣ.

Жалуется на обильныя потери крови и бѣли.

Status praesens. Больная брюнетка, роста выше средняго, крѣпкаго тѣлосложенія, достаточнаго питанія. При выслушиваніи сердца: вмѣсто перваго тона—шумъ у верхушки, второй чистъ, акцентъ на второмъ пульмональномъ тонѣ. Въ органахъ дыханія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не найдено. Окружность живота на уровнѣ пупка 79, наибольшая окружность 84, отъ пупка до мечевиднаго отростка 17, отъ пупка до лобка 21, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 16, отъ пупка до лѣвой 16 ctm.

При наружномъ изслѣдованіи въ нижней части живота находимъ опухоль, немного не доходящую до пупка, безболѣзненную; состоитъ она изъ отдѣльныхъ узловъ, плотной консистенціи. Съ лѣвой стороны прощупывается другая опухоль, эластической консистенціи, повидимому, совершенно отдѣленная отъ предыдущей. Обѣ опухоли имѣютъ полную подвижность и въ ту, и въ другую сторону, но первая мало подвижна вверхъ. При бимануальномъ изслѣдованіи тѣло матки опредѣлить ясно не удается; черезъ передній и правый своды прощупываются отдѣльные бугры плотной опухоли, въ лѣвомъ же сводѣ находимъ подвижную, эластическую опухоль.

Влагалищная часть матки въ задней половинѣ таза и вправо конической формы. Длина полости матки 14 ctm; зондъ направляется кпереди.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri et fibromyoma uteri interst. Терапія—Ovariotomia 30 марта 1891 года. Разрѣзъ по linea alba 16 сантиметровъ. На края раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. При изслѣдованіи оказалось, что опухоли сидятъ интерстиціально въ передней, правой и задней стѣнкѣ матки. Лѣвый яичникъ, кистовидно перерожденный, величиной съ кулакъ, помѣщается съ лѣвой стороны матки. Правый—кистовидно перерожденный, но меньшихъ размѣровъ, лежитъ позади опухоли.

И тотъ, и другой яичникъ удалены по перевязкѣ ихъ ножки двойными, шелковыми лигатурами въ два пучка. Брюшная рана зашита 15 глубокими швами и наложена обычная повязка.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10 день сняты швы—первое натяженіе по всей ранѣ. На 19 день больная выписалась изъ клиники.

№ 35.

Е. Ш. поступила въ клинику 19 сентября 1891 года. Больная вдова купца, 54 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, родилась и живетъ въ г. Боровичахъ, Новгородской губерніи, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови появились на 13 году, до 30 лѣтъ, являлись больше чѣмъ черезъ 4 недѣли и длились по 2—3 дня, съ 30 лѣтъ повторялись черезъ мѣсяцъ, продолжаясь по 6—7 дней; 1½ года крови прекратились совсѣмъ. Замужъ вышла на 16 году, беременной не была.

Въ первыхъ числахъ августа 1890 года впервые почувствовала тяжесть внизу живота, иногда ноющія боли въ правой паховой области и слабость въ ногахъ. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1890 года замѣтила увеличеніе живота и мѣсяца 4 тому назадъ стала ощущать по временамъ онѣмѣніе ногъ, смѣняющееся зачастую ноющими болями, особенно въ лѣвой ногѣ.

Жалуется на увеличеніе живота, отекъ ногъ, одышку, разстройство мочеиспусканія (то задержаніе, то учащенные позывы), значительное количество слизистыхъ выдѣленій.

Результаты общаго изслѣдованія:

Блондинка, средняго роста, сильно истощенная особа; кожа темнаго, пергаментнаго цвѣта. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается.

Гинекологическое изслѣдованіе:

Животъ сильно увеличенъ, какъ бываетъ въ послѣдній мѣсяцъ беременности. Размѣры его: окружность на уровнѣ пупка 97 ctm., наибольшая окружность 98 ctm.:

отъ пупка до мечевиднаго отростка . .	98 ctm.
„ „ „ лобка	23 „
„ „ „ sp. il. ant. sup. dextr. . . .	25 „
„ „ „ „ „ „ „ sinistr. . . .	27 „

Онъ представляется измѣненнымъ не только по объему, но и по формѣ: ассиметрія обѣихъ половинъ, съ большой выпуклостью соотвѣтственно лѣвой подвздошной области и рѣзкое вздутіе придаютъ ему еще болѣе неправильно куполообразный видъ. При ощупываніи стѣнки живота оказываются сильно напряженными, а полость выполнена и растянута какою-то опухолью, ясно флюктуирующей при пальпаціи, при томъ въ верхней части больше, чѣмъ въ нижней. На поверхности опухоли прощупываются борозды, особенно въ правой подвздошной области.

Постукиваніе дало сплошную тупость по всему животу, за исключеніемъ глубокихъ поясничныхъ частей, гдѣ тупой тонъ смѣняется тимпаническимъ. При бимануальномъ изслѣдованіи опредѣляется небольшая влагалищная часть конической формы.

Всѣ своды выполнены эластической опухолью; тѣло матки опредѣ-

ляется плохо, оно, повидимому, а трофировано; оттянуто вправо и наклонено кзади.

Діагнозъ. Cystoma ovarii dextri.

Терапія-Оваріотомія 28 сентября 1891 года.

Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ отъ пупка внизъ длиною въ 15 ctm. Опухоль была срощена съ передней брюшной стѣнкой,—эти сращенія легко отдѣлены рукой; кромѣ этого она имѣла сращенія съ colon ascendens, transversum и съ сальникомъ. Для уменьшенія объема опухоли была выпущена изъ нея часть жидкости троакаромъ, затѣмъ опухоль извлечена изъ брюшной полости, разрѣзана по передней поверхности и жидкость вся удалена. Послѣ этого на ножку кисты, состоящую изъ lig. ovarii, наложена двойная шелковая лигатура, перевязана въ два пучка, опухоль срѣзана, а культя опущена въ брюшную полость. Брюшная рана зашита 17 глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 40 минутъ; потрачено хлороформа 25 граммовъ.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, t° разъ только поднялась на 2 день послѣ операціи до 38,5, а все остальное время колебалась въ предѣлахъ нормы. На 10 день сняты швы, рана повсюду зажила первымъ натяженіемъ. 10 ноября больная выписалась изъ клиники здоровой. Задержалъ больную въ клиникѣ нарывъ (furunculus), образовавшійся около задняго прохода съ лѣвой стороны и небольшой отекъ лѣвой ноги.

Описаніе препарата: Количество выпущенной жидкости около 10000 куб. сант. Вѣсъ плотной части опухоли 875 grm. Опухоль оказалась кистой, состоящей преимущественно изъ одной громадной полости, содержащей около 9000 куб. сант. коллоидной жидкости, темно-шеколаднаго цвѣта, и другихъ гораздо меньшихъ размѣровъ полостей, изъ которыхъ одна съ голову новорожденнаго заключаетъ въ себѣ болѣе свѣтлую коллоидную жидкость, другая-же величиной съ гусиное яйцо выполнена большимъ количествомъ тѣсносплоченныхъ мелкихъ кистъ и въ правой наибольшей полости,—на внутренней сторонѣ ея сумки, занимая пространство не больше ладони.

№ 36.

К. Щ. поступила въ клинику 17 октября 1891 года. Крестьянка Новгородской губерніи, живетъ въ деревнѣ, 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы явились на 15 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 3 дня. Замужъ вышла на 19-мъ году, рожала 3 раза, 1 былъ выкидышъ. Послѣдніе роды 7 лѣтъ тому назадъ. Настоящая болѣзнь развилась, по словамъ больной, 2 года, когда она впервые прощупывала внизу живота съ лѣвой стороны опухоль величиною съ кулакъ, въ это же приблизительно время появились и боли внизу живота, тоже больше съ лѣвой стороны. Больная обращалась къ бабкамъ, которыя ей растирали животъ, накидывали горшки и вскорѣ послѣ этого она почувствовала, что опухоль какъ бы передвинулась кверху и ближе

къ серединѣ живота, послѣ чего животъ началъ увеличиваться и появились боли въ правомъ боку (подъ ребрами).

Жалуется на боли внизу живота, плохой аппетитъ, отсутствіе регулъ—послѣдніе регулы были въ маѣ мѣсяцѣ 1890 года.

Status praesens. Блондинка, выше средняго роста, съ подорваннымъ питаніемъ. Сердце, печень смѣщены кверху, измѣненія въ нихъ, какъ и въ другихъ органахъ, не замѣчается. Животъ представляется чрезвычайно увеличеннымъ, размѣры его: на уровнѣ пупка — 105, наибольшая окружность—105, отъ пупка до лобка—24, отъ пупка до мечев. отростка — 29,5 отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 27,5, до лѣвой—27,5 ctm. Флюктуація получается по всему животу, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ выражена сильнѣе. При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginal. цилиндрической формы, зѣвъ пропускаетъ палецъ; тѣло матки отклонено кзади и вправо, нѣсколько увеличена, плотна безболѣзненна; длина ея полости 10 ctm. Черезъ передній и правый своды прощупывается мѣстами плотная, мѣстами эластическая, крупнобугристая опухоль, совершенно отдѣльная отъ матки, съ голову взрослаго человѣка; принадлежитъ, повидимому, правому яичнику.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri.

Терапія — Ovariotomia 2 ноября 1891 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 25 ctm. (начало на 8 ctm., выше пупка, причемъ пупокъ обойденъ влѣво). При вскрытіи брюшной полости показалась кровянистая асцитическая жидкость въ значительномъ количествѣ. Для уменьшенія объема опухоли было выпущено троакаромъ довольно много кофейнаго цвѣта жидкости.

При изслѣдованіи опухоли рукою были удалены мелкія сращенія по верхнепередней ея поверхности. Далѣе оказалось, что опухоль съ лѣвой стороны имѣла сращеніе съ сальникомъ, которое перерѣзано ножницами, послѣ наложенія лигатуръ; затѣмъ такимъ же образомъ, постепенно вытягивая опухоль Неллатоновскими щипцами, были уничтожены сращенія съ правой стороны съ грудобрюшной преградой. Ножка опухоли, состоящая изъ правой фаллопіевой трубы и широкой связки, была перевязана двойной шелковой лигатурой въ два пучка и опухоль отрѣзана.

Передъ наложеніемъ брюшныхъ швовъ, сальникъ еще перевязанъ лигатурой, вслѣдствіе артеріальнаго кровотеченія. Асцитическая жидкость была удалена губками. На брюшную рану наложено 22 глубокихъ шва. Операція продолжалась 38 минутъ; хлороформа истрачено 30 grm. Послѣопераціонной періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. На 22 день выписалась изъ клиники здоровой; значительно поправилась, пополнѣла, болей нигдѣ не чувствуетъ:

Опухоль представляетъ изъ себя многополостную кисту праваго яичника, наполненную серозно-кровянистой жидкостью, Вѣсъ кисты вмѣстѣ съ жидкостью 12510 grm.; вѣсъ плотной части 5675 grm. Длина ея 41 ctm.; поперечный размѣръ 34 ctm.

№ 37.

А. Г. поступила въ клинику 3 Декабря 1891 года. Мѣщанка Московской губерніи, живетъ въ г. Петербургѣ, 39 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Менструаціи начались съ 14 лѣтъ, повторялись правильно черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 6—7 дней;—всегда были обильны. Три года тому назадъ регулы прекратились и лишь въ августѣ 91 года появились въ незначительномъ количествѣ крови, продолжавшіяся 3 сутокъ. Больная вышла замужъ на 18 году, рожала 3 раза, роды были правильные, но послѣ родовъ долго лежала, по три, по четыре недѣли, вслѣдствіе значительной общей слабости. Послѣдніе роды были 14 лѣтъ тому назадъ; послѣ нихъ черезъ 3 года былъ выкидышъ на третьемъ мѣсяцѣ. Въ іюлѣ мѣсяцѣ она случайно замѣтила, что у нея началъ увеличиваться животъ; вскорѣ послѣ этого появилось непріятное чувство давленія въ тазу, иногда боли въ области крестца и запоры. По прошествіи нѣкотораго времени эти припадки прошли, но вмѣсто того больная стала замѣчать, что въ ея животѣ перекатывается какое-то инородное тѣло. Ощущеніе это особенно безпокоило больную по ночамъ, при поворачиваніи съ боку на бокъ.

Status praesens. Больная блондинка, средняго роста, довольно хорошо упитана. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается. При осмотрѣ живота прежде всего бросается въ глаза увеличеніе живота, главнымъ образомъ, ниже пупка; оно имѣетъ шаровидную форму и представляется рѣзко ограниченнымъ. При перемѣщеніяхъ тѣла больной, вся припухлость смѣщается въ томъ же направленіи, сохраняя свое первоначальное очертаніе.

Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка 90, наибольшая окружность 95, отъ пупка до лоннаго соединенія 16, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 19, до лѣвой 19 ctm. Въ области опухоли тупой тонъ. Ощупываніемъ опредѣляется плотная, гладкая опухоль, вполнѣ безболѣзненная, имѣетъ полную подвижность во всѣ стороны и величиной съ голову взрослаго человѣка. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки цилиндрической формы, нормальной величины, довольно плотной консистенціи, обращена впередъ; матка въ anteversio retroposita, нормальной величины, плотная, подвижная, безболѣзненная, длина ея полости 6½ ctm. Въ правомъ и переднемъ сводѣ прощупывается часть опухоли, причемъ въ правомъ сводѣ удается вызвать явленіе флюктуаціи; прощупываемый сегментъ опухоли имѣетъ гладкую поверхность, при надавливаніи уходитъ изъ подъ пальца, значительно освобождая правый сводъ. Захватывая влагалищную часть матки пулевыми щипцами и низводя матку внизъ по способу Hegar'a, удается опредѣлить въ правомъ сводѣ, повидимому, правый яичникъ, между тѣмъ какъ лѣвый яичникъ—отсутствуетъ и въ лѣвомъ сводѣ удается нащупать лишь тяжъ, идущій отъ лѣваго угла матки на опухоль. Оттягивая опухоль кверху и матка имѣетъ наклонность слѣдовать за опухолью, причемъ тяжъ сильно напрягается.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri.

Терапія—Овріотомія 19 декабря 1891 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ разрѣзъ проведенъ по linea alba, отъ пупка внизъ на 14 ctm. Изъ большой полости троакаромъ выпущено значительное количество (6 фунтовъ) серозной жидкости. Опухоль извлечена изъ брюшной полости и удалена, по наложеніи на ея ножку, (состоящую изъ lig. ovarii. tub. Fallop. и широкой связки), двойной шелковой лигатуры. Брюшная рана зашита 11 глубокими и однимъ поверхностнымъ шелковыми узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 24 минуты. Опухоль имѣла небольшія сращенія съ сальникомъ.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, въ первые только три дня температура нѣсколько разъ поднялась до 38—38,3°, при пульсѣ 84. Больная жаловалась на боль въ животѣ, кашель. На 10 день сняты швы—первое натяженіе, на 23 день больная встала, на 32 выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата: опухоль—многополостная киста лѣваго яичника, имѣетъ одну большую полость и много малыхъ, разныхъ величинъ. Поверхность опухоли гладкая, стѣнки тонки и малососудисты. Жидкость серозная, прозрачная, желтоватаго цвѣта. Уд. вѣсъ 1021, содержаніе бѣлка около 3%. Вѣсъ кисты вмѣстѣ съ жидкостью 8,300 grm.

№ 38.

А. С. поступила въ клинику 3 Октября 1891 года. Мѣщанка Ярославской губерніи, 45 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя менструаціи на 16-мъ году, типъ ихъ черезъ 3 недѣли по 6 дней, замужъ вышла на 20 году, рожала 6 разъ, послѣдніе роды были 8 лѣтъ тому назадъ. Послѣ первыхъ родовъ (20 лѣтъ тому назадъ) встала на 5 день, вскорѣ почувствовала неловкость при ходьбѣ, чувство опусканія матки и давленія на низъ; съ каждыми послѣдующими родами эти припадки увеличивались, появились бѣли. Кровяныя отдѣленія продолжаютъ являться также правильно, какъ и прежде.

Жалуется на выпаденіе матки, тяжесть при ходьбѣ, бѣли и сукровичныя отдѣленія.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Наружные половые органы развиты правильно, разрывъ промежности 2 степени; при кашлѣ, натуживаніи получается выпаденіе стѣнокъ влагалища и port. vaginalis uteri; послѣдняя значительно утолщена и удлинена, плотной консистенціи, зѣвъ съ боковыми разрывами; изслѣдованіе зондомъ показало длину полости матки въ 13 сант. Матка, вправленная внутрь, помѣщается въ положеніи retroversio, легко переводится въ anteversio. Длина цервикальнаго канала до внутренняго зѣва 9 ctm. Въ полости живота ощупываются двѣ опухоли, сидящія на длинныхъ ножкахъ. Одна опухоль, повидимому, принадлежитъ лѣвому яичнику, величиной съ кулакъ, плотная, гладкая, другая такого-же характера, величиной съ небольшое яблоко, относится, повидимому, къ правому яичнику.

Діагнозъ: Cystoma ovariorum duplex et prolapsus uteri. Post operationem: Cystoma ovarii et parovarii dextri.

Ovariotomia et ventrofixatio была сдѣлана 23 Октября 1891 г. Разрѣзомъ длиной 16 ctm., проведеннымъ по бѣлой линіи, вскрыта брюшная полость. При изслѣдованіи оказалось, что обѣ опухоли принадлежатъ правой сторонѣ: одна—яичнику, а другая параваріальная; обѣ съ серознымъ содержимымъ, удалены по перевязкѣ ихъ ножекъ двойной шелковой лигатурой въ два пучка; лѣвый яичникъ нормаленъ. Матка приподнята и прикрѣплена 3 швами къ передней брюшной стѣнкѣ, причемъ 2 шва черезъ переднюю стѣну, а одинъ черезъ дно. Брюшная рана зашита 14 глубокими и 1 поверхностнымъ швомъ и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 40 минутъ; хлороформу издержано 60 грам.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій; на 10 день сняты швы, кромѣ поддерживающихъ матку, которые сняты на 15 день, около этихъ швовъ небольшое нагноеніе, больная 4 дня лихорадила, t° разъ поднималась до 38,3.

11 Декабря 1891 года colporrheorraphia по Hegar'y.

23 Декабря больная выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованіи матка стоитъ довольно низко въ anteversio, безболѣзненна при давленіи, срощена съ передней брюшной стѣнкой. При кашлѣ, натуживаніи, а также послѣ ходьбы выпаденія не замѣчается.

Описаніе препарата: вѣсъ большой кисты 360 грам., вѣсъ малой кисты 75 граммовъ.

№ 41.

П. И. поступила въ клинику 5 Марта 1892 года. Крестьянка Костромской губерніи, 46 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, живетъ постоянно въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Первыя крови явились на 15 году, повторялись всегда правильно—черезъ 3 недѣли, продолжаясь по 5—6 дней, замужъ вышла на 22 году, рожала разъ, роды были правильные, но послѣ родовъ хворала около 6 недѣль. Первые симптомы настоящей болѣзни появились 6 лѣтъ тому назадъ и выражались сначала въ видѣ сильныхъ періодическихъ болей внизу живота и крестцѣ, съ этого-же времени животъ сталъ постепенно увеличиваться и регулы сдѣлались менѣе обильны и продолжительны. Появились запоры и затрудненіе при мочеиспусканіи. Опухоль была замѣчена врачемъ въ прошломъ году, въ началѣ февраля 92 года перенесла воспаленіе брюшины.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, хорошаго питанія, очень полная особа. Наибольшая окружность живота—74, окружность на уровнѣ пупка—71, отъ пупка до лоннаго соединенія—24, отъ пупка до мечевиднаго отростка 15, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 22, отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup. 21 ctm. Въ полости живота прощупывается эластическая опухоль, стоящая дномъ своимъ на 2 пальца выше пупка, довольно подвижная въ обѣ стороны, при давленіи болѣзненная, величиной

съ голову взрослаго человѣка. При перкуссіи на опухоли—тупой тонъ. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть цилиндрической формы, обращена внизъ. Тѣло матки въ anteversio, немного увеличено. Въ боковыхъ сводахъ прощупываются сегменты эластической опухоли, опредѣляемой наружными пріемами. Сегментъ, прощупывающійся въ лѣвомъ сводѣ, болѣе болѣзненъ при давленіи, чѣмъ правый. Движеніе опухоли слѣва на право передается маткѣ, обратно нѣтъ. Длина полости матки 9 ctm.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri.

Терапія—Овріотомія 14 марта 1892 года. Разрѣзомъ по бѣлой линіи вскрыта брюшная полость. Длина разрѣза 24 ctm., начало его на 2 пальца выше, пупокъ обойденъ влѣво. При изслѣдованіи опухоль оказалась кистой лѣваго яичника и имѣла сращенія съ передней брюшной стѣнкой и съ сальникомъ; эти сращенія были разорваны рукой. Изъ кисты выпущено до 1½ литра темнаго, аспиднаго цвѣта жидкости; киста извлечена наружу, на ножку ея, перекрученную въ 3 оборота, наложена двойная шелковая лигатура; ножка перевязана въ 2 пучка и опухоль удалена; правый яичникъ оказался неизмѣненнымъ. Брюшная рана зашита 12 глубокими и 5 поверхностными, узловатыми, шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 55 м.; хлороформа потрачено 45 грам. Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ.

На 10 день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. На 35 день выписалась изъ клиники.

Описаніе препарата: Опухоль величиною съ голову взрослаго человѣка; на поверхности были видны мѣста, начинавшія омертвѣвать. Изъ кисты выпущено 1500 куб. ctm. кровянистой жидкости. Толщина стѣнокъ кисты около 4 миллиметровъ.

№ 42.

А. Б. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 6 января 1892 года. Крестьянка, 26 лѣтъ, портниха, православнаго вѣроисповѣданія. Регулы съ 17 лѣтъ, типъ ихъ—4 недѣли 3 дня, со времени родовъ они сопровождаются небольшими болями въ правомъ паху. Рожала 1 разъ, 13 мѣс. тому назадъ, встала на 5 день, кормила недѣлю. На 7 мѣсяцѣ беременности, послѣ поднятія тяжести, у больной вдругъ появились сильныя боли въ правой подвздошной области, сопровождавшіяся рвотой. Больная пролежала недѣлю. Теперь дня два назадъ эти боли и рвота возобновились; боли отдаютъ въ переднюю поверхность праваго бедра.

Status praesens. Больная средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. При наружномъ изслѣдованіи находимъ легкое притупленіе тона и увеличенная резистенція въ правой подвздошной области, но ясной опухоли не ощущается. При двойномъ изслѣдованіи прощупывается опухоль, выполняющая переднее Дуглассово пространство и отклоняющая матку взадъ и немного влѣво.

Опухоль величиною съ кулакъ взрослаго человѣка, овально-круглой формы, неравномѣрно-эластической консистенціи; контуры ея рѣзки. Опухоль смѣщается вправо и вверхъ довольно высоко, причемъ ясно прощупывается шнурокъ, идущій отъ праваго угла матки къ основанію опухоли. Всѣ движенія опухоли ясно передаются маткѣ.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri.

Ovariotomia 23 Января 1892 года: Разрѣзъ—12 stm. опухоль извлечена легко наружу, ножка перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Брюшная рана зашита 11 глубокими шелковыми швами. Операція продолжалась 30 минутъ. Послѣопераціонный періодъ прошелъ хорошо. Въ теченіи первыхъ сутокъ была рвота и боли въ животѣ. На 3 день повышеніе температуры до 38,1°. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. Небольшое нагноеніе въ уколѣ 7 шва. Выписалась здоровой на 50 день послѣ операціи.

Удаленная опухоль—многопослостная киста праваго яичника съ коллоиднымъ содержимымъ. Длина удаленнаго конца фаллопіевой трубы 7 ctm.

№ 43.

М. Л. поступила въ клинику 19 марта 1892 года. Больная 2 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Калужской губерніи, дворянка, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 14 году и съ этихъ поръ онѣ стали повторяться правильно черезъ 3 недѣли по 3—4 дня. Замужъ вышла на 25 году и беременной не была. Съ января 1891 года прекратились регулы, чувствовала себя прекрасно, но начала худѣть. Въ февралѣ и мартѣ показалось по одному пятну крови. Въ апрѣлѣ мѣсяцѣ замѣтила увеличеніе живота. Въ началѣ іюля больную осматривала женщина-врачъ и опредѣлила существованіе беременности на 3 мѣсяцѣ. Въ августѣ и сентябрѣ этого же года больная чувствовала движенія плода, а въ концѣ сентября показались отдѣленія, довольно обильныя, грязновато-коричневаго цвѣта, которыя шли въ продолженіи мѣсяца.

Въ октябрѣ мѣсяцѣ вдругъ появились боли по всему животу, въ поясницѣ, напираніе на низъ; затѣмъ все это вскорѣ прекратилось и больная чувствовала себя прекрасно. 9 января, послѣ осмотра, вдругъ показались кровянистыя отдѣленія; 10—12 числа отдѣленія довольно обильныя и цвѣта такого же, какъ регулы; 13 отдѣленія прекратились. Послѣднія 1½ недѣли чувствуетъ опять боли въ животѣ и поясницѣ. Аппетитъ плохой.

Status praesens. Блондинка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Животъ значительно увеличенъ. Наибольшая окружность 96 ctm. отъ мечевиднаго отростка до лобка 39 ctm., На уровнѣ пупка замѣчается перетяжка. Весь животъ занятъ эластической опухолью, ясно флюктуирующей; въ области опухоли получается тупой тонъ. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки—конической формы, оттянута кверху и оттѣснена влѣво, длина полости ея 8 ctm. Въ правомъ сводѣ опредѣляется небольшая, эластическая, слегка бугристая опухоль; выше

ея и въ переднемъ сводѣ прощупывается совершенно гладкій участокъ эластической опухоли, занимающей всю брюшную полость. Эти опухоли по даннымъ изслѣдованія отграничены отъ матки и представляютъ изъ себя два совершенно самостоятельныя новообразованія.

Діагнозъ: Cystoma ovarior. duplex.

Терапія—Ovariotomia duplex 29 Марта 1892 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 16 ctm. По вскрытіи брюшной полости, большая опухоль была пунктирована троакаромъ и выпущено при этомъ 3500 куб. с. серозной прозрачной жидкости; затѣмъ мѣшокъ кисты извлеченъ наружу, ножка опухоли перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Правая опухоль, величиной въ два кулака, оказалась многополостной кистой праваго яичника; она такъ же выкачена изъ брюшной полости и удалена по наложеніи на ея ножку двойной шелковой лигатуры. Брюшная рана зашита 11 глубокими швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 28 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, протекло при нормальной t° и пульсѣ. На 10 день сняты швы повсюду,—первое натяженіе. На 18 позволено ходить, а на 21 день выписалась изъ клиники здоровой.

№ 44.

М. К. поступила въ клинику 21 марта 1892 года. Больная 50 лѣтъ, солдатка—вдова, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы явились на 16 году и типъ ихъ установился черезъ 3 недѣли по 7 дней. Вышла замужъ на 17 году. Рожала 12 разъ правильно, исключая послѣднихъ родовъ, бывшихъ 6 лѣтъ тому назадъ эти роды отличались долгимъ и труднымъ теченіемъ и ребенокъ родился сложеннымъ вдвое. Выкидышъ 1 на 4 мѣсяцѣ беременности.

Послѣдніе два года стала замѣчать увеличеніе живота передъ каждыми регулами и боль съ лѣвой стороны внизу живота. Начиная съ декабря 1891 года, животъ сталъ быстро расти, съ этого-же времени регулы начали путаться, являлись чаще и продолжались по 3—4 дня.

Боли по прежнему съ лѣвой стороны; положеніе на лѣвомъ боку болѣе затруднительно, чѣмъ на спинѣ и на правомъ боку. Результаты общаго изслѣдованія: больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія, въ органахъ дыханія, кровообращенія—измѣненій не найдено.

Гинекологическое изслѣдованіе: Наружные половые органы развиты правильно; промежность представляетъ старый разрывъ 2-й степени. Складки влагалища сглажены. Port. vaginal. uteri цилиндрической формы, обращена кзади, зѣвъ пропускаетъ конецъ пальца. При изслѣдованіи зеркалами видно, что наружное отверстіе зѣва съ поперечными разрывами, на передней губѣ незначительная эрозія.

При наружномъ изслѣдованіи опредѣляется въ полости живота подвижная опухоль, величиной съ голову взрослаго человѣка, круглой формы, съ гладкой ровной поверхностью, эластической консистенціи, безболѣзненная. Высота стоянія опухоли надъ лобкомъ 25 ctm., ширина 31 ctm.

Наибольшая окружность живота—88 ctm. При бимануальномъ изслѣдованіи: тѣло матки направлено кпереди, объемъ увеличенъ, консистенція плотная. Длина ея полости бужемъ и зондомъ 9 ctm. Въ боковыхъ сводахъ, особенно въ лѣвомъ, опредѣляются сегменты эластической опухоли, прощупываемой снаружи. При изслѣдованіи по Hegar'у опредѣляется несомнѣнная ея связь съ маткой.

Діагнозъ Cystes ovarii sinistri.

Терапія—Ovariotomia, 1 апрѣля 1892 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 12 stm. Брюшныя стѣнки оказались крайне истонченными. По вскрытіи брюшной полости, опухоль опорожнена отъ содержимаго при помощи троакара. Содержимое—прозрачное, серознаго характера. Послѣ этого опухоль—киста лѣваго яичника выведена наружу и отрѣзана, по наложеніи на ея ножку двойной шелковой лигатуры.

Правый яичникъ удаленъ такимъ-же образомъ, такъ какъ онъ оказался кистовидно-перерожденнымъ.

Брюшная рана зашита 11 глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 25м., хлороформа потрачено 30 граммовъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, протекло при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10-й день сняты швы, рана повсюду зажила первымъ натяженіемъ. На 16 день встала съ постели, а на 25 выписалась изъ клиники здоровой.

При выпискѣ найдено: матка въ anteflexio, безболѣзненная; въ лѣвомъ сводѣ культя немного болѣзненна при давленіи.

№ 45.

Н. П. поступила въ клинику 29 марта 1892 года. Больная—дочь священника, православнаго вѣроисповѣданія, 56 лѣтъ, родилась въ Вологдѣ, живетъ въ Петрозаводскѣ, по занятію—сестра милосердія. Первые регулы на 14 году, типъ ихъ установился черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, теперь они отсутствуютъ уже 4 года. Замужъ вышла на 31 году, рожала два раза правильно. Послѣдніе роды 17 лѣтъ тому назадъ. Въ ноябрѣ 1890 года больная, будучи до сего времени здоровой, вдругъ почувствовала сильную боль въ животѣ съ лѣвой стороны, слегла въ постель, животъ былъ вздутъ и болѣзненъ. Черезъ 3 дня встала съ постели здоровой. Въ іюнѣ 1891 года повторилась таже боль и призванный врачъ констатировалъ въ полости живота опухоль съ лѣвой стороны, величиной въ два кулака. Съ тѣхъ поръ, по словамъ больной, опухоль выросла больше, чѣмъ вдвое. Жалуется на боль въ лѣвой сторонѣ живота и бѣли.

Status praesens. Шатенка, высокаго роста, правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Въ органахъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается. Животъ представляется увеличеннымъ. Размѣры его: на уровнѣ пупка—117, наибольшая окружность—119, отъ мечевиднаго отростка до пупка—25, отъ пупка до лоннаго соединенія—17, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 22, отъ лѣвой до пупка—25 ctm. При ощупываніи живота, находимъ въ полости его эластическую, гладкую опухоль, по величинѣ соотвѣтствующую 7-мѣсячной беременной маткѣ; весьма подвижная во всѣ стороны. Высота стоянія опухоли или длина ея 28 сант., ширина 30 сант.

Лѣвая нога представляется отечной. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей и рукава замѣчается разрывъ промежности 2 степени, гиперемія слизистой оболочки и небольшое выпаденіе задней стѣнки влагалища. При бимануальномъ изслѣдованіи матка увеличена, плотна, подвижна, длина ея полости 9 ctm., находится въ положеніи retroversio. Опухоль эластической консистенціи, исходитъ изъ лѣваго яичника и при изслѣдованіи по методу Hegar'a удается опредѣлить ножку опухоли, исходящую изъ лѣваго угла матки.

Діагнозъ: Cystes ovarii sinistri.

Терапія—Овріотомія, 18 апрѣля 1892 года. Разрѣзъ 22 ctm., проведенъ отъ лобка и оконченъ нѣсколько выше пупка, причемъ пупокъ обойденъ влѣво. По удаленіи паріэтальныхъ сращеній киста пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено 3,7 киллограммовъ слизистой коллоидной жидкости; мѣшокъ кисты извлеченъ изъ полости Неллатоновскими щипцами, ножка (состоящая изъ lig. ovarii и трубы) перевязана въ 2 пучка и опухоль удалена. Брюшная рана закрыта 18 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 минутъ. Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, протекъ при нормальной t° и пульсѣ. На 11 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ, на 20 день выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата: опухоль—однополостная киста лѣваго яичника, вѣситъ 780 grm., длина ея 27 ctm., ширина 20 ctm.

КИСТЫ ШИРОКИХЪ СВЯЗОКЪ.

НБ ХНМУ

№ 1.

25 октября 1884 года прибыла въ клинику больная Е. Г. съ жалобою на боли внизу живота и поясницѣ и частые позывы на мочеиспусканіе. 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 приходить раньше—черезъ 2 недѣли, продолжаясь 2—3 дня. Замужемъ больная не была и беременностей не имѣла. Изъ прежде бывшихъ заболѣваній указываетъ на воспаленіе почекъ, которое она перенесла 4 года тому назадъ.

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

Діагнозъ—Cystoma parovarii dextri intraligamentosum *. Установивши на

*) Случай этотъ подробно изложенъ въ статьѣ профессора Лебедева. „Къ техникѣ оперативнаго леченія интралигаментарныхъ кистъ“ (Еж. Клинич. газ. 1885 г. № 5),

данныхъ изслѣдованія интралигаментарную опухоль, по ея отношенію къ маткѣ и около лежащимъ органамъ, ясно было уже и тогда, что удалить эту опухоль цѣликомъ 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 пріема было серозное содержимое кисты, то наканунѣ операціи сдѣлана была пробная пункція. Выпущенная жидкость оказалась, какъ это и было предположено, совершенно прозрачна, почти безъ форменныхъ элементовъ, серознаго характера.

Операція произведена 21 ноября 1884 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ, идущимъ отъ пупка къ лонному соединенію.

Передняя стѣнка кисты пунктирована и выпущено 1650 к. ц. прозрачной, серозной жидкости. Спавшаяся 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 безъимянной линіи, а съ другой непосредственно прилегая къ правому углу матки. По передней поверхности опухоли тянется разширенная и наполненная жидкостью правая фаллопіева труба. Этимъ же изслѣдованіемъ констатировано, что дно опухоли подходитъ къ самому своду влагалища и прилежитъ тѣсно ко всему правому краю матки. Такъ какъ при такихъ анатомическихъ отношеніяхъ опухоли вылущеніе ея не представляется возможнымъ, безъ риска ранить окололежащія части, рѣшено было примѣнить предположенный ранѣе методъ операціи. 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 предъидущимъ швомъ. Получилась непрерывная цѣпь, которою свободные края остатка кисты были притянуты такимъ образомъ, что культя напоминала собою шейку не совсѣмъ стянутаго кисета. Отверстіе оставленное между стянутыми такимъ образомъ краями было настолько мало, что пропускало 1 палецъ.—Окончивши съ обкалываніемъ, внутренняя поверхность кисты была обсыпана іодоформомъ и приступлено къ перевязкѣ сосудовъ. Art. spermatica была ощупана въ lig. pelvicum и оказалась значительно утолщенною. На нее наложены 2 лигатуры, затѣмъ захвачены въ одну глубокую лигатуру вѣтви art. uterinae въ области праваго угла матки вмѣстѣ съ правой фаллопіевой трубой. Брюшная рана зашита глубокими и поверхностными швами и наложена повязка. Операція 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 икота, 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. Всѣ эти явленія рѣзко усилились въ теченіи 4 сутокъ. Приглашеннымъ спеціалистомъ было констатировано параличъ верхней и нижней лѣвыхъ конечностей съ полною потерею 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 желудочка съ правой стороны эпендима размягчена на пространствѣ ½ квадратнаго сантиметра; она буроватаго 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 спавшагося мѣшка кисты широкой связки. При оттягиваніи стѣнокъ мѣшка одной отъ другой замѣтны перепонки, пересѣкающія полость въ разныхъ направленіяхъ.

№ 2.

Больная княжна Т., поступила въ клинику 28 сентября 1885 г. съ жалобою на опухоль живота и боли внизу его. Больная дѣвица, 33 лѣтъ, уроженка Тифлиса. Первые регулы — на 17 году. Обыкновенно появлялись черезъ 3 недѣли по 7 дней, за время болѣзни продолжаются 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—18½. При ощупываніи живота опредѣляется опухоль, занимающая низъ живота и главнымъ образомъ правую его сторону. Она неравномѣрно-плотна, ограниченно-подвижна. При ощупываніи опухоли получаются явленія крепитаціи. При перкуссіи—въ области опухоли тупой тонъ. Наружные органы нормальны для puella intacta. При изслѣдованіи port. vaginalis обращено впередъ, конической формы. Матка въ anteflexio, смѣщена влѣво, мало подвижна. Въ правомъ сводѣ—сегментъ 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 symphisis. Опухоль опорожнена отъ содержимаго. Такъ какъ оказалось, что опухоль близко подходитъ къ слѣпой кишкѣ и прилегаетъ довольно тѣсно къ боковой стѣнкѣ матки,—сначала приступлено къ отдѣленію ея отъ слѣпой кишки. Здѣсь наложено пять лигатуръ, послѣ чего дно кисты вылущено изъ широкой связки и приподнято. Ниже этого мѣста на широкую связку наложена двойная лигатура и она перевязана въ два пучка. Операція длилась 1 ч. 50 м.

Послѣопераціонное теченіе вполнѣ нормально, безъ лихорадки. На 10 день сняты швы; сращеніе полное. На 24-й день больная выписана здоровою.

Выпущенная жидкость коллоиднаго характера, въ размѣрѣ 3540 к. с. Вѣсъ плотной части опухоли 480.

№ 3.

Больная М. И. прибыла въ клинику 11 декабря 1885 года съ жалобою на боли внизу живота и поясницѣ, по временамъ отдающія въ правую ногу до колѣна. Она 25 лѣтъ отъ роду, крестьянка Олонецкой губерніи, въ Петербургѣ живетъ уже нѣсколько лѣтъ, кухарка. Первыя мѣсячныя имѣла на 17 году. Въ дальнѣйшемъ онѣ правильно появлялись черезъ каждыя 3 недѣли, продолжались по 6 дней. Характеръ ихъ не измѣнился и за время болѣзни. Больная 2-й годъ замужемъ; беременной не была. До настоящаго заболѣванія, появившагося, по ея словамъ, около 4 недѣль тому назадъ, М. И. всегда была здорова. Увеличеніе живота замѣчала раньше, но не придавала этому значенія и потому точно времени появленія опухоли указать не можетъ.

Больная средняго роста и тѣлосложенія, анемична. При ощупываніи живота опредѣляется опухоль, эластической консистенціи, простирающаяся вверхъ на 16 ctm. отъ лоннаго соединенія и имѣющая наибольшій поперечный размѣръ въ 12 ctm.; подвижность ея справа на лѣво и въ особенности кверху очень ограничена. Чувствительность при ощупываніи живота замѣтна только въ паховыхъ областяхъ и больше на правой сторонѣ. Размѣры живота слѣдующіе: окружность на уровнѣ пупка—70, наибольшая—75; разстояніе отъ мечевиднаго отростка до пупка 17, отъ пупка до лоннаго соединенія 17,—до правой sp. ilei. ant. sup.—14, до лѣвой—14. При перкуссіи тупой тонъ по всей поверхности опухоли.

Наружные половые органы нормальнаго вида. При изслѣдованіи per vaginam: матка нормальнаго объема (длина полости 7,5 ctm.), плотна, почти неболѣзнена при давленіи, мало подвижна; опредѣляется смѣщенною въ лѣвую сторону. P. vaginalis конической формы, нормальнаго объема. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется нѣсколько увеличенный и болѣзненный яичникъ. Всѣ остальные своды заняты опухолью, эластической консистенціи, безболѣзненною при давленіи. Граница между опухолью и маткою выражается незначительной бороздой, которая тянется по всему правому краю матки. Приподнимая опухоль кверху черезъ брюшные покровы—движеніе ея рѣзко отражается на маткѣ, перемѣщающейся въ томъ же направленіи. — При изслѣдованіи грудныхъ органовъ отклоненій не найдено.

Основываясь на вышеприведенныхъ данныхъ изслѣдованія, былъ поставленъ діагнозъ пароваріальной кисты, развившейся въ правой широкой связкѣ, и больной предложена операція.—Въ теченіи дальнѣйшаго наблюденія температура больной все время оставалась нормальной. Операція произведена при обычно установленныхъ въ клиникѣ мѣрахъ антисептики 15 января 1886 года.

Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 14 ctm длиною и предлежащая въ ранѣ стѣнка кисты пунктирована троакаромъ средняго размѣра. Выпущенная жидкость, въ размѣрѣ 1400 к. ц., серознаго характера, свѣтла, прозрачна. Изслѣдуя 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 смѣщая матку сильно въ лѣвую сторону. Правая фаллопіева труба тянется по задней поверхности опухоли, тамъ же опредѣляется и правый яичникъ. Сращеній съ соприкасающимися органами нѣтъ. На ligam. lat. паралельно правому краю матки между этимъ послѣднимъ и стѣнкою кисты проложены двойныя лигатуры. Вслѣдъ за этимъ рукою захвачено дно кисты и произведено вылущеніе глубоко лежащаго отрѣзка ея. На образованную, такимъ образомъ, ножку, состоящую изъ дупликатуры широкой связки, наложена двойная лигатура, опухоль была отрѣзана. Ниже этихъ лигатуръ листки 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 предъидущаго ряда лигатуръ для закрытія могущей образоваться тамъ полости наложенъ еще рядъ въ 4 шелковыхъ лигатуры.—Брюшная рана зашита 7 глубокими и 7 поверхностными швами и наложена повязка. Операція длилась около 1 ч.

Послѣопераціонное 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. Сращеніе брюшной раны per primam на всемъ протяженіи. На 27 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполнѣ хорошо. Изслѣдованіемъ при выпискѣ опредѣлено: матка нормальной величины, въ anteflexio, слегка чувствительна, подвижна. Въ правомъ сводѣ прощупывается уплотненіе, величиною въ небольшое куриное яйцо, слегка чувствительное при давленіи. Остальные своды нормальны, не чувствительны.

№ 4.

3 Февраля 1886 года въ клинику поступила крестьянка Калужской губерніи П. И., жалуясь на сильныя боли внизу живота и опухоль; въ послѣднее время къ этому присоединились частые позывы на мочеиспус-

каніе и чувство напиранія. 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 болѣзни начали опаздывать, появляясь черезъ 5—6 недѣль; продолжаясь непостоянно отъ 2—7 дней. Беременна 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.

Больная слабаго тѣлосложенія, средняго роста и питанія, малокровна. При ощупываніи живота въ правой паховой области опредѣляется рѣзко ограниченная опухоль, пальца на 4 выдающаяся надъ лоннымъ соединеніемъ. Пальпація ея чувствительна. При перкуссіи 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 ctm.) плотна, слегка болѣзненна, въ рѣзкой anteflexio, смѣщена влѣво, подвижна, но справа на лѣво 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 взрослаго 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 пальпаціи—опухоль не чувствительна. Въ лѣвомъ сводѣ, въ области яичника прощупывается оплотнѣніе, принимающее по направленію къ лѣвому углу матки нѣсколько удлиненную въ видѣ шнура форму. Пальпація этой опухоли очень чувствительна.

Діагнозъ. Cystoma parovarii dextri. Perisalpingitis et hydrosalpinx sin. Cystoma incipiens ovarii 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 бѣлой линіи разрѣзомъ въ 10 ctm. 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 отверстіе, оставленное троакаромъ, на протяженіи стѣнки кисты было разширено и введенною въ полость ея рукою захвачена слизистая оболочка кисты и вылущена изъ широкой связки почти на всемъ ея протяженіи. Неподдалось вылущеніе 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 полуторно-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. Фаллопіева труба растянута, также окружена ложными перепонками и срощена съ яичникомъ. По вскрытіи полости трубы вылилась прозрачная серозная жидкость. Ложныя перепонки, окружающія трубу и яичникъ, были разъединены и освобожденные такимъ образомъ отъ срощеній придатки были перевязаны 4 лигатурами и удалены. Брюшная полость закрыта 9 шелковыми лигатурами и наложена повязка. Операція длилась 1 ч. 10 минутъ.

Послѣопераціонное 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, безпокоившею 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 оплотнѣніе, слегка чувствительное отъ пальпаціи; 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 мѣсячныя получила на 16-мъ году. Прежде приходили правильно черезъ 3 недѣли, продолжались по 5 дней. 10 лѣтъ уже мѣсячныхъ не имѣетъ. Больная вдова; замужъ вышла 16 лѣтъ. Два раза была беременна и правильно родила. Первыя роды на 19 году жизни, послѣднія 36 лѣтъ 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 безпокоитъ боль-

ную, что она съ трудомъ можетъ ходить и страдаетъ постоянной и тяжелой одышкой. Въ послѣднее время начали отекать 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 sp il. ant. sup—33, до лѣвой 36.—При ощупываніи вся полость живота занята напряженною и флюктуирующею по всѣмъ направленіямъ опухолью. Благодаря сильно растянутымъ и напряженнымъ брюшнымъ стѣнкамъ и величинѣ опухоли, уловить подвижность послѣдней не удается. Перкуссія 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 ctm. 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 5—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 разрѣзомъ по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ на протяженіи 21 ctm. Какъ и было предположено, вся передняя стѣнка кисты оказалась приросшею къ париэтальному листку брюшины, поэтому, не опорожняя кисты, поверхность ея была отдѣлена на нѣкоторомъ протяженіи рукою. Затѣмъ троакаромъ сдѣланъ проколъ предлежащей въ ранѣ стѣнки кисты и выпущено громадное количество серозно-коллоидной жидкости (количество жидкости 18,500 к. ц., вѣсъ ея 18140 grm.). Изслѣдуя спавшуюся опухоль и постепенно разъединяя рукою ея сплошныя сращенія, удалось справа проникнуть въ полость peritonei. Такъ какъ сращенія передней стѣнки кисты съ брюшинной 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 сращенія 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 по задней поверхности къ верхнему его отрѣзку. Констатировавъ отсутствіе сращеній опухоли съ поперечнымъ отрѣзкомъ ободочной кишки, введенной рукой постепенно начали отдѣленіе опухоли отъ передней брюшной стѣнки по направленію отъ мечевиднаго отростка къ пупочной области, въ то время, какъ правой рукой тѣже манипуляціи производились въ обратномъ направленіи, на встрѣчу лѣвой рукѣ. Послѣ

того, какъ эти сращенія были разъединены, 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 кровотеченія изъ области разъединенныхъ сращеній была заложена большими губками. Чтобы ориентироваться относительно мѣстоположенія ножки кисты и отношенія опухоли къ маткѣ, полость ея была вскрыта широкимъ разрѣзомъ и изслѣдована полною рукою. При этомъ оказалось, что дно кисты, глубоко разъединивъ листки широкой связки, доходитъ почти до лѣваго свода, прилегая съ одной стороны ко всему лѣвому краю матки и достигая, съ другой, почти до flexura sygmoidea. Помимо того опредѣлено, что все основаніе опухоли соединено цѣлымъ рядомъ ложныхъ перепонокъ какъ съ маткой, такъ и съ окололежащими органами. Отдѣливъ эти сращенія, 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 вылущеніе 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, обусловленныя глубокимъ положеніемъ дна новообразованія, начиная отъ лѣваго угла матки и вплоть до exitae sygmoideae было наложено 12 шелковыхъ лигатуръ и такимъ образомъ цѣпью обколота широкая связка на всемъ ея протяженіи. Послѣ этого остатокъ новообразованія и лишній участокъ широкой связки были сняты ножницами, а края обрѣза широкой связки соединены между собою непрерывнымъ обвивнымъ швомъ изъ кэтгута. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами и наложена, принятая въ клиникѣ, повязка съ бинтомъ проф. Лебедева. Операція длилась 2½ часа. Вѣсъ плотной части удаленной опухоли 660 grm. Въ общемъ вѣсъ удаленной кисты достигалъ такимъ образомъ до 18800 grm.

Въ теченіи послѣопераціоннаго періода и въ данномъ случаѣ нельзя отмѣтить какихъ-бы то ни было уклоненій отъ нормы. Температура въ теченіи первыхъ сутокъ послѣ операціи, правда, была нѣсколько повышенной (высшая 38,6), но въ теченіи всего остальнаго 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. Сращеніе полное на всемъ протяженіи per primam.

30 ноября 1886 года больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполнѣ здоровою. При выпискѣ: матка въ нормальномъ положеніи, нормальнаго объема (длина полости ея 8 ctm.) нечувствительна. Правый сводъ свободенъ. Въ лѣвомъ сводѣ плотный, безболѣзненный при пальпаціи экссудатъ, 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 жалобою на опухоль живота и сильныя боли. Мѣщанка Новгородской губерніи, 28 л., православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя 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. Блондинка, средняго тѣлосложенія и питанія, невысокаго роста, малокровна. Животъ представляется увеличеннымъ въ своемъ объемѣ. Брюшныя стѣнки, тонки, упруги. При ощупываніи 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, неболѣзненна, лежитъ въ anteversio и сдвинута опухолью влѣво. Въ правомъ сводѣ легко достигается сегментъ вышеупомянутой эластической опухоли, находящейся въ сосѣдствѣ съ боковою стѣнкою матки. Лѣвый яичникъ опредѣляется нормальнымъ и на нормальномъ его мѣстонахожденіи. Полость матки—11 сант.

Діагнозъ—Cystoma colloid. intraligamentod. dextrum.

Операція 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 соотвѣтственный сводъ. Стѣнка ея пунктирована, но такъ какъ густое содержимое опухоли съ трудомъ выдѣлялось черезъ троакаръ, послѣдній былъ удаленъ и киста вскрыта широкимъ разрѣзомъ; послѣдовательно вскрыты другіе отдѣлы опухоли, послѣ чего она, на сколько возможно, была выведена наружу, дно ея вылущено изъ широкой связки и подъ него наложены 6 цѣпеобразныхъ захватывающихъ другъ друга лигатуръ. Послѣ закрѣпленія ихъ, киста удалена. Брюшная рана зашита 10 шелковыми лигатурами. Операція длилась 35 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій и при нормальной температурѣ.

На 10 день сняты швы, сращеніе 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 жалобою на опухоль въ животѣ, сильныя боли въ немъ, особенно за послѣднее время, общую слабость, лихорадку, 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 состояніе началось, по разсказу больной нѣсколько дней тому назадъ. Передъ прибытіемъ въ клинику, на дому больной, была произведена пробная пункція, причемъ получена прозрачная, серознаго характера жидкость.

Больная блондинка, средняго роста, съ крайне истощеннымъ общимъ видомъ, анемична. Температура кожи и конечностей повышена на ощупь. Размѣры живота значительно увеличены: окружность на уровнѣ пупка—82, наибольшая 85, отъ пупка до мечевиднаго отростка—13, до лобка 19, до правой sp. ilei ant. sup.—21, до лѣвой 18. При ощупываніи покровы живота тонки, напряжены; внизу живота опредѣляется рѣзко контурируемая опухоль, дающая ясную флюктуацію по всѣмъ направленіямъ, подвижная. Пальпація крайне чувствительна. При перкуссіи живота—тупой тонъ по всей поверхности опухоли, переходящій по боковымъ поверхностямъ живота и области epigastrii въ тимпаническій. Per vaginam: матка смѣщена сильно кзади, нормальнаго объема (длина полости 7 ctm.), плотной консистенціи, чувствительна; подвижность ея значительно ограничена. P. vaginalis—направлена впередъ, нормальнаго объема, зѣвъ и цервикальный каналъ безъ особенныхъ измѣненій. Въ переднемъ, сильно выпятившемся сводѣ опредѣляется сегментъ флюктуирующей опухоли. Изслѣдованіе по Гегару указывало на очень тѣсную связь опухоли съ маткой, такъ какъ каждое движеніе первой черезъ брюшные покровы сейчасъ же отзывалось и на маткѣ, которая двигалась въ томъ же направленіи. Остальные своды нормальны. Со стороны сердца и легкихъ отклоненій не опредѣлено.

Діагнозъ.—На основаніи приведенныхъ данныхъ изслѣдованія была діагносцирована киста и, вѣроятно, съ интралигаментарнымъ ростомъ, судя по тѣсной связи ея съ маткою. Что касается причины лихорадочнаго состоянія больной, то на основаніи дальнѣйшаго наблюденія, которое указывало на нагноительный характеръ температуры (утромъ на цифрахъ нормальной температуры, а вечеромъ всегда около 39 и даже 40°), эту причину можно было искать только въ содержимомъ самой кисты. Въ

виду предполагаемаго нагноительнаго процесса въ кистѣ, день операціи былъ ускоренъ. Она произведена была 12 февраля 1887 года.

Брюшные покровы вскрыты линейнымъ разрѣзомъ по бѣлой линіи, начиная отъ пупка до symphisis pubis. Длина разрѣза 17 ctm. Передняя стѣнка кисты оказалась сращенною съ париэтальнымъ листкомъ брюшины въ области пупка свѣжими ложными перепонками. Отдѣливши пальцемъ эти рыхлыя сращенія, стѣнка кисты была захвачена Неллатоновскими щипцами и пунктирована. Какъ и было предположено, выпущенное содержимое кисты представлялось густой, гнойною, зеленоватаго цвѣта жидкостью, съ отвратительнымъ зловоннымъ запахомъ. Количество этой жидкости простиралось до 4200 к. ц. Такъ какъ стѣнки кисты оказались при осмотрѣ настолько тонкими, что при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ можно было опасаться разрыва ихъ, а стало быть и излитія остатковъ зловоннаго содержимаго опухоли въ полость peritonei, поэтому прежде всего рѣшено было по возможности тщательно дезинфецировать полость кисты. Съ этою цѣлью полость опухоли была нѣсколько разъ наполнена теплымъ растворомъ салициловой кислоты (1:2000) и сверхъ того промыта 5% растворомъ карболовой кислоты, причемъ остатки содержимаго были выбраны губками. Изслѣдуя по всѣмъ направленіямъ спавшуюся опухоль, она оказалась въ верхней части сращенной на довольно значительномъ пространствѣ съ сальникомъ, съ лѣвой стороны на небольшомъ протяженіи съ S. Romanum. Сальникъ былъ перевязанъ въ три пучка лигатурами и отрѣзанъ отъ опухоли, сращенія же съ толстой кишкой легко были разъединены рукою. Такъ какъ ручнымъ изслѣдованіемъ полости кисты было констатировано, что основаніе опухоли заложено между листками правой широкой связки и на значительной глубинѣ, было приступлено къ вылущенію опухоли изъ ея ложа. Слизистая оболочка дна опухоли была захвачена пальцами и шагъ за шагомъ отдѣлена отъ надлежащей ткани широкой связки. Приподнявши отдѣльно этимъ способомъ дно кисты, разъединенные листки широкой связки были сшиты 8 лигатурами такимъ образомъ, что швы представляли изъ себя непрерывную цѣпь, идущую подъ основаніемъ опухоли, начиная отъ праваго угла матки и кончая свободнымъ краемъ праваго ligam. infundibuli pelvici. Окончивши съ этимъ—киста и излишній участокъ широкой связки были удалены ножницами. Брюшная рана зашита 12 глубокими и 2 поверхностными швами и наложена обычная въ клиникѣ повязка. Операція длилась 1 часъ 15 мин.

Послѣопераціонное состояніе первые 10 дней шло при нормальной температурѣ и пульсѣ, не смотря на продолжительную рвоту и тошноту, мучившія больную почти въ продолженіи всей первой недѣли послѣ операціи. На 11 день сняты швы; сращеніе полное, первымъ натяженіемъ. На 12 день появился кашель; температура достигла 38,4 и держалась на лихорадочныхъ цифрахъ до 15 дня послѣ операціи. Въ дальнѣйшемъ выздоровленіе пошло гладко и на 24 день больная выписалась изъ клиники съ вполнѣ хорошимъ самочувствіемъ. При выпискѣ матка въ retroversio, нечувствительна, въ правомъ сводѣ безболѣзненный, плотный эксудатъ.

№ 8.

Мѣщанка С-Петербургской губерніи Е. В., поступила въ клинику 28 сентября 1887 года съ жалобою 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 ощупываніи живота опредѣляется опухоль, эластической, равномѣрной консистенціи. Верхняя граница ея достигаетъ до scrobiculum, нижнимъ-же сегментомъ она теряется въ полости малаго таза. По всему протяженію опухоли ясная флюктуація 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 кпереди. Матка нѣсколько увеличена въ объемѣ, смѣщена кзади въ anteflexio. Въ переднемъ сводѣ прощупывается сегментъ эластической опухоли, выполняющей брюшную полость. Она тѣсно прилежитъ къ поверхности матки. При оттягиваніи опухоли черезъ брюшные покровы кверху, 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.

Діагнозъ Cystoma parovarii dextri intraligamentos.

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

При осмотрѣ препарата, киста оказалась однополостною, съ тонкими гладкими стѣнками Вѣсъ ея 180 грам. На поверхности ея лежитъ яичникъ и фаллопіева труба. Ширина ножки 14 ctm.

Послѣопераціонное состояніе больной было вполнѣ нормально. Температура за все время не была выше 38,6, пульсъ колебался между 72—98. На 10 день сняты швы и смѣнена первая повязка. Сращеніе первымъ на-

тяженіемъ по всему разрѣзу. 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 губерніи, 41 года отъ роду. Первые регулы получила на 14 г., типъ ихъ правильный 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 больной 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 онѣмѣніе правой ноги.

Status praesens. Больная блондинка, средняго роста, умѣреннаго питанія, довольно анемична. Брюшные покровы сильно напряжены. На обѣихъ ногахъ значительно развиты varices. При перкуссіи по всему животу, не исключая и поясничныхъ областей, тупой тонъ; печень смѣщена вверхъ. При ощупываніи опредѣляется бугристая, довольно плотная опухоль неравномѣрной консистенціи, ограниченно подвижная какъ справо на лѣво, такъ и сверху внизъ. Опухоль эта выполняетъ всю правую и значительную часть лѣвой половины полости живота. Въ лѣвой половинѣ прощупывается 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 ctm. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ изъ половой щели выстоитъ какъ передняя, такъ и задняя стѣнка влагалища. Per vaginam: матка нормальной величины (полость 8½ ctm.) и консистенціи, приподнята вверхъ и оттѣснена въ лѣвую сторону. Подвижность ея значительно ограничена. Своды также оттянуты кверху, свободны. Сегментъ опухоли черезъ рукавъ не достигается. Мочевой пузырь нѣсколько вытянутъ кверху. Rectocele. Діагнозъ—Cystoma intraligament. duplex.

Операція произведена 16 декабря 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты, обходя пупокъ съ лѣвой стороны, разрѣзомъ длиной въ 27 ctm., причемъ вылилось довольно большое количество свѣтлой, асцитической жидкости.

Такъ какъ было очевидно, что опорожненіе многополостной опухоли не могло быть настолько значительно, чтобы достигнуть нужнаго уменьшенія опухоли,—она была извлечена не уменьшенною въ объемѣ. Послѣ отдѣленія сращеній съ покрывавшимъ переднюю ея поверхность сальникомъ было приступлено къ осмотру ножки, причемъ опухоль держалась, какъ и въ теченіи 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 прилегала 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 соотвѣтствующаго 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 недоступной зрѣнію. Во избѣжаніе детальной перевязки безъ контроля зрѣнія, рѣшено было перевязывать ножку большими участками и постепенно отрѣзая опухоль, чтобы такимъ образомъ по возможности уменьшить напряженіе ткани. Такая предварительная лигатура была проведена съ наружной стороны, связка выше ея отрѣзана, 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 сдѣлать вполнѣ доступнымъ зрѣнію поле операціи, опухоль быстро была отрѣзана и приступлено къ остановкѣ кровотеченія. Большаго труда стоило отыскать ускользнувшую въ глубь широкой связки art. spermat. и перевязать ее. За этимъ на оставшуюся неперевязанною часть широкой связки было наложено еще нѣсколько лигатуръ. Состояніе больной, благодаря внезапно измѣнившимся условіямъ внутрибрюшиннаго кровообращенія послѣ быстраго удаленія опухоли, съ одной стороны, и, можетъ быть, подъ вліяніемъ потерь крови — съ другой — было настолько серьезно, что потребовало примѣненія всѣхъ мѣръ, возбуждающихъ дѣятельность сердца, и заставляло торопиться окончить операцію.

Киста лѣвой стороны быстро была извлечена изъ брюшной полости, ножка ея перевязана въ два пучка и опухоль была отрѣзана. Убѣдившись въ полной остановкѣ кровотеченія, брюшная рана была закрыта 25 шелковыми швами. Операція длилась 1 ч. 9 м. Тяжесть операціи, конечно, не могла не отразиться на послѣопераціонномъ состояніи больной. Паденіе силы пульсовой волны, начавшееся во время операціи, 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 теченіи трехъ первыхъ сутокъ державшіеся 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 вполнѣ удовлетворительное. На 10-е сутки, температура вдругъ повысилась до 39,5. На 11-е сутки, при снятіи швовъ и первой повязки, вблизи пупка на протяженіи брюшной раны оказался абсцессъ, выдѣлившій значительное количество гноя съ фекальнымъ запа-

хомъ. 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 вполнѣ могло имѣть мѣсто. Съ этого времени то большіе, то меньшіе абсцессы вскрывались въ различныхъ участкахъ брюшной раны. Температура соотвѣтственно этому то держалась въ нормальныхъ размѣрахъ, то поднималась до 38,5—39,0. Такое состояніе продержало больную въ постели до 35 дня послѣ операціи.

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

Описаніе препарата: опухоль оказалась правой кистой съ бугристою поверхностью; вѣситъ 11492 грамма; по поверхности тянется фаллопіева труба на протяженіи 14 ctm. Ширина ножки — 24 ctm. Опухоль состоитъ изъ цѣлаго ряда болѣе или менѣе мелкихъ полостей, изъ среды которыхъ выпущено тягучей, коллоидной, щелочной реакціи жидкости 10132 гр. Лѣвая киста, оказавшаяся тоже многополостною, вѣсила 3432 грам. Фаллопіева труба тянется по поверхности опухоли на 16 ctm. Широкая связка сильно растянута опухолью. Жидкости выпущено изъ полостей кисты — 2732 граммъ.

№ 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 они не измѣнились. Беременностей не было. Считаетъ себя больной 3 года, когда появились сильныя 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 мечевиднаго отростка—12, до лоннаго соединенія 18, до правой sp. il. ant. sup.—15, до лѣвой 14 ctm. При ощупываніи живота внизу его и справа прощупывается опухоль, эластической консистенціи, нечувствительная при давленіи. Per vaginam: матка нормальной величины (длина полости 8½ с.) и консистенціи, находится въ anteflexio и смѣщена влѣво. P. vaginalis конической формы, обращено кзади. Въ правомъ и въ 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.

Діагнозъ—Cystoma parovarii dextri intralig.

Операція произведена 23 января. Брюшныя стѣнки вскрыты по lin. alba на протяженіи 18 ctm. При изслѣдованіи полною рукою, киста оказалась покрытою небольшимъ количествомъ ложныхъ перепонокъ и лежащей въ средѣ широкой связки. По отдѣленіи сращеній, опухоль была выведена въ брюшную рану; на широкую связку ниже дна опухоли наложены двѣ лигатуры, выше которыхъ ножка и перерѣзана. Опухоль удалена не уменьшенной въ объемѣ. Брюшная рана зашита 12 шелковыми лигатурами. Операція длилась 30 минутъ. Послѣопераціонное теченіе не представляло ничего не нормальнаго. T-ра за исключеніемъ однократнаго повышенія 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 вполнѣ здоровой. При выпискѣ найдено: ощупываніе живота безболѣзненно матка въ anteflexio, совершенно подвижна, своды свободны, нечувствительны.

При осмотрѣ опухоль оказалась тонкостѣнною, многополостною кистою, наполненною прозрачнымъ, серознымъ содержимымъ. На протяженіи половины ея окружности, тѣсно прилегая къ опухоли, тянется фаллопіева труба, абдоминальный конецъ которой оказался нѣсколько расширеннымъ. На поверхности же опухоли лежитъ, почти неизмѣненный, 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 вполнѣ нормально. 1 роды на 33 году, послѣдніе 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 мечевиднаго отростка 19, такъ же и до лоннаго соединенія, до правой sp. il. ant. sup. 22½, до лѣвой—23. При пальпаціи живота опредѣляется опухоль, выполняющая всю полость его, эластической консистенціи, очень мало подвижна. По всей поверхности опухоли отъ scrobiculum cordis до лоннаго соединенія тупой тонъ, который переходитъ въ поясничныхъ областяхъ въ тимпаническій. Per vaginam матка увеличена въ объемѣ (длина полости 10½), плотной консистенціи, очень мало подвижная, смѣщена вверхъ, впередъ и влѣво.

Задній сводъ выполненъ эластической опухолью, тѣсно прилежащей къ маткѣ. Она неподвижно лежитъ въ маломъ тазу и связи съ опухолью, выполняющею полость живота не имѣетъ. Яичники не опредѣляются.

Діагнозъ—Cystoma ovarii dextri et cystoma parovarii sinistri.

Операція произведена 30 января 1888 года. Брюшныя стѣнки разрѣзаны по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, причемъ вылилось нѣкоторое количество асцитической жидкости. При изслѣдованіи рукою оказалось сращеніе кисты съ переднею брюшною стѣнкою на значительномъ протяженіи. По отдѣленіи этихъ сращеній въ области пупка разрѣзъ брюшной стѣнки былъ продолженъ вверхъ, обходя пупокъ съ лѣвой стороны. Длина разрѣза—19 ctm. 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 разрѣзомъ.

По освобожденіи кисты отъ ея содержимаго, она была отдѣлена отъ оставшихся сращеній, причемъ на нѣкоторыя изъ нихъ были наложены лигатуры. На ножку наложены двѣ лигатуры и опухоль была отрѣзана. Вторая опухоль, какъ это и предполагалось, лежала покрытою ложными перепонками, глубоко, между листками лѣвой, широкой связки, прилегая къ лѣвому краю матки и доходя съ другой стороны до flexura sigmoidea. По отдѣленіи сращеній, опухоль была выведена въ разрѣзъ 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 отрѣзана. На брюшную рану наложено 14 глубокихъ и два поверхностныхъ шва. Операція длилась 1 часъ. Послѣ операціи въ теченіи первыхъ трехъ сутокъ t° 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 операціи температура пала до нормы и оставалась таковою до дня выписки больной; причемъ въ теченіи послѣопераціоннаго состоянія не было никакихъ осложненій. На 10 сутки сняты швы и смѣнена первая повязка. Сращеніе 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 вполнѣ хорошее.

Лѣвая опухоль при осмотрѣ оказалась содержащей одну полость съ гладкими стѣнками. По задней ея поверхности на значительномъ протяженіи тянется расширенная фаллопіева труба. Здѣсь-же лежитъ яичникъ.

№ 12.

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

Жалуется на боли внизу живота, преимущественно во время регулъ,

которые въ первый разъ появились около 5 л. тому назадъ. Особенно же сдѣлались онѣ (боли) упорны въ теченіи послѣдняго года.

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

Діагнозъ: Cystoma parovarii dextri intraligament.

Операція произведена 20 февраля. Для того чтобы приподнять опухоль, въ рукавъ положенъ кальнейринтеръ. Брюшная стѣнка разрѣзана по бѣлой линіи на протяженіи 17 ctm., между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Для болѣе удобнаго оттягиванія брюшныхъ стѣнокъ, съ каждой стороны наложено по 2 провизорныхъ лигатуры. При изслѣдованіи полною рукою опухоль, какъ и было предположено, оказалась лежащей между листками правой широкой связки, съ одной стороны, прилегая ко всему правому краю матки, а съ другой доходя до соотвѣтственной стѣнки таза. Пункціей выпущено 500 к. с. прозрачной, серозной жидкости, послѣ чего отверстіе въ стѣнкѣ кисты было разширено 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 операцію по способу проф. Лебедева. Послѣ перевязки arter. spermatica и вѣтвей art. uterinae въ соотвѣтственномъ мѣстѣ, стѣнка кисты обшита цѣпеобразно 5 лигатурами и выше ихъ насколько возможно больше резецирована. Глубина оставшейся полости равнялась приблизительно 5 ctm. Брюшная рана закрыта 14 глубокими и двумя поверхностными лигатурами. Наложена обычная повязка. Операція длилась часъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ малѣйшихъ осложненій, высшая температура 37,7°, высшій пульсъ 92. Швы сняты на 10 день, тогда-же смѣнена и первая повязка. Сращеніе—первымъ натяженіемъ по всему разрѣзу. На 16 день больная начала ходить, а на 24 выписалась изъ клиники, чувствуя себя вполнѣ 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 опредѣляется смѣщенный яичникъ.

№ 13.

П. Л. поступила въ клинику 17 февраля 1888 года. Уроженка Петербургской губерніи, 22 лѣтъ, дѣвица, учительница. Регулы появились на

16 году, обыкновенно были черезъ 5 недѣль, продолжались по 5 дней; за время-же болѣзни приходятъ 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 перкуссіи живота, тимпаническій тонъ, за исключеніемъ лѣвой паховой области, гдѣ на небольшомъ пространствѣ существуетъ притупленіе. При ощупываніи—чувствительность слѣва, внизу живота. Per. vaginam: матка нормальной величины, въ anteflexio, смѣщена кзади. Въ переднемъ и отчасти лѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиною въ апельсинъ, довольно плотной консистенціи, подвижная. Она легко можетъ быть смѣщена и влѣво и вправо, но приподнимается кверху только съ лѣвой стороны матки. Справа опредѣляется нормальный яичникъ. На основаніи сказанныхъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ кисты лѣваго яичника. Cystes intraligament. sinistrum. Операція произведена 24 февраля 1888 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 12 ctm. Введенною въ полость живота рукою опухоль была легко захвачена и извлечена наружу. При осмотрѣ ножка оказалась состоящею изъ широкой связки и фаллопіевой трубы, такъ что опухоль развилась между листами широкой связки, именно, въ ala vespertiliones. Не широкая ножка была перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Брюшная рана зашита 12 глубокими и тремя поверхностными швами. Операція длилась 25 минутъ. Въ послѣопераціонномъ теченіи, за исключеніемъ учащеннаго пульса въ первые сутки послѣ операціи 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 вполнѣ здоровой. При изслѣдованіи найдено: матка въ anteversio, подвижная, своды свободны, нечувствительны.

Описаніе препарата: киста величиною въ апельсинъ, вѣситъ 250 grm. Она тонкостѣнна, наполнена серознымъ, прозрачнымъ содержимымъ, и состоитъ изъ одной полости. По поверхности кисты тянется неизмѣненная фаллопіева труба, причемъ она очень тѣсно прилежитъ къ опухоли. На противуположномъ отъ абдоминальнаго конца трубы полюсѣ находится, тѣсно прилегающій 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. Замужемъ 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. Считаетъ себя

больной—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 бедрахъ обѣихъ ногъ значительные вариказные узлы. При пальпаціи черезъ брюшныя стѣнки опредѣляется опухоль, выходящая изъ малаго таза, она занимаетъ всю брюшную полость и дномъ своимъ стоитъ на 3 ctm. выше пупка и на 25 ctm., выше лоннаго соединенія. Опухоль эта ограниченно подвижна какъ сверху внизъ, такъ и справа на лѣво; въ области ея — ясная флюктуація. Измѣреніе живота показало: окружность на уровнѣ пупка—80, наибольшая—90, разстояніе отъ пупка до мочевиднаго отростка — 13, до лоннаго соединенія — 27, до правой sp. il. ant. sup. — 20, до лѣвой—20 ctm.

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

Діагнозъ: Cystoma intraligamentos. sinistr.

Операція 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 послѣдняго. Введенною черезъ брюшной разрѣзъ рукою, опухоль была изслѣдована полною рукою, причемъ оказалось, что она, какъ и было предположено, лежала интралигаментарно и при томъ такимъ образомъ, что матка лежала позади опухоли. При этомъ peritoneum лѣвой боковой стѣнки таза былъ на столько приподнятъ кверху, что flxura sigmoidea почти по всему соотвѣтственному краю оказалась тѣсно прилежащею къ опухоли. Для того, чтобы сдѣлать себѣ наиболѣе доступнымъ нижній отрѣзокъ опухоли, — брюшной разрѣзъ былъ продолженъ внизъ настолько, что въ общемъ онъ простирался до 20 ctm. 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, отверстіе, оставленное троакаромъ въ стѣнкѣ ея, было расширено ножницами и внутренняя поверхность кисты была изслѣдована рукой. При этомъ оказалось, что въ нижнемъ участкѣ опухоли, на днѣ ея находится цѣлый конгломератъ вторичныхъ, небольшихъ полостей, вдающихся въ просвѣтъ 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 одновре-

менное изслѣдованіе мочеваго пузыря катетеромъ. Послѣ того какъ было установлено, что вышеупомянутый мѣшокъ не есть мочевой пузырь—приступлено къ вылущенію 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 вылущена изъ среды широкой связки и подлежащей клѣтчатки цѣликомъ. 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. Операція длилась 50 минутъ. Состояніе оперированной въ теченіи первыхъ 10 дней было вполнѣ хорошо. Т—ра за исключеніемъ двукратнаго повышенія до 38,2° и 38,4°, на 1 и 4 сутки послѣ операціи, держалась около 37,5°. Пульсъ колебался около 90 ударовъ въ минуту. На 10 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 мѣстнаго теченія процесса осложненій не замѣчалось, больная не разъ была показываема спеціалистамъ терапевтической клиники, которые высказались за легкую инфекціонную форму заболѣванія неопредѣленнаго характера. На 30 день больная встала съ постели, чувствуя себя вполнѣ здоровою. На 38 день выписалась изъ клиники. При этомъ найдено: P. vaginalis атрофирована матка, незначительной величины, совершенно подвижна. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется плотная нечувствительная опухоль, продолговатой формы. Остальные своды свободны, нечувствительны.

Описаніе препарата: киста оказалась состоящею изъ одной большой полости и цѣлаго ряда болѣе мелкихъ полостей, развившихся, главнымъ образомъ, въ нижнемъ участкѣ опухоли. Стѣнки совершенно гладкія, по всей остальной поверхности здѣсь были покрыты папилломатозными разрастеніями. Вѣсъ 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. Послѣродовой періодъ прошелъ правильно, но черезъ 6 недѣль появилось кровотеченіе, которое періодически возобновлялось почти въ теченіи цѣлаго года.

Поэтому поводу больная лежала въ больницѣ. Жалуется на боли внизу живота слѣва, отдающія въ лѣвую ногу. Считаетъ себя больною со времени послѣднихъ родовъ 4 года тому назадъ.

Status praesens: Больная блондинка, слабаго тѣлосложенія, плохаго питанія, средняго роста. Животъ нормальныхъ размѣровъ. При ощупываніи его кромѣ небольшой чувствительности слѣва внизу, ничего ненормальнаго не опредѣляется. Per. vaginam матка нормальнаго объема, плотной консистенціи, находится въ retroversio смѣщена влѣво. Въ лѣвомъ сводѣ опухоль величиной 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.

Діагнозъ: Cystoma intraligament. sinistrum.

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

Помѣщалась 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 цѣпью идущихъ лигатуръ подъ основаніе опухоли и послѣдняя удалена. Брюшная рана зашита 10 шелковыми лигатурами. Операція длилась 42 минуты.

Послѣопераціонное теченіе вполнѣ нормально: высшая температура 37,7°, высшій пульсъ—90. Швы сняты и перемѣнена первая повязка на 10 день. Сращеніе брюшнаго разрѣза—первымъ натяженіемъ. Встала съ постели на 14 день, а на 19 день послѣ операціи 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 соотвѣтствовалъ культѣ широкой связки. Самочувствіе больной прекрасное.

№ 16.

П. И. поступила въ клинику 20 января 1889 года. Больная 42 лѣтъ, швея, мѣщанка, уроженка г. Рыбинска, православнаго вѣроисповѣданія. Первыя 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 безпокоило ее 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 начинаетъ 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. Ощупываніемъ опредѣляется въ полости живота гладкая опухоль, величиной съ голову взрослаго человѣка, эластической консистенціи, мало подвижная.

При перкуссіи 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, ограниченно подвижна, не болѣзнена; длина полости не опредѣлена, вслѣдствіе атрезіи наружнаго отверстія матки. Правый сводъ выполненъ эластической опухолью, опредѣляемой при наружномъ изслѣдованіи, она тѣсно прилежитъ къ маткѣ, вверхъ не приподнимается.

Діагнозъ. Cystoma inirаligament. dextrum et atresia canalis cervicis.

Операція 26 января 1889 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной въ 18 сант. При разрѣзѣ брюшины ножницами была случайно поранена верхушка высокоподнятаго мочеваго пузыря, но тутъ же рана зашита десятью тонкими шелковыми лигатурами, пузырь вытянутъ кпереди и кверху, брюшина подъ нимъ зашита и онъ укрѣпленъ, такимъ образомъ, экстраперитонельно. Опухоль для уменьшенія ея размѣра проколота троакаромъ и выпущено 6437 граммъ жидкости уд. в. 1,025 мутнаго, коричневаго цвѣта. По отдѣленіи сращеній съ peritoneum parietale киста извлечена наружу, на ножку наложено 2 двойныхъ лигатуры и отрѣзана ножницами. На брюшную рану наложено 17 глубокихъ швовъ. Операція продолжалась 55 минутъ.

Описаніе препарата:

Опухоль—киста лѣвой широкой связки. Состоитъ изъ одной полости съ довольно толстыми гладкими стѣнками. Вѣсъ мѣшка безъ жидкости 201 граммъ. Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На десятый день сняты швы—первое натяженіе. На 28 день выписалась изъ клиники въ удовлетворительномъ состояніи здоровья.

№ 17.

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

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

Status praesens. Больная средняго роста и тѣлосложенія, плохаго 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 взрослаго человѣка, эластической консистенціи, съ ясной 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 отдавлено влѣво и вверхъ. Длина полости матки 13 сант. Черезъ своды опредѣляются сегменты эластической опухоли.

Діагнозъ. Cystoma intralig. duplex.

Операція Laparocystectomia 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 клѣтчаткѣ и на внутренней поверхности стѣнки одной изъ полостей имѣла папилломатозныя разрощенія. Подъ основаніе опухоли наложены цѣпочные швы, сверхъ нихъ опухоль отрѣзана. 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 Дуглассово пространство, была лишь пунктирована и на мѣстѣ прокола наложены швы.

Брюшныя стѣнки сшиты 18 глубокими швами и наложена обычная повязка.

Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣопераціонное теченіе до десятаго дня безлихорадочное, съ десятаго дня идетъ повышеніе температуры до 39,2° (37,2°—39,2°), такъ продолжается двѣ недѣли, затѣмъ t° приходитъ къ нормѣ и больная выписалась на 27 день послѣ операціи. Повышеніе температуры объяснялось образованіемъ двусторонняго периметритическаго эксудата на мѣстѣ опухолей.

№ 18.

А. Г. поступила въ клинику 3 марта 1889 года. Больная 41 года, православнаго вѣроисповѣданія, мѣщанка Тверской губерніи, по занятію портниха. Первыя 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 куринаго 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.

Sratus 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-эластической консистенціи, продольный размѣръ ея 29 сантим., поперечный 33 сант. Опухоль, повидимому, приращена къ передней брюшной стѣнкѣ, даетъ ясную флюктуацію. При бимануальномъ изслѣдованіи влагалищная часть матки отклонена влѣво; тѣло матки притянуто немного кверху и влѣво, увеличено и болѣзненно. Въ правую сторону смѣстить невозможно. Длина ея полости 12 ½ сант. 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 достигается пальцемъ со стороны влагалища. Ростетъ, повидимому intraligamentar'но изъ лѣвой широкой связки и тянетъ за собою матку влѣво и кверху. Опухоль, прощупываемая въ правомъ и заднемъ сводѣ, принадлежитъ, по всей вѣроятности, правой фаллопіевой трубѣ.

Діагнозъ. Cystoma ovarii intraligament. sinistr.

Терапія Laparocystectomia 15 марта 1889 года,

Разрѣзъ по бѣлой линіи выше пупка дл.=23 сант. По вскрытіи брюшной полости вытекло большое количество водяночной жидкости. Киста съ очень толстыми стѣнками пунктирована троакаромъ и выпущено 3900 куб. сант. мутной зеленовато-грязнаго цвѣта жидкости. При изслѣдованіи черезъ рану полной рукой оказывается, что опухоль сверху и спереди и внизу справа срощена съ сальникомъ, но сращенія эти неплотныя, разорваны рукой, опухоль ростетъ интралигаментарно съ лѣвой стороны, идетъ позади матки и переходитъ на правую сторону ея; на лѣвой сторонѣ опухоли замѣчается сильно растянутая жидкостью фаллопіева труба. При выведеніи опухоли изъ брюшной полости труба лопнула, и изъ нея вытекла серозная жидкость. Мѣшокъ кисты былъ вскрытъ широкимъ разрѣзомъ ножницами и сдѣлана попытка вылущенія 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 слѣва: отдѣлъ болѣе плотный и представлявшій изъ себя полость, наполненную папилломатозными разращеніями. Разращенія эти полностію удалены рукой, послѣ чего представилась возможность приподнять дно кисты отъ подлежащей ткани. На широкую связку подъ дно кисты наложено 6 цѣпеобразныхъ швовъ. Опухоль срѣзана; культя

опущена въ брюшную полость. Брюшная рана зашита 24 глубокими шелковыми швами, наложена обычная повязка. Операція продолжалась 1 часъ 45 мин. Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій. Самая высокая температура 38,4° на 4 день. Выписалась здоровой на 28 день послѣ операціи.

№ 19.

Н. З. поступила въ клинику 10 декабря 1889 года. Больная 31 года, православнаго вѣроисповѣданія, Московской губерніи, дворянка. Первая менструація на 14 году, типъ регулъ до заболѣванія черезъ 4 недѣли, по 7 дней, за время болѣзни черезъ 4 недѣли по 4 — 5 дней. Замужъ вышла на 24 году, беременной не была. 6 лѣтъ больная 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 пункція 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 сант., наибольшая окружность 122½ сант., отъ мечевиднаго отростка до пупка 27, отъ пупка до лоннаго соединенія 24, отъ прав. sp. il. ant. sup. до пупка 27, отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 28 сант. Перкуссія даетъ тупой тонъ по всему животу. При ощупываніи находимъ въ полости живота опухоль эластической консистенціи, флюктуирующую; опухоль подвижная доходитъ до пупка и глубоко спускается въ полость малаго таза. Въ полости живота—ascites. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть конической формы, небольшаго объема, тѣло матки не опредѣляется; черезъ своды особенно прав. прощупываются сегменты, эластической опухоли, выполняющей и выпячивающей своды рукава.

Діагнозъ-Cystoma intraligament. parovarii dextri.

21 декабря для облегченія дыханія больной была сдѣлана пункція, причемъ было выпущено 8000 куб. с. кровянистой жидкости.

24 декабря произведена операція. Разрѣзъ по бѣлой линіи 22 сант. При вскрытіи брюшной полости вылилось большое количество кровянистой жидкости. Опухоль была срощена съ perit. parietal. и сальникомъ. Она по отдѣленіи сращеній, была пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено 1400 куб. с., зеленоватой коллоидной жидкости. Киста оказалась многополостной и отдѣльныя полости ея были опорожнены. Затѣмъ она была извлечена изъ брюшной полости; оказалось, что она сидитъ на широкомъ основаніи, глубоко въ полости малаго таза. Полное удаленіе оказалось невозможнымъ и потому было рѣшено предпринять открытый способъ леченія. На основаніе опухоли наложенъ былъ эластическій жгутъ и стѣнки опухоли на сколько возможно срѣзаны; затѣмъ основаніе опу-

холи выше жгута было перетянуто двумя кисетными швами; ножка опухоли вшита въ нижній уголъ брюшной раны кэтгутовыми швами. Верхняя часть брюшной раны и нижняя закрыты 18 глубокими шелковыми швами. Поверхность ножки опухоли смазана Ol. Martis и наложена обычная повязка.

Продолжительность операціи 1 ч. 30 м.

Послѣопераціонный 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 клочья 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 папилломатозными разрощеніями желтоватого 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.

А. Х. поступила въ клинику 14 ноября 1889 года. Больная 23 лѣтъ православнаго вѣроисповѣданія, дворянка, родилась въ Полтавской губерніи живетъ постоянно въ Новгородской губерніи, дѣвица. Первыя 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 теченіи первыхъ трехъ дней, затѣмъ постепенно ослабѣвали. Регулы приходятъ черезъ 3 недѣли, но большею частью гораздо раньше и продолжаются отъ 4 до 9 дней. Послѣдній годъ состояніе больной значительно ухудшилось; боли внизу живота сдѣлались почти постоянными, присоединилось непріятное чувство напиранія на низъ и усилились нервные истерическіе припадки, которыми страдаетъ уже съ дѣтства. Блондинка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія ничего особеннаго не замѣчается. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны; ходитъ съ трудомъ, большею частью съ помощью другихъ лицъ. При разговорѣ часто всхлипываетъ. Зрѣніе ослаблено, при сильномъ свѣтѣ непріятное ощущеніе въ глазахъ, тоже при чтеніи; иногда зрѣніе болѣе ослаблено то въ одномъ, то въ другомъ глазу.

Наружные половые органы нормальны, дѣвственная плева цѣла, полулунной формы. Изслѣдованіе произведено per rectum, при чемъ констатировано слѣдующее: въ маломъ тазу слѣва отъ матки помѣщается опухоль величиной въ два кулака, эластической консистенціи, совершенно гладкая, опухоль выводится изъ полости малаго таза и при оттягиваніи кверху

верхній край ея становится на 1 палецъ выше пупка; лѣвый сводъ при этомъ замѣтно вытягивается.

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

Діагнозъ: 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 отрѣзана ножницами. Правые придатки не представляли видимыхъ измѣненій. Брюшная рана зашита 14 глубокими шелковыми узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 25 минутъ.

Послѣопераціонный 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 потерею 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 кровоизліяніе, распространенное въ слоѣ брюшины и идущее дальше ея въ стѣнку кисты. На поверхности кисты проходитъ фаллопіева труба, непредставляющая 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 grm. мутной жидкости.

№ 21.

Е. Б. поступила въ клинику 16 декабря 1889 года. Больная дворянка, Тверской губерніи, живетъ въ Новгородской губерніи, 66 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія. Первыя регулы пришли на 13 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли, по 6—7 дней. Замужъ вышла на 20 году, рожала 4 раза, послѣдніе роды 40 лѣтъ тому назадъ. 7 лѣтъ тому назадъ стали отекать ноги, затѣмъ животъ, руки и лицо; бывало сердцебіеніе. Подъ вліяніемъ леченія въ теченіи 4 лѣтъ значительно уменьшились. Около года тому

назадъ больная стала замѣчать увеличеніе живота, но не рѣзкое. Въ февралѣ мѣсяцѣ появилась тупая боль въ лѣвомъ паху, по временамъ усиливающаяся. Къ 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,—отекаютъ. 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 сантотъ 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 кзади, тѣло матки отклонено кзади и влѣво, плотной консистенціи, увеличено, подвижно. Длина полости 11 сант. Правый сводъ, а также и задній выполнены эластической опухолью, которая занимаетъ почти всю брюшную полость. Опухоль представляется гладкой, равномѣрной по всей своей поверхности.

Діагнозъ: 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 прошелъ 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., кофейно-краснаго цвѣта, удѣльн. вѣса 1019, реакція слабо-щелочная. Послѣ пункціи наибольшая окружность живота 98 сант. Операція 5 января 1890 года. Разрѣзъ проведенъ черезъ расширенное пупочное кольцо по бѣлой линіи длиной въ 22 сант. вылилось значительное количество асцитической жидкости. Для уменьшенія размѣровъ кисты, она пунктирована троакаромъ и выпущена жидкость совершенно такого-же характера, какъ и раньше выпущенная за день до операціи. При изслѣдованіи черезъ рану опухоль оказалась сращена справа и сверху съ петлей тонкихъ кишекъ посредствомъ тонкой перепонки и съ правой нижней брюшной стѣнкой. Эти сращенія разрѣзаны между двумя лигатурами; въ нижнемъ углу раны опухоль была сращена ложными перепонками, содержащими крупные венозные сосуды, также съ передней брюшной стѣнкой; повидимому, этотъ пучокъ ткани былъ остатокъ нижней части сальника въ области мочеваго пузыря, а затѣмъ при дальнѣйшемъ ростѣ кисты отдѣлившагося отъ остальнаго сальника. На эти перепонки наложены двѣ лигатуры и затѣмъ отдѣлены ножницами. По отдѣленіи сращеній 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 приступлено 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 клѣтчатки. Всѣхъ швовъ наложено 22. Операція продолжалась 40 минутъ.

Описаніе препарата:

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

Вѣсъ мѣшка кисты 1800 граммъ.

Количество выпущенной жидкости=4000 куб. сант. При микроскопическомъ изслѣдованіи содержитъ характерные блестящіе коллоидные шары, детритъ и небольшое количество бѣлыхъ и красныхъ шариковъ.

Послѣоперацiонное состояніе: Первые 8 дней теченіе безлихорадочное. На 9 день начинаетъ повышаться температура, въ этотъ-же день сняты швы,—изъ всѣхъ швовъ значительное выдѣленіе гноя. Температура все время лихорадочная, повременамъ доходитъ до 39,5° съ рѣзкими утренними паденіями до 36 и даже до 35,5°. Въ верхнемъ углу раны на 48 день послѣ операціи появилось свищевое отверстіе, изъ котораго выдѣляется значительное количество прозрачной жидкости, повидимому, изъ ограниченнаго асцита; затѣмъ это отдѣленіе принимаетъ гноевидный характеръ съ запахомъ. На 63 день открывается въ области пупка другой свищъ, изъ котораго также выдѣляется весьма значительное количество серозной жидкости съ запахомъ сѣроводорода; къ этому отдѣленію вскорѣ примѣшивается гной.

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

При вскрытіи найдено слѣдующее:

На животѣ по средней линіи, надъ пупкомъ замѣчается рана, проникающая въ полость peritonei; покрыта грануляціями. Отъ этой раны кверху продолжается рубецъ на протяженіи 5 сант. и книзу такой-же рубецъ на протяженіи 4,5 сант. Выше пупка на рубцѣ представляется отверстіе свищеваго хода, ведущаго въ подкожную ткань около 3 mlm. діаметра. Peritoneum почти по всей поверхности окрашенъ въ сѣроаспидный цвѣтъ, въ полости его мѣстами гноевидная жидкость. Между кишками, брюшными стѣнками и сосѣдними органами имѣются многочисленныя, старыя сращенія. Печень приращена старыми перепонками къ діафрагмѣ и кишкамъ, сильно мускатна; въ правой долѣ серозная киста съ голубиное яйцо. Селезенка немного увеличена, плотно приращена къ діафрагмѣ, блѣдна. Почки нѣсколько увеличены, поверхность особенно правой почки зерниста, ткань блѣдна, дрябла, капсула напряжена и снимается съ трудомъ. S. Romanum плотно приращена къ маткѣ и на мѣстѣ приращенія представляетъ на слизистой оболочкѣ нѣсколько небольшихъ отверстій свищеваго хода, ведущаго изъ подъ слизистой ткани въ полость брюшины, около

матки. Матка длиной въ 7,5 сант. шириной около 5 сант., полость нѣсколько растянута слизистая оболочка утолщена, гиперемирована, покрыта слизью; на задней стѣнкѣ около дна бѣловатая, плотная опухоль въ лѣсной орѣхъ. Правый яичникъ сморщенъ, содержитъ серозную кисту въ лѣсной орѣхъ. Широкія связки, особенно лѣвая сморщены. Лѣваго яичника не найдено.

№ 22.

О. А. поступила въ клинику 5 Февраля 1890 года. Крестьянка, 30 лѣтъ, горничная. Регулы съ 14 лѣтъ, типъ ихъ: чрезъ 3 недѣли по 7 дней, безъ болей. Послѣдніе регулы, въ количествѣ нѣсколькихъ капель, были 18 января. Рожала 2 раза, послѣдній разъ 2½ года тому назадъ.

Жалуется на тошноту въ теченіи послѣднихъ 3 недѣль, рвоты небыло.

Status praesens. Хорошаго сложенія, немного исхудалая, кожа и склеры слегка иктеричны. Въ лѣвой подвздошной области опухоль овальной формы, величиною съ гусиное яйцо, эластической консистенціи, подвижная во всѣ стороны. Матка увеличена, дно ея стоитъ пальца на 1½ надъ лобкомъ, характерной консистенціи для беременности. Отъ лѣваго бока матки къ опухоли прощупывается шнурокъ.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri. Graviditas.

Ovariotomia 22 апрѣля 1890 г. Тонкая ножка перевязана въ 2 пучка. Рана закрыта 9 шелковыми швами. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Въ первый вечеръ послѣ операціи температура была 38,3°, пульсъ 68, дыханіе 18. Швы сняты на 8 день—первое натяженіе. Черезъ 2 недѣли послѣ операціи послѣдовалъ выкидышъ 2½ мѣсячный, котораго теченіе было также правильное. Выписалась здоровой на 35 день послѣ операціи.

Описаніе препарата:

Киста лѣваго яичника развившаяся межсвязочно. Удаленъ наружный конецъ фаллопіевой трубы на протяженіи 5 ctm.

№ 23.

Т. В. поступила въ клинику 16 февраля 1890 года. Больная 44 лѣтъ, замужняя (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; въ послѣднее время стали только нѣсколько обильнѣе. Замужъ вышла на 17 году, беременна не была ни разу. Была всегда здорова. 3 года тому назадъ она замѣтила въ полости живота, въ нижней части его съ лѣвой стороны, небольшую опухоль. Опухоль мало безпокоила ее, пока не достигла большихъ размѣровъ; появилась одышка при ходьбѣ и тяжесть внизу живота.

30 іюля 1889 года въ Ярославлѣ была сдѣлана пункція опухоли, послѣ чего она совсѣмъ опала и больная около 5 мѣсяцевъ чувствовала

себя хорошо, ходила, работала, какъ и прежде, пока опухоль не достигла прежнихъ размѣровъ.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, умѣреннаго питанія. Животъ представляется равномѣрно 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 перкуссіи соотвѣтственно выпяченной части живота повсюду тупой звукъ. Выше опухоли и въ поясничныхъ областяхъ тимпаническій звукъ. При пальпаціи 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 anteflexio 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 прощупать нижній сегментъ большой опухоли, опредѣляемой наружными пріемами. Per rectum эти данныя подтверждаются, причемъ матка представляется замѣтно вытянутой кверху. Hegar'овскимъ способомъ изслѣдованія убѣждаемся, что опухоль, оттягиваемая въ сторону, влечетъ въ томъ же направленіи и матку. Діагнозъ. Cystoma ovarii sinistri intraligamentod. et fibroid. subserosum uteri.

Терапія—овріотомія 10 марта 1890 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, но такъ какъ разрѣзъ оказался недостаточнымъ для извлеченія опухоли, то онъ былъ продолженъ кверху (обходя пупокъ влѣво), длина всего разрѣза 17 сант. Стѣнка кисты вскрыта широкимъ разрѣзомъ, причемъ вытекло значительное количество серозной жидкости буроватаго цвѣта и опухоль уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. Киста дѣйствительно оказалась интралигаментарной, многополостной, развившейся изъ лѣваго яичника. Стѣнка кисты была срощена въ двухъ мѣстахъ съ сальникомъ и съ flexura sigmoidea, эти сращенія 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 срѣзана ножницами, а изъ культи оставшаяся часть кисты вылущена, 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, двойной шелковой лигатурой, ножка опущена въ полость таза.

Брюшная рана зашита 15 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 1 часъ. Кровотеченіе незначительное. Хлороформу истрачено 60 граммъ. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. На 28 день выписалась изъ клиники здоровой.

№ 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 средняго роста плохаго 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 срощена съ наружными покровами и имѣетъ полную подвижность во всѣ стороны. Въ опухоли опредѣляется ясная флюктуація, а въ полости живота присутствіе асцита. 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.

Діагнозъ: Cystoma ovarii; post. operationem cystoma ovarii sinistri intraligamentodes.

Терапія.—Оваріотомія 13 мая 1890 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 16 сант. По разрѣзѣ брюшной стѣнки вытекло много водяночной жидкости. Киста оказалась лѣвосторонней, межсвязочной, съ широкой ножкой, на половину перекрученной. Опухоль лежала въ правой половинѣ таза, оттѣсняя матку влѣво и вверхъ. При проколѣ кисты вытекло 4000 к. сант. мутной жидкости. Ножка опухоли перевязана въ 7 пучковъ, причемъ въ 2 пучка захвачена часть стѣнки матки. Опухоль срѣзана, культя обколота и прижжена Пакленомъ, такъ какъ изъ нея показалось кровотеченіе. Опухоль была плотно срощена съ сальникомъ. Брюшная рана зашита 15 глубокими швами. Опухоль многополостная киста съ небольшими папилломатозными разрощеніями по внутренней ея поверхности. Послѣопераціонное теченіе вполнѣ 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. Первыя мѣсячныя крови пришли на 17 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 2—3 дня. За время болѣзни являются 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 мѣсяцѣ 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 воспаленіе праваго яичника. Жалуется больная на боль и онѣмѣніе 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 ощупываніи 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 кпереди 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. Діагнозъ колеблется между кистой праваго яичника и правой интралигаментарной.

Терапія—оваріотомія 12 декабря 1890 года.

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

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

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій. Наибольшее повышеніе температуры было разъ 38,5 у больной, 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. Т. 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 1/2 года тому назадъ замѣтила въ животѣ опухоль, величиной съ кулакъ, которая стала постепенно расти. Въ теченіи послѣднихъ трехъ лѣтъ, мѣсяца черезъ 2—3 являются боли въ лѣвой подвздошной области, отдающіяся въ переднюю поверхность лѣваго бедра.

Больная средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, анемичная. Животъ представляется увеличеннымъ опухолью, занимающей всю его нижнюю половину. Окружность живота 98 сант. Высота опухоли 21 сант., ширина 17 сант. Опухоль поперечно-овальной формы, величиной съ голову взрослаго человѣка. Поверхность ея гладкая, консистенція эластическая (флюктуируетъ). Опухоль совершенно безболѣзненна, подвижная во всѣ стороны. Отъ нижней поверхности опухоли отходитъ длинная шнуровидная ножка и направляется къ лѣвому углу матки. Матка въ anteversio, увеличена, полость 9 сант., вполнѣ подвижна. Правые придатки матки легко прощупываются, на нормальномъ мѣстѣ, лѣвые же не прощупываются.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistr. intraligament.

Оваріотомія 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 срѣзана. Брюшная рана зашита 21 шелковыми швами.

Продолжительность операціи 40 минутъ. Послѣ операціи чувствовала себя хорошо, рвоты не было. Со 2 на 3 день повышеніе 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 операціи здоровой.

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

№ 27.

Е. Т. поступила въ клинику 28 октября 1891 г. Дворянка, 65 лѣтъ, родилась въ Одессѣ, живетъ въ Петербургѣ, по занятію учительница музыки, незамужняя. Первая менструація на 14 году, послѣдующія являлись черезъ 3 недѣли и продолжались по 4 дня. До 40 лѣтъ онѣ приходили правильно, но съ этого времени сдѣлались неправильными: являлись черезъ 11—21 день въ болѣе обильномъ количествѣ и продолжались по 7—8

дней, причемъ вмѣстѣ съ жидкой кровью выходило много сгустковъ. На 50 году крови прекратились, послѣ чего въ продолженіи 5 лѣтъ чувствовала себя хорошо, пока не появились бѣли, которыя заставили больную обратиться къ врачебной помощи. Подъ вліяніемъ леченія бѣли прекратились, но вскорѣ появилось кровотеченіе изъ половыхъ органовъ и сталъ расти животъ, который въ продолженіи 2 лѣтъ достигъ весьма значительныхъ размѣровъ. Въ 1884 г. докторомъ Экомъ былъ дважды сдѣланъ проколъ, причемъ выпущено оба раза около ведра темно-кофейнаго цвѣта жидкости. 8-го іюня того-же года имъ-же была сдѣлана оваріотомія, послѣ которой больная совершенно оправилась и была здорова до 86 года, но съ этого времени снова появились кровотеченія и увеличеніе живота. Въ нижней части его съ лѣвой стороны появилась плотная, бугристая опухоль, которая увеличивалась сперва медленно, а затѣмъ, въ особенности въ январѣ мѣсяцѣ 91 года, стала расти довольно быстро и кровотеченія сдѣлались обильнѣе, но въ сентябрѣ этого года онѣ прекратились.

Жалуется больная на большой животъ, болей ни раньше, ни теперь не чувствуетъ, бываетъ иногда запоръ.

Status praesens. Больная брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія, высокаго роста, очень полная, тучная особа. Органы дыханія и кровообращенія, за исключеніемъ небольшаго увеличенія сердца въ поперечникѣ, по изслѣдованію терапевта ничего особеннаго не представляютъ. Брюшныя стѣнки сильно растянуты опухолью и вмѣстѣ съ нею свѣшиваются внизъ, покрывая верхнюю часть бедеръ. На кожѣ живота обширные лучистые рубцы занимаютъ всю его переднюю стѣнку; слѣва отъ средней линіи находится поверхностная язва, величиною съ десятикопѣечную монету.

Наибольшая окружность живота 132 сант. При ощупываніи находимъ въ полости его громадную опухоль мѣстами эластической, мѣстами плотной консистенціи. Per vaginam: portio vaginalis стоитъ высоко, кругловатой формы, нормальнаго объема и консистенціи, направлена влѣво. Зондированіе полости, вслѣдствіе значительнаго съуженія влагалища и высокаго стоянія влагалищной части, сдѣлать не удалось. Тѣло матки въ положеніи anteflexio-latero-versio dextr., плотной консистенціи, ограничено подвижна, безболѣзненна, нормальнаго объема. Въ лѣвомъ и отчасти въ заднемъ сводѣ прощупываются весьма солидной консистенціи опухоли: одна исходитъ изъ дна матки, другая изъ лѣвой стѣнки ея, повидимому онѣ совершенно независимы отъ большой опухоли.

Діагнозъ: Cystoma ovarii dextri et fibromyoma uteri multiplex..

Терапія—Laparotomia 13 ноября 1891 г.

Хлорофирмованіе начато въ 11 часовъ утра, пульсъ съ самаго начала сдѣлался неправильнымъ и такимъ оставался до конца операціи.

Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 23 сант. Брюшная стѣнка въ этомъ мѣстѣ оказалась настолько тонкой, что при первомъ-же разрѣзѣ была вскрыта брюшная полость. Въ этомъ мѣстѣ оказался лежащимъ мѣшетчатый асцитъ, (Hydrops peritonei saccat). При разрѣзѣ его вытекло около 3 литровъ прозрачной, желтоватой жидкости. Разрѣзъ продолженъ ножницами вверхъ и внизъ. При изслѣдованіи опухоль оказалась интралигаментарной кистой.

Передній отдѣлъ ея, прилегавшій къ ранѣ былъ, проколотъ троака-

ромъ и содержавшаяся въ ней жидкость желтоватаго цвѣта, въ количествѣ 3½ литровъ—выпущена.

Опорожненный такимъ образомъ мѣшокъ захваченъ Неллетонами и оттянутъ кверху. Затѣмъ сдѣлана была попытка къ отдѣленію опухоли отъ передней брюшной стѣнки, но сращенія съ послѣдней оказались настолько тѣсными, что отъ этой попытки пришлось отказаться.

Затѣмъ была разрѣзана та перепонка, посредствомъ которой вскрытая часть полости брюшины (hydrops saccatus) была отдѣлена отъ общей ея полости, при этомъ въ ранѣ показались кишечныя петли. Кровоточившіе сосуды зажаты пеанами; послѣ этого рукой, введенной въ полость брюшины, изслѣдованы какъ задняя поверхность кисты, такъ и распознанныя раньше фиброміомы. Одна изъ нихъ, какъ и было распознано, сидѣла на широкомъ основаніи съ лѣвой стороны, другая, на ножкѣ, сидѣла на ней, а третья на днѣ матки, тоже на ножкѣ.

Затѣмъ было приступлено къ удаленію кисты,—операціи, представившей довольно серьезныя затрудненія, такъ что пришлось удалять опухоль по частямъ. При этомъ полости ея одна за другой вскрывались, содержимое ихъ выпускалось, стѣнки постепенно вырѣзывались, кровоточившіе сосуды то зажимались пинцетами, то перевязывались,—такимъ образомъ въ концѣ концовъ, вся киста была вылущена, а на мѣстѣ ея получилась глубокая полость, съ неровными, изрытыми и во многихъ мѣстахъ кровоточившими стѣнками. Болѣе крупные сосуды перевязаны, на болѣе мелкіе наложены пэаны.

Послѣ этого былъ удаленъ сидѣвшій на ножкѣ фиброидъ, ножка была перевязана en masse и опухоль надъ мѣстомъ перевязки отрѣзана. Далѣе былъ резецированъ излишекъ ткани какъ на верхнемъ, такъ и на нижнемъ краю раны брюшины, кровоточившіе сосуды снова перевязаны. Затѣмъ, какъ ложе вылущенной кисты, такъ и культя удаленнаго фиброида были осмотрѣны еще разъ и, такъ какъ кровотеченія нигдѣ не оказаюсь, было приступлено къ закрытію наружной раны.

Края этой послѣдней, состоявшіе исключительно изъ рубцевой ткани и вслѣдствіе этого необыкновенно плотные, въ верхней части своей, на протяженіи 23 сант., соединены другъ съ другомъ 11 матрацными швами, при чемъ избытокъ ихъ срѣзанъ ножницами; въ нижней части, кромѣ того, наложено 4 узловатыхъ шва. По закрытіи раны, брюшная стѣнка представляла вялый мѣшокъ, массивной складкой свѣшивавшійся книзу. Операція продолжалась 1 часъ 18 мин. Хлороформа потрачено 55 граммъ.

Послѣопераціонный періодъ:

Въ первый-же часъ послѣ операціи появилась отрыжка, тошнота и наконецъ рвота,— послѣдняя въ теченіи первыхъ сутокъ повторялась 12 разъ;—больная все время жаловалась на жажду. Боли въ животѣ были не очень велики,— онѣ усиливались только при кашлѣ, который съ небольшими промежутками не переставалъ безпокоить больную.

Вторыя сутки. Тошнота и рвота продолжаются, во второй половинѣ сутокъ рвота сдѣлалась чаще, при этомъ извергались то пѣнистая жидкость темнаго цвѣта, то слизистыя массы. Испражненій не было. Животъ сильно вздутъ, при давленіи чувствителенъ, повязка ослаблена.

Пульсъ малый, легко сжимаемый, изъ 100—112 уд. Температура не повышена. Жалуется на кашель и боли въ спинѣ. Назначены возбуждающія, клизмы и вставлена трубочка въ прямую кишку для отхода газовъ.

Третьи сутки. Рвота рѣже. Метеоризмъ значительно усилился—поставлено еще 2 клизмы съ терпентиномъ.—вытекла слегка окрашенная жидкость, газы не выходятъ. Больная апатична, сонлива. Одышка. Синюха. Пульсъ малый, съ трудомъ считается 160 ударовъ. Вдыханіе кислорода. Подкожное впрыскиваніе эфира. Въ 9 час. 40 мин. рвота; рвотныя массы темнаго, почти чернаго цвѣта, безъ запаха. Смерть.

При вскрытіи оказалось: сальникъ нѣсколько сморщенъ и сращенъ съ S. Romanum, такъ что образуется шнурокъ, который тянется черезъ брюшную полость сверху внизъ; кромѣ того замѣчается сращеніе изъ старыхъ ложныхъ перепонокъ между печенью, желчнымъ пузыремъ и прилежащими петлями тонкихъ кишекъ. Съ лѣвой стороны подъ пупартовой связкой складка брюшины образуетъ мѣшкообразное углубленіе, величиной съ голубиное яйцо, въ которомъ помѣщается часть тонкихъ кишекъ, довольно плотно въ немъ ущемленныхъ, но безъ реактивныхъ явленій на серозномъ покровѣ ихъ.

Вышележащія петли кишекъ и желудокъ сильно вздуты, такъ что діафрагма поднята до 4 межреберья, нижележащія петли кишекъ спались. На маткѣ и стѣнкахъ ея найдены фиброзные узлы разныхъ величинъ. Серозный покровъ какъ кишекъ, такъ и брюшныхъ внутренностей гладокъ и блестящъ, соотвѣтственно брюшной ранѣ плотно склеенъ безъ явленій отложенія экскудата.

Печень, селезенка и почки особыхъ измѣненій не представляютъ. Сердце имѣетъ въ поперечникѣ 11 сант., длиной 10 сант. На поверхности pericardium значительное количество жира. Стѣнки желудочковъ истончены, мышцы дряблы, желтовато-бураго цвѣта; мѣстами въ правомъ желудочкѣ стѣнка сплошь превращена въ жировую ткань, клапаны безъ особыхъ измѣненій. На стѣнкѣ аорты находятся небольшія склеротическія утолщенія.

№ 28.

Е. П. поступила въ клинику 20 февраля 1890 года. Больная 27-ми лѣтъ, солдатка, Новгородской губ., православнаго вѣроисповѣданія, по занятію сидѣлка. Первыя мѣсячныя 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 поясницѣ.

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

При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginal. конической формы, направлена вправо, тѣло матки направлено влѣво и кпереди, увеличено,

плотно. Правый и задній своды выполненъ сегментомъ вышеупомянутой эластической опухоли.

Діагнозъ. Cystoma parovarii dextri intralig. retroperitoneale.

Операція—Laporo-cystectomia.

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, причемъ найдено, что опухоль, кромѣ своего глубокаго положенія въ полости малаго таза, поднимается вверхъ и на большомъ протяженіи отслаиваетъ 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 вшитъ въ нижній уголъ раны шелковыми швами и наложена повязка.

Операція продолжалась 1 часъ 10 мин. Послѣопераціонный 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-коллоидным содержимымъ.

ДЕРМОИДНЫЯ КИСТЫ.

№ 1.

А. Ф. поступила въ клинику 5-го октября 1884 г. Жена солдата, 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, Тверской губерніи, занимается сельскими работами. Первыя регулы явились на 14 году; типъ ихъ по 3—4 дня черезъ 4 недѣли. Родила два раза. Послѣдніе роды 1½ года тому назадъ. Спустя двѣ недѣли послѣ вторыхъ родовъ, вслѣдствіе простуды больная почувствовала сильныя боли внизу живота, кашель, лихорадочное состояніе и пролежала въ постели около мѣсяца. Съ этого-же времени больная стала замѣчать опухоль внизу живота, величиной съ кулакъ. Отсутствіе регулъ и эта опухоль наводила больную на мысль о новой беременности. Регулы однако пришли черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ родовъ, сохраняя тотъ-же типъ, только иногда сопровождались болями въ бедрахъ, поясницѣ, животѣ и рвотой. Опухоль понемногу все увеличивалась; 7 мѣсяцевъ тому назадъ больная страдала въ теченіе 6 недѣль колотьемъ въ правой сторонѣ груди, жаромъ и кашлемъ; страданіе было на столько тяжелымъ, что она пріобщалась, опасаясь умереть. Одновременно съ появленіемъ опухоли, у больной, при тяжелой работѣ, стали появляться одышка и кашель, а временами колотье, смѣнявшееся тупою болью въ груди. Такое состояніе тянулось около года и вызвало значительный упадокъ силъ.

Status praesens. Больная средняго роста и питанія; общіе покровы и слизистыя оболочки блѣдны; пульсъ слабый, легко сжимаемый, 70—80 ударовъ въ минуту, температура нормальна; сердечная тупость незначительно увеличена; тоны слабы, но чисты. Въ легкихъ старый верхушечный процессъ особенно въ лѣвомъ. Въ полости живота опредѣляется крупно-бугристая опухоль, эластической консистенціи, вполнѣ подвижная, величиной больше головы взрослаго человѣка. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка 86 с., черезъ мѣсяцъ 88½ с., наибольшая 86—88½ с., отъ лобка до мечевиднаго отростка 33 с.—37, отъ правой Spin ilei ant. Sup. до пупка 16—19 с.; отъ лѣвой Sp. ili. ant. Sup. до пупка 18 с.—19 с. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть цилиндрической формы; матка въ anteflexio, слегка вытянута въ длину, плотна, ограниченно подвижна. Опухоль лежитъ высоко и только благодаря изслѣдованію по Hegar'у удалось установить связь ея съ половыми органами.

Діагнозъ—Cystoma colloides multiloculare ovarii sinistr. Терапія — ovariotomia произведена 7-го ноября 1884 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи длин. 13 сант. былъ увеличенъ до 17 с., какъ скоро убѣдились, что опорожнить совсѣмъ кисту не удается. Опухоль оказалась многополостной кистой лѣваго яичника съ коллоидно-атероматознымъ содержимымъ; опорожнена она на сколько возможно черезъ разрѣзъ губками. Опухоль сидѣла глубоко въ лѣвомъ hypochondrium, сращеній не имѣла, сидѣла на длинной ножкѣ. Эта послѣдняя была перевязана 3 шелковыми лигатурами en masse; большіе сосуды культи перевязаны отдѣльно. Наконецъ, вся культя обшита обвивнымъ швомъ и опущена въ брюшную полость.

Брюшная рана зашита 7 глубокими и 12 поверхностными швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 60 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій. На 10 день сняты швы—prima intentio. На 45 день послѣ операціи выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата. Опухоль состоитъ изъ конгломерата коллоидныхъ кистъ съ дермоидной; послѣдняя представляетъ изъ себя полость величиной съ кулакъ, наполненную жиромъ и волосами; внутренняя поверхность этой полости представляетъ кожное образованіе, а въ самой ея стѣнкѣ найдена кость по своей формѣ не схожая ни съ одной изъ костей скелета.

№ 2.

Е. С.*) поступила въ клинику 7 октября 1885 г. Крестьянка, 27 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, незамужняя. Начала менструировать съ 13 лѣтъ, обыкновенно черезъ 4 недѣли по 7 дней; за время же болѣзни регулы стали приходить чаще, черезъ 2—3 недѣли и продолжались по 7—10 дней.

Жалуется на сильныя боли справа внизу живота, особенно при ходьбѣ, а также повременамъ задержку и болѣзненность при мочеиспусканіи и упорные запоры. Больна она около 3 лѣтъ.

Status praesens. При осмотрѣ больной, кромѣ небольшой степени анеміи, ничего особеннаго не замѣчается. При пальпаціи—съ правой стороны внизу живота прощупывается небольшая, въ гусиное яйцо, болѣзненная, подвижная опухоль, чрезвычайно плотной консистенціи, помѣщающаяся около правой горизонтальной вѣтви лобковой кости между маткой и мочевымъ пузыремъ. При внутреннемъ изслѣдованіи — матка въ нормальномъ положеніи, немного увеличена, плотной консистенціи, подвижность довольно ограниченная. Справа отъ матки тянется широкій шнуръ, переходящій въ опухоль; при оттягиваніи опухоли кверху, шнуръ этотъ напрягается, предоставленная же самой себѣ опухоль снова возвращается на обычное мѣсто. Слѣва, на мѣстѣ нахожденія яичника, опредѣляется неясно контурируемое уплотненіе. Такъ какъ опухоль имѣла чрезвычайно

*) Этотъ случай былъ сообщенъ д-ромъ С. М. Полотебновымъ въ засѣданіи общества русс. врачей 17 апрѣля 1886 г.

плотную консистенцію, весьма значительную подвижность, яичникъ же правой стороны не опредѣлялся, то все это заставляло больше остановиться на діагнозѣ яичниковой опухоли, а не субсерозной фиброміомы матки на длинной ножкѣ; при этомъ можно было предположить, что опухоль болѣе или менѣе фиксировалась на своемъ мѣстѣ ложными перепонками.

Діагнозъ. Cystoma dermoides ovarii dextri.

2 ноября была сдѣлана лапоротомія съ обычно принятыми при операціяхъ антисептическими мѣрами. Введя въ вагину кольпейринтеръ и приподнявши на сколько возможно изъ полости малаго таза матку и опухоль, былъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ длиною въ 10 с., т. е. не доходя пупка пальца на 2 и выше симфиза пальца на 3. По вскрытіи peritonei, туморъ оказался сращеннымъ, главнымъ образомъ, съ окружающими кишками и отчасти съ сальникомъ. Сращенія были отдѣлены послѣ предварительнаго наложенія на нихъ лигатуръ по частямъ, затѣмъ приступлено къ ампутаціи опухоли, при чемъ на ножку ея предварительно наложено 4 шелковыхъ лигатуры. Ножка была образована изъ фаллопіевой трубы и ligamenti ovarii. По удаленіи опухоли, ножка опущена въ полость peritonei, рана закрыта 6 глубокими и 9 поверхностными шелковыми лигатурами. Наложена Листеровская повязка.

Весь послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ всякихъ осложненій, даже тотчасъ послѣ операціи больная чувствовала себя очень хорошо. Не было ни тошноты, ни рвоты, ни боли въ сердечной области и подъ ложечкой, что можно объяснить отчасти непродолжительнымъ наркозомъ, а отчасти незначительной траумой peritonei. Температура за весь послѣопераціонный періодъ ни разу не поднялась выше 37,5; пульсъ за все это время отъ 60—66. На 10 день снята повязка и лигатуры; рана зажила per-primam. На 27 день оперированная выписана изъ клиники.

Описаніе препарата. Вырѣзанная опухоль овоидной формы, величиною съ гусиное яйцо. Наружная поверхность ея мѣстами представляетъ неровности, бугроватости и массу ложныхъ перепонокъ. При разрѣзѣ опухоли оказалось, что полость ея содержитъ въ избыткѣ густую, салообразную массу съ разбросанными, въ довольно большомъ количествѣ, темными волосами. Удаливши, по возможности, всю салообразную массу кисты, мы встрѣтили костное образованіе съ нѣсколькими зубами. Костное образованіе представляетъ собою пластинку болѣе толстую и плотную къ центру, къ периферіи же она истончается и переходитъ въ соединительно-тканную капсулу, покрывающую ее снаружи и переходящую въ стѣнку кисты. Косточка эта величиною въ мѣдную 5 копѣечную монету, и если искать сравненія въ костяхъ человѣческаго скелета, то скорѣе всего напоминаетъ собою височную кость съ двумя отростками. Наружная поверхность этой костной пластинки представляется гладкою, внутренняя-же усѣяна сосочками, мѣстами въ видѣ нитей, мѣстами въ видѣ бархатистыхъ подушечекъ. Центръ этого костнаго образованія занятъ чрезвычайно плотнымъ отросткомъ около 2,5 с. вышиною, на вершинѣ котораго помѣщаются 3 зуба; два изъ нихъ напоминаютъ молочные рѣзцы, а остальной—передній коренной нижней челюсти.

№ 3.

Д. Крестьянка *), 28 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Оренбургской губерніи. Первыя мѣсячныя получила на 14 году, носила ихъ по 3 дня черезъ 4 недѣли, безъ болей; за время же болѣзни онѣ приходили то черезъ 2, то черезъ 3 недѣли по 2 дня; ни разу не рожала и не абортировала. Замужъ вышла на 17 году.

Жалуется главнымъ образомъ на боли внизу живота, особенно при ходьбѣ, кашлѣ и актѣ дефекаціи; больна около 11 лѣтъ.

Status praesens. При осмотрѣ больной ничего особеннаго не замѣчается, при пальпаціи же живота опредѣляются двѣ совершенно отдѣльныя опухоли: одна въ пупочной области справа, очень подвижная, малоболѣзненная; другая въ области малаго таза, незначительно выстоящая надъ симфизомъ. Тогда какъ подвижность первой весьма значительна во всѣхъ направленіяхъ, особенно справа на лѣво, такъ что она легко смѣщалась въ лѣвое подреберье, подвижность же второй довольно ограниченная. Консистенція первой вездѣ равномѣрна и довольно плотная, второй же мѣстами очень плотная, а мѣстами неравномѣрно эластична. При изслѣдованіи per vaginam: въ переднемъ сводѣ опредѣляется опухоль величиною съ дѣтскую головку, бугристая, плотная, съ трудомъ перемѣщающаяся изъ полости малаго таза въ большой. Съ маткой соединена довольно свободно и смѣщаетъ ее въ крестцовую впадину. Связь-же верхней опухоли съ маткой при самомъ тщательномъ изслѣдованіи не опредѣлялась Черезъ брюшныя стѣнки опредѣляются небольшіе отдѣлы тазовой опухоли, дающіе эластическую консистенцію. Въ переднемъ сводѣ опредѣляется придатокъ опухоли, величиною въ грецкій орѣхъ. Матка въ ретропозиціи, объемъ и консистенція нормальны, длина полости 7,5 с. подвижность ограничена.

На основаніи этихъ данныхъ изслѣдованія, нижняя опухоль была діагносцирована какъ многополостная, коллоидная киста лѣваго яичника, по всей вѣроятности, осложненная дермоиднымъ образованіемъ.

Что-же касается верхней опухоли, то точно сказать что-либо относительно ея характера, помимо того, что она не имѣетъ никакой связи съ половой сферой, было невозможно. Данная опухоль не могла быть смѣщенной селезенкою, ибо при пальпаціи она нисколько не измѣняла своей величины и консистенціи, да наконецъ, и самая величина говорила противъ. Ничтожная чувствительность при давленіи этой опухоли говорила противъ блуждающей почки, а еслибы и была это почка, то во всякомъ случаѣ патологическая, т. е. увеличенная или вслѣдствіе новообразованія, или вслѣдствіе гидронефроза, или другаго какого-нибудь страданія, что неминуемо отразилось-бы на общемъ состояніи больной и въ частности на ея мочѣ. Съ другой стороны, изслѣдуя больную по способу Гегара, мы

*) Сообщено д-ромъ С. М. Полотебновымъ въ обществѣ русскихъ врачей 17-го апрѣля 1886 г.

убѣдились вполнѣ, что верхняя опухоль не имѣетъ ни малѣйшей связи, какъ съ нижележащей опухолью, такъ и съ половыми органами вообще. Такъ что въ концѣ-концовъ діагнозъ этой опухоли остался невыясненнымъ; ясно было только то, что удаленіе ея, еслибы это потребовалось, не представило-бы никакихъ особенныхъ затрудненій.

20 февраля больной была произведена лапаротомія. Кожный разрѣзъ въ 19 с. обходилъ пупокъ слѣва, затѣмъ, по вскрытіи полости peritonei, часть тазовой опухоли пунктирована, выпущено около 150 grm. коллоидной жидкости, опухоль извлечена, на ножку наложено двѣ двойныхъ шелковыхъ лигатуры, опухоль отрѣзана, ножка-же опущена въ полость брюшины.

Затѣмъ приступлено было къ извлеченію второй опухоли. Послѣ того какъ петли кишекъ были защищены губкой отъ выпаденія и давленіемъ на брюшныя стѣнки опухоль приближена къ брюшной ранѣ и выведена наружу, то при этомъ оказалось, что она сидѣла на длинной ножкѣ. Ножка эта состояла главнымъ образомъ изъ сальника, сроценнаго съ опухолью на очень большомъ протяженіи, а частью изъ тонкихъ и длинныхъ ложныхъ перепонокъ, терявшихся въ правой подвздошной области. Въ томъ мѣстѣ опухоли, гдѣ прикрѣплялись къ ней ложныя перепонки, можно было отличить болѣе мясистый придатокъ, представлявшій собою абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы. На сальниковыя срощенія и перепонки наложены по участкамъ 4 шелковыхъ лигатуры, опухоль отрѣзана и извлечена. Брюшная рана зашита 15 шелковыми лигатурами, наложена листеровская повязка. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій и больная выписалась на 25 день послѣ операціи здоровою.

№ 4.

Ю. К. поступила въ клинику 21 марта 1886 года. Крестьянка Лифляндской губерніи, 33 лѣтъ отъ роду, вдова. Первая менструація на 19 году, вышла замужъ на 27 году, беременна не была. Регулы, приходившія до послѣдняго времени правильно черезъ 3 недѣли по 6 дней, теперь отсутствуютъ $2^1/_2$ мѣсяца.

Жалуется на головныя боли, тошноту, общую слабость, частые позывы на мочеиспусканіе.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія. На кожѣ живота нѣтъ рубцовъ беременныхъ. Наружные половые органы и hymen, какъ у нерожавшихъ. Мѣстное изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ показало слѣдующее: матка увеличена въ объемѣ до кулака, наклонена впередъ, мало подвижна, слегка болѣзненна. P. vag. длинна, конической формы, какъ у нерожавшей. По бокамъ матки, соотвѣтственно положенію яичниковъ, опредѣляются круглой формы опухоли, правая величиною въ гусиное яйцо, лѣвая-же въ голову новорожденнаго ребенка. Обѣ опухоли на длинныхъ ножкахъ, связывающихъ ихъ съ маткой, подвижны, безболѣзненны, довольно плотной консистенціи.

Діагнозъ. Cystoma dermoides duplex. Graviditas (3 мѣсяцъ). Показанія. Такъ какъ въ литературѣ неоднократно констатированы были случаи, гдѣ дермоидныя кисты служили механическимъ препятствіемъ для родовъ, для избѣжанія такой возможности показано было удаленіе опухолей во время беременности.

Оваріотомія не представила ничего особеннаго. Сначала выведена и удалена была лѣвая опухоль, а затѣмъ правая ножка, состоявшая изъ вытянутой яичниковой связки, были перевязаны шелковыми лигатурами, такъ что брюшные концы фаллопіевыхъ трубъ остались внѣ лигатуръ. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Кромѣ обычныхъ явленій рвоты и болей въ 1 сутки, въ послѣопераціонномъ теченіи не наблюдалось ничего особеннаго. Высшая температура до 9 дня, когда были сняты швы, была 37,8, пульсъ 70—90. Prima intentio на брюшной ранѣ, никакихъ перитоническихъ болей. На 11 день получилось въ одномъ мѣстѣ нарушеніе цѣлости свѣжаго брюшнаго рубца, съ порядочнымъ кровотеченіемъ. Рядомъ съ этимъ значительныя перитонитическія боли. Оказалось, что больная не только вставала, но мяла себѣ руками животъ, чтобы вызвать выкидышъ, котораго она желала (беременность внѣ брака), причемъ, при первомъ-же осмотрѣ ея въ клиникѣ, она довольно наивно и громогласно заявляла, что пришла затѣмъ, чтобы ей сдѣлали выкидышъ. Съ этого дня постоянно усиливающееся кровотеченіе изъ матки, окончившееся на 15 день послѣ операціи выкидышемъ, прошедшимъ благополучно для больной, и на 30 день послѣ операціи переведена въ клинику проф. Богдановскаго, откуда черезъ двѣ недѣли выписалась здоровою. Та и другая опухоль несомнѣнно дермоиднаго характера и содержатъ салообразное содержимое и волосы.

№ 5.

Л. Н. *) поступила въ клинику 14 октября 1886 г. Дочь полковника, 9 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Выборгской губерніи. Жалуется на головныя боли, а также, по временамъ, сильныя боли въ животѣ и на постепенное увеличеніе объема живота; чувствуетъ себя нездоровою уже около 2 лѣтъ.

Status praesens. Дѣвочка — брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, никакихъ особыхъ знаковъ или рубцовъ на тѣлѣ не имѣется. Животъ больной представляется увеличеннымъ выпячивающеюся опухолью, при чемъ по срединѣ ея находится какъ-бы перехватъ. При измѣреніи живота получились слѣдующія данныя: окружность на уровнѣ пупка 62 с., наибольшая окружность ниже пупка 63 с.; наибольшая окружность выше пупка 64 с.; отъ мечевиднаго отростка до пупка 12,5 с.; отъ пупка до лоннаго соединенія 15 с.; отъ правой sp. ilei ant. sup. до пупка

*) Сообщено докторомъ Полотебновымъ въ обществѣ Русскихъ врачей 4-го Декабря 1886 года.

12 с; отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 14 с.; высота стоянія опухоли надъ симфизомъ 21 с.; наружные половые органы нормальны.

При наружномъ изслѣдованіи опредѣляется опухоль, идущая изъ подъ праваго hypoch. внизъ и къ срединѣ. Опухоль эта представляетъ изъ себя двѣ шарообразныя поверхности, при чемъ консистенція одной изъ нихъ нѣсколько эластичнѣе другой; опухоль не флюктуируетъ, подвижность ея довольно свободная справа на лѣво, крайне ограничена сверху внизъ, вслѣдствіе препятствія со стороны стѣнокъ малаго таза; при изслѣдованіи же подъ хлороформомъ нижній отдѣлъ опухоли удавалось приподнять и отвести въ лѣвую сторону.

Пользуясь наркозомъ, тотчасъ же было произведено и внутреннее изслѣдованіе: per-vaginam опредѣляется рудиментарная матка, длина вагины 8 с., при поднятіи нижняго отдѣла опухоли кверху и влѣво, длина вагины едва увеличилась на полсантиметра. При изслѣдованіи per-rectum — едва можно было констатировать матку въ видѣ небольшаго снурка.

Перкуторныя явленія слѣдующія: тупой тонъ по правой парастернальной линіи съ нижняго края шестаго ребра, а по аксиллярной съ восьмого распространяется книзу до верхняго края симфиза, занимая также серединную линію живота; остальная поверхность живота даетъ кишечный тонъ. Тимпаническій оттѣнокъ получается также между печенью и верхнимъ сегментомъ опухоли, если мы послѣднюю, хотя и съ трудомъ, отдавимъ нѣсколько книзу.

Аускультація данной опухоли дала отрицательные результаты.

Діагнозъ. Cystoma dermoid. dextri.

Установивъ, такимъ образомъ, діагнозъ кисты, больной, 6-го ноября 1886 года, была сдѣлана лапоротомія подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Выпустивъ мочу и обмывши покровы живота дезинфекцирующимъ растворомъ, приступлено было къ разрѣзу кожи живота по linea alba, начиная отъ пупка книзу на протяженіи 7½ сант. Сдѣлавши послойное раздѣленіе и вскрывши брюшину, намъ тотчасъ же представился выпячивающійся сегментъ эластической опухоли.

Такъ какъ размѣры опухоли были весьма значительны въ сравненіи съ разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ, то опухоль была пунктирована и большая часть жидкаго содержимаго выпущена чрезъ троакаръ въ подставленный сосудъ.

Уменьшивши, такимъ образомъ, объемъ опухоли и зажавъ отверстіе, сдѣланное троакаромъ, посредствомъ Т-образнаго пинцета, введено было полруки въ брюшную рану, чтобы оріентироваться относительно остальной части опухоли, равно какъ и ея ножки; констатировавши, что оставшаяся меньшая часть опухоли представляется довольно плотною, съ нежидкимъ содержимымъ и имѣющая длинную ножку, операторъ тотчасъ же извлекъ всю опухоль изъ полости брюшины. Для предупрежденія выпаденія петель кишекъ, въ брюшную полость введены двѣ губки на шелковыхъ ниткахъ.

Довольно широкая ножка кисты помѣщалась высоко позади опухоли. Эта ножка была раздѣлена на два отдѣла двойною шелковою лигатурою. Послѣ перекреста нитей, каждый отдѣлъ плотно затянутъ. На разстояніи

полутора сантиметра отъ лигатуры ножка отдѣлена отъ кисты и опущена въ полость peritonei.

Брюшная рана зашита 10 шелковыми швами и наложена обычная повязка.

Относительно послѣоперацiоннаго перiода можно сказать только то, что онъ протекъ совершенно нормально. Температура только однажды на вторыя сутки поднялась до 37,8, а во все остальное время она представляла совершенно нормальное колебанiе. Пульсъ тоже самое былъ совершенно правильный въ предѣлахъ отъ 66 до 76 ударовъ въ минуту. Тошнота и рвота были только однажды, въ первыя послѣоперацiонныя сутки, какъ слѣдствiе наркоза. Самочувствiе больной съ перваго же дня было весьма удовлетворительное.

На 11 день послѣ операцiи сняты швы, рана зажила per-primam, а на 21 день послѣ операцiи больной позволено вставать съ постели и ходить. 2 декабря больная выписана изъ клиники совершенно здоровою.

Описанiе препарата. Вѣсъ опухоли вмѣстѣ съ жидкимъ содержимымъ 2310 грам., отдѣльно вѣсъ плотной части 400 грам., количество выпущенной жидкости 1950 к. с. При разрѣзѣ плотной части опухоли встрѣчается салообразное содержимое съ примѣсью короткихъ бѣлокурыхъ волосъ, двухъ-трехъ костныхъ образованiй и нѣсколькихъ эмалевыхъ зубоподобныхъ разсѣянныхъ пластинокъ.

№ 6.

Е. П. поступила въ клинику 25 октября 1886 г. Крестьянка Новгородской губернiи, 25 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданiя, кухарка, дѣвица. Мѣсячныя появились на 21 году и въ началѣ бывали черезъ 3 недѣли по 3 дня. На 22 году начались боли внизу живота и поясницѣ и регулы измѣнили свой характеръ; появлялись то черезъ 5, то 6 недѣль и были всегда очень болѣзненны; 11 мѣсяцевъ назадъ боли внизу живота настолько обострились, что больная должна была пролежать нѣсколько дней въ постели. Жалуется на сильныя и постоянныя боли внизу живота и поясницѣ.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенiя и питанiя, блѣдна. Животъ нормальнаго объема. Окружность его на уровнѣ пупка—72, наибольшая—75, отъ пупка до мечевиднаго отростка 15, до лоннаго соединенiя—13, до правой sp. ilei ant. sup.—13, до лѣвой—13. При ощупываніи живота болѣзненность въ области epigastrii и слѣва внизу. Наружные половые органы нормальны для дѣвственницы. Hym. semilun—свободно проходимъ для изслѣдующаго палецъ. P. vaginalis коничесой формы, съ овальнымъ наружнымъ отверстiемъ; матка отклонена въ правую сторону, въ anteflexio, нормальной консистенцiи, подвижна, безболѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется круглаго очертанiя опухоль, величиною въ гусиное яйцо, плотной консистенцiи, подвижная, но ограниченно; она фиксирована со стороны lin. innominat. Отъ матки эта опухоль отдѣляется рѣзко выраженной бороздой. Въ правомъ—заднемъ сводѣ, позади матки,

опредѣляется круглое тѣло, величиною меньше вышеописаннаго, болѣзненное при давленiи, тоже плотной консистенцiи. Это тѣло обладаетъ большею подвижностью.

Діагнозъ: Cystoma dermoides duplex.

Операцiя произведена 27 ноября 1886 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линiи между пупкомъ и лоннымъ соединенiемъ. Введенною рукою опухоль правой стороны освобождена отъ окружающихъ сращенiй и выведена въ брюшную рану. Ножка ея, состоящая изъ фаллопiевой трубы. части широкой связки и lig. ovarii, перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана. Такъ же поступлено и съ опухолью лѣвой стороны. Здѣсь сращенiя были значительно крѣпче и обширнѣе, такъ что отдѣленiе ихъ потребовало большаго труда. На брюшную рану наложено 12 швовъ. Операцiя продолжалась 45 минутъ.

Послѣоперацiонное состоянiе прошло безъ малѣйшихъ осложненiй. Температура все время была нормальною, пульсъ не свыше 90. На 10-й день сняты швы; сращенiе per primam. На 22 день больная выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованiи найдено: матка свободна, подвижна, въ retroverssio; своды пусты, нечувствительны.

Описанiе препарата. Правая опухоль величиною въ небольшое куриное яйцо. Въ стѣнкахъ кисты есть еще небольшiе участки, повидимому, яичниковой ткани. — Лѣвая опухоль—дермоидная киста, въ полной стадiи развитiя, величиною съ гусиное яйцо.

№ 7.

Е. І. поступила въ клинику 11 марта 1887 года.

Мѣщанка, 22 лѣтъ, лютеранскаго вѣроисповѣданiя, уроженка г. Нарвы, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя на 15 году; типъ ихъ: 5 дней—черезъ 3 недѣли; всегда приходятъ правильно. На 19 году вышла замужъ; 2 года тому назадъ былъ выкидышъ на 2 мѣс. беременности, послѣ котораго 6 мѣсяцевъ она пролежала въ постели. Съ этихъ поръ появились боли внизу живота, справа и поясницѣ; въ послѣднее время онѣ настолько усилились, что больная рѣшилась искать врачебной помощи.

Status praesens. Блондинка, небольшаго роста, слабаго тѣлосложенiя и питанiя. Окружность живота—65, наибольшая—66; разстоянiе отъ пупка до мечевиднаго отростка—18, до лоннаго соединенiя — 15, до правой Sp. ilei ant. sup.—12, до лѣвой—13. При ощупываніи живота—чувствительность внизу и справа. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованiи p. vag. небольшаго объема, конической формы, обращена кзади. Матка нормальной величины и плотности, подвижна, неболѣзненна, въ anteversio. Въ правомъ и заднемъ сводахъ опредѣляется круглаго очертанiя опухоль мѣстами плотной, мѣстами эластической консистенцiи, мало подвижная, величиною въ кулакъ взрослаго. Изъ полости малаго таза вывести ее не удается. Длина полости матки 7 ctm.

При изслѣдованіи по Hegar'y опредѣляется связь съ маткой посредствомъ ножки, исходящей изъ праваго угла матки.

Діагнозъ—Cystoma ovarii dextri dermoid.

Операція произведена 21 марта 1887 года. Брюшной разрѣзъ, длиною въ 14 ctm., проведенъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и symphisis. При изслѣдованіи полной рукою, киста оказалась сидящею въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и сплошь была окутана ложными перепонками. Разъединивши рукою указанныя сращенія, киста была пунктирована и выведена въ брюшную рану. Ножка ея, въ составъ которой частію вошла и правая фаллопіева труба, была перевязана въ 3 пучка. Брюшная рана закрыта 9 глубокими и 2 поверхностными швами. Операція длилась 45 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло при нормальной температурѣ и безъ малѣйшихъ осложненій. На 10 день сняты швы. Рана срослась первымъ натяженіемъ. На 16 день больная на столько хорошо и бодро себя чувствовала, что была выписана изъ клиники.

Содержимое кисты молочнаго цвѣта, салообразно.

№ 8.

О. М. поступила въ клинику 24 сентября 1888 года. Уроженка Петербургской губерніи, жена священника, 44 лѣтъ, православная, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя на 15 году; они всегда правильны: черезъ 3 недѣли по 6—7 дней. Замужъ вышла на 22 году. Первые роды на 23 году. Рожала 13 разъ, всегда совершенно правильно. Послѣдніе роды два года тому назадъ. Всегда была здорова. 9 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила внизу живота подвижную опухоль и съ этихъ поръ по временамъ страдаетъ такими сильными болями внизу живота, что принуждена бываетъ лежать въ постели.

Жалуется на опухоль и повременамъ сильныя боли внизу живота.

Status praesens. Шатенка, хорошаго тѣлосложенія, высокаго роста, средняго питанія. Брюшныя стѣнки дряблы, покрыты обширными послѣродовыми рубцами. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка—91, наибольшая 94, отъ пупка до мечевиднаго отростка—18, до лобка—14, до правой sp. ilei. ant. sup.—16, до лѣвой—16. При ощупываніи, внизу живота опредѣляется плотная, безболѣзненная, круглой формы, совершенно подвижная опухоль, величиною съ кулакъ взрослаго. Наружные половые органы нормальны. Port. vaginalis цилиндрической формы, обращена назадъ; orif. exter. съ разрывомъ съ обѣихъ сторонъ. Матка нормальнаго объема, безболѣзненна, совершенно подвижна. Своды свободны, но при низведеніи брюшной опухоли книзу, сегментъ ея ясно прощупывается какъ черезъ правый, такъ и черезъ лѣвый своды. При оттягиваніи опухоли кверху и одновременно низведеніи матки внизъ опредѣляется ясно связь опухоли съ правыми придатками.

Діагнозъ—Cystoma ovarii dextri dermoides. Операція произведена 5 октября 1888 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка къ лонному соединенію, на протяженіи 14 ctm. Выведенная опухоль оказалась сращенною какъ съ сальникомъ, такъ и съ одной изъ петель тонкихъ кишекъ. Тонкая ножка ея соединена съ lig. latum правой стороны. При осмотрѣ на одной изъ фимбрій правой фаллопіевой трубы оказалась киста, величиною въ сливу, поэтому, послѣ отдѣленія вышеупомянутыхъ сращеній, ножка опухоли была перевязана такимъ образомъ, что была захвачена сюда и вторая опухоль. Послѣ удаленія ихъ, брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операція длилась 24 минуты.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій, при нормальной температурѣ (высшая 37,7.). На 10 день сняты швы, сращеніе per primam. На 16 день начала ходить, на 20 выписалась изъ клиники.

Описаніе опухоли: Опухоль шаровидной формы, съ гладкой поверхностью, вѣсомъ 100 grm. Длина ея 8 ctm., ширина 6 ctm. При разрѣзѣ вытекло прозрачное содержимое, быстро застывшее въ саловидную массу. Стѣнка кисты внутри покрыта въ нѣкоторыхъ мѣстахъ волосами.—Ножка кисты, толщиною въ гусиное перо, скручена, длина ея 7 ctm. У основанія ножки—тонкостѣнная киста съ прозрачнымъ, серознымъ содержимымъ.

№ 9.

О. К. поступила въ клинику 7 октября 1888 г. Дворянка, 40 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Астраханской губерніи, вдова, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя начала носить съ 12 лѣтъ; обыкновенно бывали черезъ 4 недѣли по 3 — 4 дня. Замужъ вышла на 19 году; на 20 въ первый разъ родила. Всѣхъ родовъ было 9 и всегда благополучно. Послѣдніе роды — 3 года тому назадъ. Послѣ пятыхъ родовъ больная страдала въ продолженіи 6 мѣсяцевъ какимъ-то нервнымъ разстройствомъ, сопровождавшимся общею слабостью и головною болью. Тоже самое въ болѣе легкой степени повторялось и въ послѣдующихъ послѣродовыхъ періодахъ. Послѣ 8 родовъ мѣсячныя начали приходить чаще и появились сильныя боли въ крестцѣ.

Жалуется на боли въ крестцѣ, головныя боли, слабость и нервное разстройство.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія. Животъ нормальнаго объема. Окружность его на уровнѣ пупка—73, наибольшая 75, отъ пупка до мечевиднаго отростка—13, до лоннаго соединенія — 15, до правой sp. ilei ant. sup. — 14, до лѣвой — 14. Брюшныя стѣнки тонки, вялы, съ многочисленными послѣродовыми рубцами. При ощупываніи, внизу живота опредѣляется опухоль круглаго очертанія, величиною въ кулакъ, эластической консистенціи, совершенно подвижная; подвижность эта влѣво наиболѣе свободна. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vaginalis цилиндрической формы, нормальнаго объема, обращена кзади. Матка нормальнаго объема и консистенціи, подвижна, безболѣзненна, въ anteversio. Въ правомъ сводѣ, отдѣльно отъ матки, прощупывается круглая опухоль, величиною въ куриное яйцо, эластической консистенціи, подвижная. Вышеупомянутая опу-

холь, прощупываемая черезъ брюшные покровы, легко достижима и черезъ своды при низдавленіи ея книзу. Та и другая опухоль связана съ половымъ аппаратомъ.

Діагнозъ. Cystoma ovarior. duplex dermoid.

Операція произведена 24 октября 1888 г. Брюшной разрѣзъ, длиною въ 14 stm, проведенъ между пупкомъ и лобкомъ по бѣлой линіи. Выведена лѣвая большая опухоль. Длинная ножка ея перевязана въ 2 пучка и опухоль отрѣзана. Также поступлено и съ меньшею правою опухолью. Ножка этой послѣдней была значительно короче и ниже. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операція длилась 23 минуты.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій, при высшей температурѣ—37,6. На 10 день сняты швы; полное сращеніе. На 15 день больная начала ходить, а на 24 выписалась здоровой.

Описаніе опухоли. *Лѣвая:* вѣсъ — 360 grm., длина—12 ctm., ширина—8½ ctm. Стѣнки ея тонки, равномѣрны. Содержимое прозрачно, легко застываетъ въ саловидную массу; среди него много длинныхъ волосъ. *Правая:* вѣсъ—62 grm., длина 5½ ctm., ширина 5½ ctm. Стѣнки неравномѣрной толщины, отъ 1 ctm. до листа бумаги. Характеръ содержимаго таковъ-же, какъ и въ лѣвой опухоли, съ присутствіемъ волосъ.

№ 10.

В. К. поступила въ клинику 15 ноября 1889 года. Больная 27 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ, жена врача, уроженка Полтавской губерніи. Первая менструація на 17 году, типъ ихъ черезъ 5 недѣль по 3 дня, за время болѣзни онѣ стали приходить черезъ 3—4 недѣли и продолжаются по 7—8 дней. Замужъ вышла на 23 году, рожала 2 раза и 1 разъ выкинула на 4 мѣсяцѣ 1½ года тому назадъ. До родовъ больная чувствовала себя хорошо. Послѣ родовъ parametritis bilateralis, отъ котораго вылечилась, такъ что къ осени чувствовала себя совершенно здоровой. Во время второй беременности, со второго мѣсяца ея, появились боли внизу живота и на 4 мѣсяцѣ выкидышъ. Послѣ этого боли справа сдѣлались постоянными.

Жалуется на боли въ правой паховой области и правой ногѣ.

Sratus praesens. Больная блондинка, слабаго тѣлосложенія, высокаго роста и плохаго питанія. Ощупываніе живота въ правой паховой области вызываетъ боль.

При бимануальномъ изслѣдованіи: portio vaginalis цилиндрической формы, обращена кпереди, матка въ retroversio плотна, безболѣзненна, подвижна. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиной съ куриное яйцо, сидящая на довольно длинной ножкѣ, перемѣщается довольно легко, плотной консистенціи, чувствительная. Въ правомъ сводѣ прощупывается увеличенный яичникъ.

Діагнозъ.—Cystoma dermoides ovarii sinistri.

Операція произведена 24 ноября 1889 г. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по

бѣлой линіи 15 с. Опухоль легко выведена наружу, ножка ея перевязана въ два пучка двойной шелковой лигатурой и опущена въ полость брюшины. Правый яичникъ оказался неизмѣненнымъ, а только увеличеннымъ.

Брюшная рана закрыта 14 швами. Операція продолжалась 23 минуты.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, протекъ при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10 день сняты швы, первое натяженіе, на 24 день выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата. Опухоль представляетъ изъ себя дермоидную кисту лѣвой стороны съ салообразнымъ содержимымъ, съ черными волосами въ 3 сант. длиной. На одномъ мѣстѣ внутренней поверхности оболочки имѣется ограниченная бляшка, величиной съ 3 к. монету, откуда, повидимому, и выросли всѣ волосы. Размѣры: длина 8, ширина 6 сант., толщина 4,5 сант., вѣсъ 110 grm.

№ 11.

А. Ф. поступила въ клинику 17 января 1890 года. Больная 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, Петербургской губерніи, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація на 14 году, типъ регулъ черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, за время болѣзни тоже черезъ 4 недѣли, но по 6 дней. Замужъ вышла на 24 году, рожала 3 раза, послѣдніе роды 2 года тому назадъ. Заболѣла на 7 мѣсяцѣ послѣдней беременности, появились боли внизу живота справа, повременамъ обостряющіяся; боли эти иногда распространяются на поясницу, правую ногу, въ подреберье. Въ декабрѣ 1889 года боли были до того сильны, что больная должна была пролежать въ постели нѣсколько дней.

Status praesens. Больная блондинка, средняго роста, удовлетворительнаго питанія, анемична. Со стороны органовъ грудной полости ничего не нормальнаго не опредѣляется.

При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginalis по проводной оси таза на нормальной высотѣ, матка находится въ retroversio, подвижна, безболѣзненна. Черезъ передній сводъ и отчасти правый опредѣляется довольно плотное круглое тѣло, величиной въ 1½ кулака, вполнѣ подвижное во всѣ стороны. При изслѣдованіи по Hegar'y опредѣляется ясно длинная ножка опухоли, исходящая изъ праваго угла матки.

Діагнозъ: Cystoma dermoides dextri. Операція произведена 27 января 1890 года. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи въ 14 сант. длиной, опухоль легко выведена наружу, ножка ея весьма длинная, перевязана въ два пучка двойной шелковой лигатурой. Лѣвый яичникъ найденъ нормальнымъ; брюшная рана зашита 14 швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 25 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. На 10 день сняты швы, на 24 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата. Опухоль величиной въ 1½ кулака взрослаго человѣка, поверхность ея гладкая, ровная, красноватаго цвѣта, конси-

стенція опухоли тѣстоватая. Вѣсъ ея 228 grm., длина 8½ с., ширина 8 с., толщина 5 с. При разрѣзѣ опухоль состоитъ изъ плотной оболочки красноватаго цвѣта и желтоватой сальной густой массы, выполняющей всю опухоль; кромѣ того имѣется большое количество волосъ.

№ 12.

П. К. поступила въ клинику 23 ноября 1891 года. Мѣщанка Петербургской губерніи, 17 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, занимается на фабрикѣ, незамужняя. Первыя мѣсячныя крови явились только нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ; 2 регулы пришли черезъ 2 недѣли, третьи чрезъ недѣлю, 4 черезъ четыре недѣли, продолжались всегда по 4 дня и были не обильные. Послѣдніе регулы были 13 октября. Въ первый разъ замѣтила опухоль, въ видѣ затверденія съ неяснымi границами, 6 лѣтъ тому назадъ. Опухоль была немного болѣзненна и легко подвижна, особенно вверхъ. Затѣмъ съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли стали развиваться самопроизвольныя болѣзненныя ощущенія въ нижней части живота, которыя порою доходили до такой интенсивности, что лишали больную возможности оставаться на ногахъ.

Жалуется на боли въ животѣ, поясницѣ, частые запоры, головныя боли, общую слабость.

Status praesens. Больная блондинка, небольшаго роста, очень плохаго питанія, анемична, слабаго тѣлосложенія. Въ органахъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго незамѣчается. При ощупываніи живота, ниже пупка на три пальца, опредѣляется плотная опухоль, величиной съ дѣтскую голову, немного болѣзненная. Опухоль подвижна во всѣ стороны. Hymen цѣлъ, влагалищная часть конической формы, небольшой величины, обращена впередъ и нѣсколько вправо, тѣло матки не велико и помѣщается въ лѣвой сторонѣ таза въ крестцовой впадинѣ. Черезъ правый сводъ болѣе кпереди ясно прощупывается плотная опухоль на длинной ножкѣ, величиною съ кулакъ. Движенія ея передаются на матку.

Діагнозъ. Cystoma dermoides dextri.

Терапія овaріотомія 4 декабря 1891 г. Брюшная полость вскрыта разрѣзомъ по бѣлой линіи, длиной 16 сант., на края раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. Опухоль оказалась дѣйствительно дермоидной кистой правой стороны, сидящей на ножкѣ (Ligament. lati. et tub. Fallopii). На передней верхней поверхности опухоли имѣлось сращеніе съ сальникомъ, вытянутымъ въ видѣ шнура, толщиной въ карандашъ, съ крупными сосудами въ его толщѣ. И та, и другая ножка были перекручены слѣва на право, причемъ связочная ножка въ одномъ мѣстѣ значительно истончилась. Ножки перевязаны шелковыми лигатурами и перерѣзаны, опухоль удалена легко. Лѣвый яичникъ оказался нормальнымъ.

Брюшная рана зашита наглухо 15 глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась ¼ часа, хлороформированіе 45 минутъ. Хлороформа потрачено 30 грам.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій. На 9 день сняты швы, повсюду первое натяженіе. На 16 день встала, а на 20 день выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата. Вѣсъ опухоли 485 grm. Опухоль синевато-краснаго цвѣта съ 4 выступами продолговато круглой формы, тѣстовидной консистенціи, съ плотно-костными участками въ одномъ выступѣ. Размѣры ея въ длину 14 сант., въ ширину и толщину 9 с. На одномъ мѣстѣ видны остатки сращенія съ сальникомъ, съ противуположной стороны абдоминальный конецъ перекрученной фаллопіевой трубы. При разрѣзѣ стѣнокъ опухоли, которыя были толщиной въ ¼ сант., выдавливается кашицеобразная масса съ заключающимися въ ней волосами. Цвѣтъ ея желтовато-сѣрый. Въ плотномъ участкѣ неправильной формы кость, заключенная въ соединительной ткани. Имѣется нѣсколько зубовъ.

№ 13.

Н. Р. поступила въ клинику 14 марта 1892 года. Больная 29 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, мѣщанка, родилась въ Олонецкой губерніи, постоянно живетъ въ Кронштадтѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы пришли на 16 году и съ этихъ поръ стали повторяться правильно черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Замужъ вышла на 19 году, рожала 2 раза правильно, послѣдніе роды 8 лѣтъ тому назадъ.

4 года тому назадъ больная замѣтила въ животѣ опухоль, которая лежала сначала по серединѣ живота, а потомъ съ лѣвой стороны. Эта опухоль очень медленно увеличивается, имѣетъ полную подвижность во всѣ стороны.

Жалобы больной сводятся на боли внизу живота, поясницѣ, на колотье въ rectum и присутствіе опухоли.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія: При изслѣдованіи органовъ грудной полости ничего ненормальнаго не найдено.

Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка 61 с., наибольшая окружность 74 с., отъ пупка до мечевиднаго отростка 14 с, отъ пупка до лобка 14 с., отъ пупка до правой sp. ilei ant. sup. 14 с., отъ пупка до лѣвой sp. ilei. ant. sup. 14 сант.

При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginalis цилиндрической формы, нормальнаго объема, направлена влѣво и кзади; на передней и задней губѣ находятся эрозіи; тѣло матки въ положеніи ante-latero-versio dextr., нормальнаго объема и консистенціи, подвижна, безболѣзненна; длина полости 8 сант. Въ лѣвомъ и заднемъ сводѣ прощупывается опухоль эластичной консистенціи, круглой формы, величиной съ голову новорожденнаго, чувствительная, особенно при попыткахъ сдвинуть ее съ мѣста, отъ матки ясно отдѣляется бороздой.

Діагнозъ. Cystoma ovarii sinistri dermoides.

Леченіе—овaріотомія 21 марта 1892 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 15 сант. На кровоточащіе сосуды наложены пинцеты Реап'а. Опухоль ока-

залась кистой, лежащей отчасти intraligamentarn'o, соединенной плотными сращеніями съ сальникомъ. Киста пунктирована троакаромъ и выпущено 0,3 литра прозрачной соломенножелтаго цвѣта серозной жидкости, уд. вѣсъ 1012. По отдѣленіи сращеній, опухоль захваченная Неллатоновскими щипцами, выведена наружу и удалена по наложеніи на ея ножку двойной шелковой лигатуры. На брюшную рану наложено 12 глубокихъ шелковыхъ швовъ и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 19 м. Хлороформированіе 45 м. Хлороформа потрачено 45 grm.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ больную въ первые два дня тошнило и нѣсколько разъ вырвало, были боли въ животѣ. Въ послѣдующіе дни больная чувствовала себя прекрасно, пульсъ и t^0 нормальны. На 10 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. На 11 день пришли регулы, передъ ними появилась боль внизу живота и рѣзь при мочеиспусканіи. На 34 день выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованіи: своды свободны, нѣсколько чувствительны, особенно передній сводъ.

Описаніе препарата: Длина опухоли 13 сант., ширина 9 сант., капсула наполнена саломъ, въ которомъ попадаются волосы, у одного края капсулы лежитъ неправильной формы кусокъ кости, напоминающій челюсть; въ немъ сидятъ 2 вполнѣ развитыхъ зуба и 1 зачаточный.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЯ НОВООБРАЗОВАНІЯ ЯИЧНИКОВЪ.

№ 1.

Ѳ. Б. поступила въ клинику 11 марта 1885 года. Дворянка, 47 лѣтъ отъ роду, православная. Родина ея Витебская губ., послѣдніе 5 лѣтъ больная живетъ въ Петербургѣ. Первые регулы пришли на 16 году и повторялись за все время своего существованія правильно черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 5—6 дней, необильны, безболѣзненны. Кончились они около 8 лѣтъ тому назадъ. Начало половой жизни на 19 году. Больная 7 разъ рожала—5 мальчиковъ и 2 дѣвочки. Первые роды на 21 году, послѣдніе 18 лѣтъ тому назадъ. При 6 родахъ—поворотъ, остальные кончились силами природы.

Жалуется на тяжесть и рѣзь въ животѣ, отекъ ногъ, явившіеся за послѣдніе четыре мѣсяца. Больная сама указываетъ на болтающуюся въ животѣ опухоль. Первые признаки присутствія ея она замѣтила около года тому назадъ. Тяжесть въ животѣ была настолько велика и настолько было напираніе „на низъ“, что больная не могла ни сидѣть, ни ходить.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и весьма плохаго питанія. При первомъ же изслѣдованіи констатированы отеки ногъ около мыщелковъ, незначительныя varices наружныхъ венъ голени, давніе рубцы на кожѣ весьма тонкихъ и растянутыхъ брюшныхъ стѣнокъ. Въ полости живота легко опредѣлялось несомнѣнное присутствіе асцитической жидкости, въ которой свободно плавало круглое, плотное, гладкое тѣло, величиною почти съ голову взрослаго человѣка. Опухоль эта лежала больше въ лѣвой половинѣ живота. Передвиженія ея по всѣмъ направленіямъ свободны и, при поворотѣ опухоли по вертикальной ея оси справа налѣво, на правой задней ея поверхности прощупывается маленькій придатокъ, величиною съ куриное яйцо, овальной формы, мягкой консистенціи. Только этотъ маленькій придатокъ и нарушалъ правильно-сферическую форму опухоли.

Размѣры живота:

на уровнѣ пупка	95	ctm. (онъ же и наибольшій).
отъ меча до пупка	18	„
„ пупка до симфиза	21	„
„ правой spinae ilei до пупка	25	„
„ лѣвой	23	„

Передняя и задняя стѣнки влагалища пролябируютъ и, не увеличен-

ная въ объемѣ (полость ея равняется 7,5 ctm.), матка опускается настолько, что ея влагалищная часть помѣщается in introitu vaginae. На это состояніе больная меньше жалуется, чѣмъ на указанныя раньше рѣзь и тяжесть въ животѣ, равно какъ и отеки ногъ. По вправленіи выпадающихъ частей на ихъ анатомическое мѣсто, опредѣляется неувеличенный, какъ было сказано, uterus; своды при этомъ опредѣляются свободными; если же опухоль сильно надавить и въ этомъ положеніи фиксировать, то при такихъ условіяхъ черезъ передній и лѣвый своды опредѣляется нижній сегментъ опухоли; матка при этомъ помѣщается сзади и влѣво отъ опухоли. Даже при значительныхъ экскурсіяхъ послѣдней въ полости живота изъ стороны въ сторону, движенія ея на маткѣ не отражаются. Но если снова возстановить выпаденіе, то форсированное приподниманіе tumor'a вверхъ указываетъ на соединеніе этой опухоли съ маткой посредствомъ длинной ножки.

Діагнозъ: Sarcoma ovarii sinistri, ascites et prolapsus uteri incompletus.

Операція—Ovariotomia sinistr. 23 марта 1885 г. Брюшной разрѣзъ по linea alba, длиной въ 27 ctm. Большое количество прозрачной асцитической жидкости. Ножка опухоли была довольно длинна и широка. Ее перерѣзали, предварительно перевязавши въ 4 пучка толстыми, шелковыми лигатурами. Ножка состояла только изъ одного ligamentum ovarii, причемъ абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы былъ свободенъ отъ сращеній съ поверхностью опухоли. При тщательномъ осмотрѣ брюшины какъ висцеральной, такъ и паріэтальной было вполнѣ констатировано отсутствіе на ней видимыхъ простымъ глазомъ диссеминаціонныхъ узловъ. Послѣ этого культя ножки была брошена въ полость peritonei и разрѣзъ брюшныхъ покрововъ зашитъ 30 шелковыми лигатурами. Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно и на 10-й день сняты швы; заживленіе — per primam на всемъ протяженіи. На 26 день послѣ операціи больная выписана изъ клиники, и за все это время не появлялось ни малѣйшихъ слѣдовъ асцита. Отеки-же ногъ, послѣ того какъ больная стала ходить, повторялись, но въ самомъ незначительномъ видѣ, и, быть можетъ, они могутъ быть объяснимы той слабостью сердечной дѣятельности, которая была констатирована у больной еще до операціи.

Экстирпированная опухоль вѣситъ 1450 граммъ, сферической формы, съ 2 небольшими кистовидными образованіями на ея наружной поверхности; она какъ бы окружена тонкой фиброзной капсулой, которую въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, хотя съ трудомъ, можно отдѣлить отъ опухоли. Въ разрѣзѣ она имѣетъ сплошь волокнистый характеръ, цвѣтъ разрѣза желтовато-бѣлый. При микроскопическомъ изслѣдованіи она представляетъ рѣзкую картину веретенообразно-клѣточковой саркомы *).

*) Этотъ случай описанъ докторомъ Петровымъ въ «Еженедѣльной клинической газетѣ» въ 1885 году.

№ 2.

13-го апрѣля 1887 года въ клинику прибыла больная П. К., 40 лѣтъ отъ роду, крестьянка Ярославской губерніи, съ жалобою на одышку, боли и опухоль живота. Больная съ 18 лѣтъ замужемъ, но беременною не была ни разу. Menstrua въ первый разъ получила на 14 году; онѣ были всегда правильны, но въ теченіи послѣднихъ 9 мѣсяцевъ отсутствуютъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ она была подвергнута операціи по поводу солидной опухоли праваго яичника. Настоящую опухоль больная замѣтила въ началѣ марта мѣсяца, послѣ чего размѣры ея, по словамъ больной, очень быстро начали увеличиваться.

При изслѣдованіи больная малокровна, плохого питанія. Животъ представляется увеличеннымъ и имѣетъ размѣры: окружность на уровнѣ пупка 87 ctm., наибольшую—89, разстояніе отъ мечевиднаго отростка до пупка—16, отъ пупка до symphisis—17; отъ пупка до правой sp. ilei ant. sup. — 19, до лѣвой 20. Обѣ нижнія конечности отечны, но лѣвая значительно больше. — При пальпаціи живота опредѣляется опухоль, занимающая преимущественно лѣвую половину живота и стоящая верхней своей границей на 2 поперечныхъ ладони надъ symphisis. Она неравномѣрной консистенціи, эластична, съ рѣзко выраженной флюктуаціей, весьма ограниченно подвижна. Нижній сегментъ опухоли теряется въ полости таза. Per vaginam: матка нормальнаго объема, плотной консистенціи, мало подвижна, чувствительна, находится въ anteflexio et lateropositio dextra. Правый и передній своды выполнены опухолью, значительно вдающеюся въ глубину сводовъ и тѣсно прилегающей къ краю матки. Связь опухоли съ маткою (изслѣдовано по методу Hegar'a) очень тѣсная.

На основаніи данныхъ изслѣдованія и анамнеза поставленъ діагнозъ злокачественной кистовидной опухоли яичника, развившейся въ средѣ правой широкой связки. Больной предложена операція, которая и произведена 17 апрѣля 1887 года.

Брюшныя стѣнки вскрыты по рубцу, идущему по linea alb. отъ пупка до symphisis pubis. Стѣнка кисты пунктирована, причемъ выпущено около 1200 к. с. серозной, мутной жидкости. Послѣ расширенія отверстія въ стѣнкѣ кисты полость ея изслѣдована рукою, причемъ оказалось, что на боковой ея поверхности находится вторая полость и что, кромѣ того, нижняя часть новообразованія занята плотными массами, вдающимися въ среду широкихъ связокъ матки. Стѣнки первой полости гладки. Разрѣзомъ вскрыта вторичная полость кисты, причемъ послѣ опорожненія ея оказалось, что внутренняя поверхность стѣнокъ ея покрыта сплошнымъ рядомъ папиллярныхъ разрощеній, причемъ часть ихъ проросла черезъ стѣнку кисты въ полость peritonei. На основаніи данныхъ изслѣдованія рѣшено было приступить къ полному удаленію новообразованія. Съ этою цѣлію приступлено было къ наложенію швовъ, которое начато отъ праваго угла матки. Съ большимъ затрудненіемъ, зависящимъ отъ глубокаго положенія опухоли, основаніе было обколото 6 цѣпью идущими одна за

другой лигатурами и опухоль была срѣзана.—Брюшная рана закрыта 14 шелковыми лигатурами и наложена принятая въ клиникѣ повязка. Операція длилась 50 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе шло безъ какихъ-бы то ни было осложненій, при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ больной. Вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтній сезонъ больная на 9 день послѣ операціи переведена въ хирургическую клинику военно-клиническаго госпиталя" откуда она спустя 3 недѣли была выписана съ совѣтомъ отправиться на лѣто въ деревню. При выпискѣ изъ клиники сращеніе брюшной раны per primam на всемъ протяженіи. Ощупываніе живота безболѣзненно. Въ лѣвой половинѣ его, въ области положенія печени опредѣляется плотная, бугристая опухоль, заходящая подъ край лѣваго подреберья.

№ 3.

П. К. поступила въ клинику 19 сентября 1887 года. Крестьянка Ярославской губерніи, 47 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается полевыми работами. Первая менструація на 16 году, обыкновенно являлись черезъ 3 недѣли по 5 дней; всегда были правильны. Съ іюля этого года онѣ отсутствуютъ. На 20 году вышла замужъ. Первые роды на 21 году; рожала 12 разъ правильно. Выкидышей не было. Послѣдніе роды 5 лѣтъ тому назадъ. До іюня нынѣшняго года была здорова. Съ этого-же времени замѣтила, что животъ съ каждымъ днемъ увеличивается.

Жалуется на опухоль живота, тяжесть и боли подъ ложечкой, одышку и общую слабость.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, плохаго питанія, анемична. Брюшныя стѣнки истончены и очень упруги. Животъ представляется равномѣрно увеличеннымъ. Размѣры его: окружность на уровнѣ пупка—97, наибольшая—98, отъ пупка до мечевиднаго отростка—18, до лоннаго соединенія—18, до правой sp. il. ant. sup.—22, до лѣвой—21½ ctm. При ощупываніи флюктуація по всему животу, sub scrobiculum чувствительность. Тонъ при перкуссіи всюду, за исключеніемъ области epigastrii—тупой. Наружные половые органы нормальны. Per vaginam: p. vag цилиндрической формы, нормальнаго объема, обращена кзади. Матка въ anteversio, очень мало подвижна, объемъ ея, благодаря сильно напряженнымъ брюшнымъ стѣнкамъ, ясно не контурируется. Длина полости 6½ ctm. Въ заднемъ сводѣ бугристая, безболѣзненая, неправильной формы опухоль, ограниченно подвижная. Въ правомъ сводѣ сегментъ той-же опухоли. Діагнозъ: Cystocarcinoma ovarii et peritonei.

Теченіе болѣзни: Одышка и слабость, а также боли подъ ложечкой съ каждымъ днемъ увеличивались; безсонница каждую ночь. Вечернія цифры t° держатся около 38. Объемъ живота черезъ недѣлю прибавился на 3 ctm. почти во всѣхъ размѣрахъ. 29 сентября сдѣлана пункція, причемъ выпущено 1100 куб. ctm. свѣтлой серозной жидкости. Больная стала дышать нѣсколько легче.

Операція произведена 30 сентября 1887 года. Брюшныя стѣнки

вскрыты по lin. alba между пупкомъ и лобкомъ на протяженіи 14 ctm., причемъ брюшина вскрыта была только на такомъ протяженіи, которое было бы достаточнымъ для того, чтобы произвесть ручное изслѣдованіе брюшной полости. Черезъ отверстіе разрѣза вылилось большое количество асцитической жидкости. Введенною рукой констатировано: все тазовое дно въ окружности матки усѣяно множествомъ плотныхъ, бѣловатаго цвѣта узловъ, главнымъ образомъ группирующихся въ области лѣваго яичника. Отсюда они распространяются какъ по flexura sigmoidea, такъ и по серозной поверхности толстыхъ кишекъ. Есть такіе же узлы и въ сальникѣ. Такъ какъ радикальнаго пособія при этихъ условіяхъ произвести оказалось невозможнымъ, операція окончена и брюшная рана закрыта 15 шелковыми швами. Продолжительность операціи—25 мин. Въ концѣ первыхъ сутокъ послѣ операціи начался поносъ, который держался около 2 недѣль; t°, бывшая лихорадочною и до операціи, съ 7 дня держалась въ предѣлахъ нормальной. На 18 день начала вставать съ постели, на 21 день выписалась. При этомъ размѣры живота были: окружность на уровнѣ пупка—69, наибольшая—70, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка—13, до лоннаго соединенія—13, до правой sp. il. ant. sup.—13, до лѣвой—14 ctm. Явленія асцита нерѣзко выражены.

№ 4.

С. А. поступила въ клинику 9 января 1888 года. Крестьянка Новгородской губерніи, 33 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ.

Первые регулы на 14 году, приходятъ всегда правильно черезъ 4 нед. по 4 дня. На 22 году вышла замужъ, на 23 первые роды. Рожала 3 раза правильно. Выкидышей не было. Два года тому назадъ въ животѣ замѣтила опухоль, величиною въ кулакъ, подвижную. Въ началѣ она росла медленно и не причиняла никакихъ безпокойствъ, въ послѣднее время стала расти очень быстро.

Жалуется на опухоль живота, тяжесть и боль внизу его и сильную одышку.

Saatus praesens. Блондинка, средняго тѣлосложенія, высокаго роста, плохаго питанія, анемична. Брюшные покровы напряжены, растянуты. Въ области пупка—выпячиваніе, величиною больше кулака (пупочная грыжа). При пальпаціи—флюктуація по всему животу. Въ полости живота опредѣляется плотная бугристая опухоль, величиною больше головы взрослаго человѣка, подвижная по всѣмъ направленіямъ. Движенія опухоли ограничены ея величиною. При перкуссіи тупой тонъ какъ въ области опухоли, такъ и въ поясничныхъ областяхъ при лежаніи на спинѣ.

Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка—102, наибольшая—102, отъ пупка до мечевиднаго отростка—22, до лоннаго соединенія—21, до правой sp. il. ant sup.—21, до лѣвой—25 ctm. Наружные половые органы нормальны. P. vag. небольшаго объема, цилиндрической формы, отклонена влѣво. Матка плотной консистенціи, нормальной величины, оттянута

вверхъ и отклонена кзади и вправо. Въ переднемъ сводѣ опредѣляется сегментъ вышеупомянутой опухоли, которая нерѣзко соединена съ маткою. Полость матки=10 ctm.

Діагнозъ: Cystosarcoma ovarii dextri.

Операція произведена 20 января 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, начиная выше пупка и до лоннаго соединенія, при чемъ разрѣзъ былъ проведенъ черезъ средину грыжеваго мѣшка. Опухоль въ одномъ изъ наибольшихъ отдѣловъ проколота троакаромъ, но вытекло небольшое количество жидкости.

Въ виду этого опухоль могла быть удалена только цѣликомъ, для чего брюшной разрѣзъ еще продолженъ вверхъ (до величины 24 ctm.). Послѣ того эта опухоль была выкачена наружу; первая треть брюшной раны закрыта нѣсколькими провизорными лигатурами. Короткая ножка кисты была перевязана въ три пучка, при чемъ средній, благодаря напряженности ткани, могъ быть затянутъ только послѣ того, какъ ножка съ одной стороны была подрѣзана.

Послѣ удаленія опухоли, на одно кровоточащее мѣсто ножки наложена еще одна (четвертая) лигатура. Peritoneum брюшнаго разрѣза былъ сшитъ непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута. При этомъ въ области грыжеваго мѣшка швъ наложенъ такимъ образомъ, что онъ захватывалъ не края разрѣза мѣшка, а основаніе его; такъ что весь грыжевой мѣшокъ послѣ сшиванія оказался выше наложенныхъ швовъ и былъ удаленъ ножницами. Вслѣдъ за тѣмъ наложены 24 шелковыхъ узловатыхъ шва. Операція длилась 1 часъ 30 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло при повышенной t° въ теченіе первыхъ сутокъ (высшая 38,6) и безъ особыхъ осложненій. На 10 день сняты швы—полное сращеніе первымъ натяженіемъ. На 15 больная встала съ постели. На 26 день выписалась изъ клиники. На мѣстѣ разрѣза плотный по всему протяженію рубецъ. Матка въ anteflexio подвижна, нечувствительна. Своды свободны.

Описаніе препарата: Опухоль имѣетъ форму громадно-увеличеннаго яичника, на поверхности ея много выпячивающихся кистовидныхъ полостей.

Въ разрѣзѣ она состоитъ изъ массы полостей, величиною отъ грецкаго орѣха до голубинаго яйца, отдѣленныхъ тонкими, иногда просвѣчивающими перегородками. Содержимое полостей различнаго характера. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ оно студенистаго вида. Вѣсъ опухоли—3580 граммовъ. Длина ея 25 ctm., ширина 22 ctm.

№ 6.

А. Д. 35 лѣтъ, купчиха, родилась въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ, замужъ вышла на 22 году. Первыя крови появились на 16 году и до второй беременности повторялись разъ въ мѣсяцъ, продолжаясь по 4—5 дней, послѣ вторыхъ родовъ мѣсячныя стали запаздывать, продолжались обыкновенно по 7 дней съ перерывами; кровь отдѣлялась въ меньшемъ количествѣ. Рожала 2 раза: 1 разъ на 23, 2 разъ на 25 году. Роды и послѣродовый періодъ протекли нормально. Около 7 лѣтъ тому назадъ больная обратилась къ врачебной помощи по поводу боли въ поясницѣ и бѣлей. Въ то время были найдены: разрывъ промежности 2 степени, увеличеніе влагалищной части съ разрывами въ обѣ стороны, матка наклонена впередъ и увеличена, чувствительна, своды свободны. Послѣдніе 7 лѣтъ чувствовала себя здоровой.

Жалуется, что въ послѣднее время стала испытывать при ходьбѣ ощущеніе посторонняго тѣла въ половыхъ частяхъ.

При изслѣдованіи находимъ: передняя стѣнка рукава выпадаетъ; влагалищная часть стоитъ низко увеличена, плотна; наружное отверстіе зіяетъ. Передняго свода не существуетъ, задній выпяченъ и весь выполненъ опухолью. Послѣдняя плотна и состоитъ изъ отдѣльныхъ мелкихъ долекъ; при нажиманіи на послѣднія получается своеобразный хрустъ, какъ бы отъ раздавливанія ткани долекъ. Опухоль лишь слегка и только мѣстами чувствительна, отодвигается свободно вверхъ и можетъ быть выведена изъ полости малаго таза, причемъ обнаруживается ея связь съ лѣвымъ угломъ матки; величина опухоли съ кулакъ. При изслѣдованіи по способу Hegar'a доказана связь опухоли съ маткой; длина полости матки=$8^1/_2$ ctm. Постукиваніемъ доказанъ ascites, который не доходилъ на 2 пальца до пупка въ лежачемъ положеніи.

Діагнозъ: сосочковая опухоль лѣваго яичника (Papilloma ovarii sinistri), на основаніи подвижности опухоли, мелкой дольчатости ея и водянки живота.

Терапія—Овріотомія 29 апрѣля 1889 года.

Операція сдѣлана на дому больной при соотвѣтствующей противогнилостной обстановкѣ. Брюшная стѣнка вскрыта отъ пупка внизъ по бѣлой линіи на протяженіи 14 ctm. По вскрытіи полости брюшины изъ нея вытекло умѣренное количество жидкости, сначала прозрачной, желтоватой, а подъ конецъ слегка мутной. Затѣмъ, введенною въ рану рукой извлечена наружу мелкобугристая опухоль, имѣвшая видъ цвѣтной капусты и лежавшая въ полости таза безъ сращеній съ окружающими частями. При извлеченіи наружу опухоль отдѣлилась отъ своего основанія, состоявшаго изъ остальной неперерожденной части лѣваго яичника, поэтому участокъ широкой связки, соотвѣтствующій основанію опухоли, былъ захваченъ пальцами и корень опухоли вмѣстѣ съ фаллопіевой трубой отрѣзанъ ножницами послѣ предварительной перевязки широкой связки въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой.

Правый яичникъ былъ такъ же удаленъ, такъ какъ онъ оказался кистовидно-перерожденнымъ, съ гусиное яйцо. Брюшина, какъ пристѣночная, такъ внутренняя, какихъ либо замѣтныхъ измѣненій не представляла. Туалетъ ея не производился и часть водяночной жидкости была оставлена въ полости брюшины. Брюшная рана закрыта 12 глубокими шелковыми швами.

Послѣопераціонный періодъ протекъ гладко, при нормальной температурѣ. Въ первые 2 сутокъ были незначительныя боли въ животѣ и рвота. На 3 сутки появились крови, продолжавшіяся 3 дня. На 10 день

сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. На 18 день больная встала, значительно оправившись отъ операціи.

Описаніе препарата: лѣвая опухоль вѣситъ 280 грам., наибольшая длина ея 12 ctm., толщина 8 ctm. Она блѣдно-розоваго цвѣта, покрыта слоемъ безцвѣтной прозрачной слизи; по внѣшнему виду походитъ на качанъ цвѣтной капусты, совершенно плотное новообразованіе, безъ слѣда полостей. Вся опухоль состоитъ изъ скопленія отдѣльныхъ долекъ различной величины: отъ горошины до вишни, соединенныхъ тонкими стебельками, болѣе или менѣе тѣсно лежащихъ одна возлѣ другой; каждая отдѣльная долька, въ свою очередь, распадается на кучки отдѣльныхъ сосочковъ, различной величины, отъ весьма мелкихъ, до небольшой горошинки. Остатокъ лѣваго яичника, изъ котораго исходила сосочковая опухоль тонкой ножкой, имѣетъ величину крупнаго лѣснаго орѣха. Она испещрена болѣе или менѣе глубокими бороздами и плотно спаяна съ наружнымъ концомъ фаллопіевой трубы, которая никакихъ измѣненій не представляетъ.

Кистовидно-перерожденный правый яичникъ вѣситъ 80 grm., длина его 7½ ctm., вышина 5 ctm., толщина 4 ctm., круглой формы. На поверхности его, вблизи основанія, на одномъ мѣстѣ возвышаются 2 дольки сосочковыхъ разрощеній, подобныя таковымъ-же на противуположной сторонѣ. Почти ½ опухоли образована тонкостѣнной, кистовидной полостью съ прозрачнымъ жидкимъ содержимымъ. Остальная часть яичника занята различной величины кистовидными полостями, выполненными отчасти жидкостью, а отчасти густолежащими сосочковыми разрощеніями.

(Этотъ случай описанъ въ „Врачѣ“ 1889 г., № 50, стран. 1100, д-ромъ С. Д. Михновымъ, въ статьѣ „Къ ученію о сосочковыхъ опухоляхъ яичника“).

№ 7.

А. П. поступила въ клинику 6-го октября 1890 года. Больная 50-ти лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, Тверской губерніи, занимается домашнимъ хозяйствомъ, крестьянка. Первая менструація на 15 году, типъ ея до болѣзни правильный черезъ 4 недѣли по 5—6 дней. Теперь 2 мѣсяца регулы отсутствуютъ; беременной не была. Заболѣла ½ года.

Жалуется на боли въ животѣ, въ правомъ боку и груди.

Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, очень плохаго питанія. Брюшныя стѣнки напряжены и животъ на взглядъ представляется увеличеннымъ при измѣреніи: окружность на уровнѣ пупка 91 ctm., наибольшая окружность 94 ctm., отъ мечевиднаго отростка до пупка 16,5 ctm., отъ пупка до лоннаго соединенія 17,5 ctm., отъ прав. sp. il. ant. sup. до пупка 21 ctm., отъ лѣв. sp. il. ant. sup. до пупка 21 ctm..

Притупленіе тона на пальцъ выше пупка, съ измѣненіемъ положенія тѣла больной тупой тонъ мѣняется.

Матка въ положеніи anteversio, нормальнаго объема, плотной консистенціи, ограничено подвижна; влагалищная часть конической формы, направлена кзади, не увеличена. Выдѣленія слизистыя и не обильныя. Черезъ боковые своды прощупываются бугристыя опухоли, плавающія въ асцитической жидкости и глубоко вдаются въ клѣтчатку таза, выпячивая своды въ вагину. Съ трудомъ удается опредѣлить ихъ связь съ правымъ и съ лѣвымъ угломъ матки. На основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи, былъ поставленъ діагнозъ злокачественнаго новообразованія яичниковъ.

Операція произведена 27 октября 1890 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 17 ctm. При изслѣдованіи черезъ рану оказалось, что мы имѣемъ передъ собой cystocarcinoma ovarior. et peritonei. Вся брюшина, серозный покровъ кишекъ и въ окружности матки сплошь покрыты отдѣльными узелками новообразованія, идентичнаго съ образованіемъ въ яичникахъ. При такомъ распространеніи злокачественнаго новообразованія, операцію дѣлать безцѣльно, такъ какъ всего удалить не представлялось возможнымъ. Брюшная рана была зашита 17 шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 40 м.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно и больная выписалась на 37 день послѣ операціи. При выпискѣ было найдено небольшое накопленіе жидкости въ животѣ.

№ 8.

Н. А. поступила въ клинику 9 октября 1891 года. Больной 29 лѣтъ, дворянка, православнаго вѣроисповѣданія. Менструаціи начались съ 15 лѣтъ, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Замужъ вышла 16 лѣтъ, беременной не была. Съ февраля 91 года регулы стали являться неправильно—черезъ 1—2—3 недѣли, жидкіе, слизистые, съ болью (передъ началомъ ихъ), продолжающіеся нѣсколько дней. Все время съ малыхъ лѣтъ у больной идутъ бѣли слизистаго характера. Въ началѣ апрѣля 91 года въ Тифлисѣ былъ сдѣланъ сначала проколъ, при чемъ выпущено 27 фунтовъ жидкости, а затѣмъ чревосѣченіе, но опухоль не могла быть удалена въ силу сращеній, по словамъ оперировавшаго врача.

Жалуется на сдавленіе груди, одышку, сердцебіеніе, тошноту, рвоту по утрамъ, тяжесть въ нижней части живота, отсутствіе аппетита, учащенные позывы къ мочеиспусканію, общую слабость и постоянные поносы.

Status praesens. Больная брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія, плохаго питанія. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія особенныхъ измѣненій не найдено.

По средней линіи имѣется грыжевидное выпячиваніе на мѣстѣ стараго растянутаго рубца отъ чревосѣченія. Размѣры живота ниже пупка и черезъ грыжевидное выпячиваніе—101 ctm.

Отъ мечевиднаго отростка до пупка	15 ctm.
„ пупка до лоннаго соединенія	38 „
„ правой sp. il. ant. sup. до пупка.	21 „
„ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка	21½ „

Въ нижней части живота при изслѣдованіи найденъ тупой тонъ, до-

ходящій до пупка, и ясно опредѣляется присутствіе асцитической жидкости въ полости живота; при ощупываніи—обширная, бугристая, плотная опухоль въ глубинѣ таза. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть конической формы, направлена впередъ, матка въ положеніи anteflexio et lateroversio dextra, совершенно неподвижна. Черезъ своды прощупывается плотная, бугристая, мѣстами эластическая, опухоль тоже совершенно неподвижная.

Діагнозъ: Cysto-carcinoma ovariorum.

Терапія. Былъ сдѣланъ разрѣзъ съ цѣлью выпустить жидкость и удалить грыжевидный выпяченный рубецъ, такъ какъ на возможность удаленія самой опухоли была плохая надежда, въ виду сращеній, а кромѣ того было высказано предположеніе, что у нея вѣроятно существуютъ диссеминаціонные узлы въ разныхъ областяхъ.

Операція 26 октября 1891 года. Разрѣзъ 14 ctm. При разрѣзѣ брюшной полости вытекла масса серозно-кровянистой жидкости. Діагнозъ при чревосѣченіи подтвердился вполнѣ, опухоль неудалима въ силу громадныхъ сращеній, а затѣмъ на peritoneum, брыжейкѣ и S. Romanum были найдены въ большомъ количествѣ диссеминаціонные узелки. Рубцевая ткань по плотности какъ келлоидъ срѣзана до края m. recti и края обрѣза сшиты шелкомъ 7 глубокими швами и 8 поверхностными. Наложена повязка; операція продолжалась 20 минутъ. Хлороформу потрачено 30 grm.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ гладко, на второй день только t° доходила до 38,5, а все остальное время колебалась въ предѣлахъ нормы. Жалобы были на боли въ животѣ, головную боль и послѣднее время поносъ.

Швы сняты на 10 день—первое натяженіе. Выписалась на 25 день. Жидкость въ животѣ появляется опять, остальное все такъ же.

№ 9.

М. В. поступила въ клинику 9 ноября 1891 года. Больная—дворянка, 23 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, по занятію актриса. Незамужняя, родилась въ г. Москвѣ, имѣетъ жительство въ Петербургѣ. Первыя мѣсячныя крови явились на 14 году, вторыя пришли черезъ годъ и затѣмъ являлись всегда черезъ 4 недѣли по 4 дня, съ довольно сильными болями. Въ дѣтствѣ пользовалась хорошимъ здоровьемъ, съ 15 лѣтъ начала страдать различными нервными припадками. 4½ года тому назадъ было воспаленіе лѣваго яичника, которое, по словамъ больной, подъ вліяніемъ леченія прошло черезъ мѣсяцъ и регулы приходили безъ болей. 2½ года тому назадъ больная замѣтила, что лѣвая половина живота сдѣлалась у нея болѣе выпуклой, чѣмъ правая; но ни болей, ни какихъ-бы то ни было другихъ припадковъ при этомъ не замѣчалось до мая 1890 года. Въ маѣ мѣсяцѣ 1890 года, отъ неловкаго прыжка, появилась небольшая боль въ нижней части живота съ лѣвой стороны, которая черезъ недѣлю сдѣлалась до того сильной, что больная должна была слечь въ постель. Съ этихъ поръ она и считаетъ себя больной, лечилась на мно-

гихъ курортахъ грязевыми ваннами, массажемъ, душами и т. д., но безъ успѣха. Въ началѣ 1891 года больная замѣтила быстрое увеличеніе живота.

Жалуется на боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны, слизистыя бѣли, мигрень и увеличеніе живота.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго незамѣчается. Количество мочи въ сутки 350—450 куб. с., реакція кислая, удѣльный вѣсъ 1,025, бѣлка, сахара и др. не оказывается.

При осмотрѣ живота замѣчаются рубцы на нижней части его: слѣды піявокъ. Брюшныя стѣнки напряжены; при пальпаціи—ясная флюктуація, чувствительность слѣва въ подвздошной области; при постукиваніи въ стоячемъ положеніи притупленіе тона на три пальца выше пупка, съ перемѣной положенія тѣла—притупленіе измѣняетъ свои границы. Окружность на уровнѣ пупка 87,5, наибольшая окружность 89 ниже пупка, отъ пупка до лобка 22, отъ пупка до мечевиднаго отростка 18, отъ пупка до прав. sp. il. ant .sup. 18, отъ пупка до лѣвой—22 ctm.

При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vagin. конической формы, обращена влѣво, зѣвъ имѣетъ круглую форму, съ ровными краями. Матка въ anteflexio, дно ея немного отклонено вправо, плотная, безболѣзненная; длина полости 7,5 ctm.

Per vaginam прощупываются, какъ справа, такъ и слѣва—опухоли плотной консистенціи, состоящія изъ отдѣльныхъ долекъ, при нажиманіи на которыя получается своеобразный хрустъ, какъ-бы отъ раздавливанія ткани долекъ. Опухоли мало подвижны и болѣзненны. Лѣвая стоитъ выше правой, правая заходитъ отчасти въ заднее-Дуглассово пространство. Для облегченія больной 15 ноября 1891 года сдѣланъ проколъ и выпущено 7600 куб. сант. асцитической жидкости, желтоватаго цвѣта съ мелкими хлопьями, уд. вѣс. 1,020. При изслѣдованіи тоже; размѣры живота—окружность на уровнѣ пупка 75, наибольшая окружность 78, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 16, отъ пупка до лѣвой—22 ctm.

Въ 4 дня до операціи животъ значительно увеличился: окружность на уровнѣ пупка уже 78,5, наибольшая же окружность 83,5 ctm., остальные размѣры остались тѣ же.

Діагнозъ: Papilloma ovarii dextri et sinistri. Ascites.

Терапія.—Овріотомія 27 ноября 1891 года.

Разрѣзъ по l. alba отъ пупка по направленію къ лонному соединенію проведенъ въ 19 ctm. длины. При вскрытіи брюшины изъ полости живота излилось много асцитической жидкости; на края раны наложены 2 провизорныя лигатуры. Произведенное послѣ этого изслѣдованіе въ общемъ совершенно подтвердило поставленное до операціи распознаваніе: глазамъ представились сосочковыя разрощенія въ видѣ цвѣтной капусты, занимавшія какъ правый, такъ и лѣвый яичникъ въ лѣвой опухоли, кромѣ того было констатировано присутствіе кисты съ куриное яйцо, въ правой же опухоли, растянутой жидкостью, наружный конецъ трубы. По размѣрамъ обѣ опухоли оказались не одинаковыми, лѣвая — въ кулакъ, а правая—меньше. Кромѣ того найдены сосочковыя разрощенія на тазовой брюшинѣ

вся видимая поверхность кишекъ усѣяна мелкими узелками ярко-краснаго цвѣта.

Первою удалена лѣвая опухоль, послѣ перевязки ея ножки лигатурой въ два пучка; удаленіе правой опухоли представило болѣе значительныя затрудненія, такъ какъ правая широкая связка оказалась сморщенной и вслѣдствіе этого не могла быть въ значительной степени вытянута кнаружи; во всемъ же остальномъ удаленіе опухоли произведено такъ же какъ и на лѣвой сторонѣ.

Сосочковыя разрощенія были такъ хрупки, что при самыхъ незначительныхъ перемѣщеніяхъ отламывались. По удаленіи опухолей, жидкость изъ брюшной полости вычерпана губками и брюшная рана зашита на глухо 14 глубокими шелковыми, узловатыми швами и наложена обычная повязка.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ безъ особенныхъ осложненій, t° въ теченіи первыхъ 7 дней между 37°—38,3°—4° (къ вечеру), разъ повышалась до 38,9°, пульсъ же все время былъ хорошій—около 100—115 ударовъ въ минуту. Больная жаловалась на боли внизу живота, на мѣстѣ разрѣза. Аппетитъ постепенно установился. Метеоризмъ устранялся трубкой и клизмою. На 9 день сняты швы, на всемъ протяженіи рана зажила первымъ натяженіемъ, немного ниже пупка около одного изъ швовъ замѣчается ограниченная краснота и болѣзненность при давленіи. Вскорѣ на этомъ мѣстѣ образовался нарывъ, величиной въ лѣсной орѣхъ, который и вскрылся. Образовавшаяся фистула промывалась 2% растворомъ карболовой кислоты и прижигалась ляписомъ. На 21 день больной позволено встать съ постели, а на 28 день она выписалась изъ клиники.

Изслѣдованіе при выпискѣ: больная еще слаба, не выздоровѣла вполнѣ, асцита нѣтъ.

Вѣсъ лѣвой опухоли 200 grm., правой—140 grm. Величина лѣвой—съ кулакъ, правой—меньше. Лѣвая опухоль состоитъ сплошь изъ мелкихъ сосочковыхъ разрощеній, похожихъ на цвѣтную капусту, розовато-краснаго цвѣта. Въ центрѣ киста въ куриное яйцо съ гладкими стѣнками,—содержимое серозное. Правая опухоль представляется почти сплошною и въ серединѣ ея находится незначительная кистовидная полость съ гладкими стѣнками не содержащія сосочковъ. Наружная поверхность сплошь покрыта сосочковыми разрощеніями, похожими на цвѣтную капусту. При разрѣзѣ прав. опухоли въ серединѣ ея остатки неизмѣнен. яичниковой ткани.

№ 10.

Д. Т. поступила въ клинику 8 февраля 1892 года. Мѣщанка Витебской губерніи, имѣетъ жительство въ Царскомъ Селѣ, 31 года, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 15 году, повторялись и повторяются теперь постоянно правильно, черезъ 4 недѣли по 3 дня. На 27 году вышла замужъ, родила 1 разъ, 5 лѣтъ тому назадъ

роды и послѣродовой періодъ протекли правильно. Осенью 91 года въ первый разъ замѣтила въ правой половинѣ живота опухоль и одновременно съ ней ноющія боли внизу живота. Ростъ опухоли довольно быстрый.

Жалуется на боль внизу живота и запоры.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Животъ въ своей нижней части представляется увеличеннымъ. Размѣры его: окружность на уровнѣ пупка 67 ctm., наибольшая окружность 73 ctm., отъ пупка до мечевидн. отростка—13, отъ пупка до лобка—20, отъ пупка до правой sp. il. ant. sup.—18, отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup.—17 ctm. Опредѣляется ощупываніемъ въ полости живота подвижная, безболѣзненная, бугристая опухоль, занимаетъ она болѣе правую половину живота. Постукиваніемъ опредѣляется ascites, ибо тупой тонъ мѣняется сообразно съ положеніемъ больной. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть цилиндрической формы, обращена немного влѣво и впередъ. Тѣло матки нѣсколько увеличено, безболѣзненно, плотно сдвинуто вправо и назадъ опухолью. Длина полости матки 10 ctm. Черезъ правый, лѣвый и передній своды прощупываются сегменты, мѣстами плотной мѣстами эластической бугристой опухоли, опредѣляемой наружными пріемами. Движеніе опухоли передается слабо влагалищной части. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется тѣло мягкой консистенціи, величиной съ голубиное яйцо, подвижное болѣе влѣво, чѣмъ вправо,—повидимому—лѣвый яичникъ.

Діагнозъ: Cystoma ovarii sinistri. Post operationem cysto-sarcoma ovarii dextri.

Терапія—Оваріотомія 7 марта 1892 года. Разрѣзомъ по бѣлой линіи отъ пупка внизъ была вскрыта брюшная полость. Когда дошли до самой опухоли, оказалось, что разрѣзъ сдѣланъ малъ и уменьшить опухоль проколомъ не удалось, не вышло ни капли жидкости; тогда былъ увеличенъ брюшной разрѣзъ до общей длины 18 ctm. (пупокъ обойденъ влѣво) и опухоль была выведена черезъ него цѣликомъ. Опухоль оказалась принадлежащей правому яичнику, а не лѣвому; ошибка въ распознаваніи произошла вслѣдствіе перекручиванія ножки. Далѣе въ брюшной полости найдено довольно большое количество асцитической жидкости.

Ножка была перевязана въ два пучка, двойной шелковой лигатурой и опухоль поверхъ лигатуры срѣзана. Асцитическая жидкость удалена губками и брюшная рана зашита 18 глубокими узловатыми шелковыми швами. Продолжительность операціи 29 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. Отъ 4 до 8 дня у больной были крови, не обильныя, безъ боли. На 10 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ; на 18 день больная встала съ постели, на 25 выписалась изъ клиники. Описаніе препарата: Вѣсъ 2030 грам. Форма—неправильна, шарообразная, приплюснутая спереди назадъ.

Наибольшая длина ея 20 сантиметровъ, наибольшая ширина 18 сантиметровъ, толщина 12 сантиметровъ. Опухоль мѣстами гладкая, мѣстами бугристая, особенно нижняя ея поверхность. Опухоль имѣетъ очень тон-

кую ножку, перекрученную два раза справа налѣво. Ножка состоитъ изъ lig. ovarii и части широкой связки. Опухоль представляетъ изъ себя новообразованіе лѣваго яичника. При разрѣзѣ опухоли она состоитъ изъ рыхлой сочной ткани, бѣловатаго цвѣта. Подъ микроскопомъ найдено веретено—образно клѣточковая саркома.

САЛЬПИНГООФОРИТЫ.

НБ ХГМУ

№ 1.

М. Б. поступила въ клинику 27 сентября 1883 г. Больная—крестьянка, Новгородской губ., 25 лѣтъ, незамужняя. Родила 2 раза, въ послѣдній разъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Менструаціи—на 14 году, типъ ихъ до болѣзни черезъ 4 нед. по 3 дня.

Жалуется на частые неправильные регулы, появляющіеся въ теченіи 6 мѣсяцевъ черезъ 2 недѣли и продолжающіеся по 10—15 дней, на боли въ лѣвомъ паху, особенно передъ и во время регулъ, напираніе на низъ, запоры.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Наружные покровы, кромѣ блѣдности, не представляютъ ничего ненормальнаго. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія, пищеваренія и мочевыхъ также не замѣчено ничего ненормальнаго. Матка наклонена впередъ и смѣщена немного вправо. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль съ нерѣзкими контурами, величиною съ куриное яйцо, ограниченно подвижная, вслѣдствіе сращеній съ окружающими частями peritonei. Опухоль эта связана также съ лѣвымъ краемъ матки, но обособляется отъ этой послѣдней посредствомъ борозды. Въ заднемъ сводѣ прощупывается другая опухоль, величиною съ голубиное яйцо, болѣе подвижная. Обѣ опухоли чувствительны при изслѣдованіи. Изъ зѣва матки, полость которой=7,5 сант., выдѣляется значительное количество слизи.

Діагнозъ: Sapingo-oophoritis duplex.

Терапія: Selpingo-oophorectomia duplex.

Производство операціи. Трудная наркотизація. Разрѣзъ отъ пупка внизъ по бѣлой линіи, длиною 15 сант. Изслѣдованіе тазовой полости полною рукою и выведеніе лѣвой опухоли въ брюшную рану, послѣ труднаго отдѣленія старыхъ сращеній, соединявшихъ опухоль съ тазовой брюшиной и съ задней поверхностью матки и широкой связки. Вслѣдъ затѣмъ проводится двойная шелковая лигатура сквозь широкую связку подъ фаллопіевой трубкой и яичникомъ. Обѣ половины лигатуры перекрещиваются между собою на мѣстѣ прокола широкой связки и завязываются такимъ образомъ, что одною половиною обхватывается маточная сторона широкой связки, lig. ovarii

prorr. и маточный конецъ фаллопіевой трубы, а другою половиною затягивается тазовый край широкой связки черезъ lig infundibulo-pelvicum. Труба съ яичникомъ удаляются затѣмъ ножницами поверхъ наложенныхъ лигатуръ. То-же произведено и на правой сторонѣ, гдѣ яичникъ, сросшенный съ абдоминальнымъ концомъ фаллопіевой трубы и окутанный ложными перепонками, находился въ совершенно замкнутой полости. На время наложенія швовъ на брюшную рану, до закрытія послѣдней, положена губка съ ниткой въ заднее дуглассово пространство для остановки кровотеченія изъ разрушенныхъ сращеній. Брюшная рана закрыта 10 швами. Обычная повязка. Продолжительность операціи 1¼ часа.

Послѣопераціонное теченіе гладкое. Наивысшая t 38° была на 2 и 11 день. Сначала больную безпокоили боли, которыя вскорѣ стихли. На 10 день сняты швы—prima intentio. На 22 день встала съ постели, а на 42 выписалась вполнѣ оправившеюся.

Черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи было выдѣленіе кровей въ теченіи 7 дней. Затѣмъ черезъ 14½ мѣсяцевъ послѣ операціи снова появились крови, выдѣлявшіяся въ небольшомъ количествѣ. Чувствуетъ себя бодрой, здоровой.

Описаніе удаленныхъ частей. Правая труба растянута въ наружномъ концѣ гноевидной жидкостью въ количествѣ около 4 grm. Длина трубы=7 сант. Толщина стѣнки ½ сант. Наружное отверстіе зарощено и приклеено къ яичнику. Слизиста оболочкая утолщена. Лѣвая труба извилиста, свернута кольцомъ. Длина ея=8 сант. Брюшной конецъ зарощенъ ложными перепонками, которыя въ обильномъ количествѣ покрываютъ всю трубу. Стѣнки утолщены. Въ каналѣ небольшое количество гнойнаго содержимаго.

№ 2.

А. Х. поступила въ клинику 5 декабря 1886 года. Дочь чиновника, изъ Риги, 27 лѣтъ, незамужняя. Менструаціи появились на 14 году, типъ регулъ 4 нед. 6 дней. Родила 1 разъ на 19 году. Жалобы: боль и тяжесть внизу живота, въ лѣвой ногѣ и поясницѣ, обильныя бѣли. Больна 2 года, при чемъ годъ тому назадъ припадки особенно усилились. Обостреніе названныхъ припадковъ большею частью совпадаетъ со временемъ регулъ, которые стали гораздо меньше черезъ 5 нед. 3 дня. Нервное состояніе, слабость, лихорадочное состояніе.

Status praesens. Брюнетка, не большаго роста, слабаго тѣлосложенія крайне истощенная, блѣдная. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія не замѣчено рѣзкихъ уклоненій отъ нормы. Животъ вздутъ, въ нижней части чувствителенъ при давленіи. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Матка въ положеніи ante-lateroversio sinistra, не увеличена въ объемѣ, болѣзненна при пальпаціи, почти неподвижна. Изъ цервикальнаго канала слизисто-гнойныя выдѣленія. Въ правомъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиною съ голову 7-ми-мѣсячнаго плода, фиксированная въ тазу, слегка эластичная, болѣзненная при давленіи, тѣсно прилежащая къ правой и задней сторонѣ матки, которую она смѣщаетъ впередъ и влѣво. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается также опухоль, меньшей величины, неправильно-дольчатой формы, незначительно подвижная, болѣзненная при давленіи, связанная съ лѣвымъ угломъ дна матки. Лихорадочныя движенія продолжались иногда недѣли по 2, достигая высокихъ цифръ=39,5°. Въ періодѣ обостренія болѣзни опухоль значительно увеличивается, а затѣмъ снова уменьшается.

Діагнозъ. Cystoma parovarii dextri, salpingooophoritis sinistra suppurativa (gonorrhoica).

Терапія. Laparotomia, cystectomia et salpingo-oophorectomia.

Производство операціи. Больная поступила въ 1 разъ въ клинику за 2½ мѣсяца до настоящей операціи, при чемъ эта послѣдняя была отсрочена по причинѣ крайняго упадка силъ больной. Назначено было укрѣпляющее леченіе, которое значительно поправило больную. 22 декабря 1886 года больной подъ хлороформеннымъ наркозомъ была произведена laparotomia. Послойный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ. Введеніе губки въ верхній уголъ раны; изслѣдованіе тазовой полости. Сначала было произведено выведеніе лѣвой опухоли, что удалось не безъ трудностей, зависѣвшихъ отъ плотныхъ сращеній ея съ наружными частями. На мѣсто выведенной опухоли положена небольшая губка для остановки кровотеченія изъ разорванныхъ сращеній. Растянутая фаллопіева труба вскрыта, причемъ выдѣлилось около чайной ложки зловоннаго гноя вмѣстѣ съ газами. Описаннымъ способомъ наложены лигатуры и произведено отсѣченіе трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Правая опухоль была до такой степени тѣсно и прочно спаяна ложными перепонками съ окружающими частями, что нескоро можно было отыскать мѣсто, гдѣ наилегче было проникнуть въ мѣшокъ изъ ложныхъ перепонокъ, окутывавшій всю опухоль. По разрывѣ мѣшка, съ крайней осторожностью было произведено рукою отсепарованіе кистовидной опухоли и выведеніе въ брюшную рану. На мѣсто опухоли введена губка. Извлеченная опухоль оказалась растянутой фаллопіевой трубой. Вся широкая связка подъ растянутой трубой была перевязана шелковыми лигатурами въ нѣсколько пучковъ (4 пучка), послѣ чего труба была удалена ножницами, безъ вскрытія ея полости. Брюшная рана зашита 12 шелковыми швами. Продолжительность операціи = 1 ч. 45 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Выздоровленіе больной, принимая во вниманіе тяжесть случая, шло довольно гладко. Наблюдавшійся въ первые часы послѣ операціи коллапсъ скоро исчезъ; t-ra и пульсъ въ первые 4 дня колебались въ предѣлахъ нормы, затѣмъ съ 5 до 9 дня было повышеніе, достигшее 39,3°, но къ 16 дню дошедшее до нормы. Дальнѣйшее выздоровленіе ничѣмъ не было нарушено. Боли исчезли, больная значительно пополнѣла. Полная аменоррея.

Описаніе удаленныхъ частей. Правая труба содержала зловонный гной вмѣстѣ съ газами. Количество выпущеннаго гноя=500 к. сант. Вѣсъ опорожненной трубы=110 grm. Она имѣетъ видъ мѣшка округлой формы съ діаметромъ равнымъ 8 сантиметрамъ. У внутренняго края видно начало трубы, которая проходитъ затѣмъ кнаружи по поверхности мѣшка на про-

тяженіи 9 сант., наружный конецъ ея незамѣтно сливается со стѣнкой мѣшка. Стѣнка мѣшка покрыта ложными перепонками., имѣетъ въ толщину около 1 сант.

Лѣвая опухоль, величиной съ небольшое яблоко, имѣетъ повсюду толстыя стѣнки; въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ толщина равна 3 mm.; въ одномъ мѣстѣ наверху толщина равняется $1^1/_2$ сант. и здѣсь микроскопически различается ткань яичника. По поверхности опухоли проходитъ труба, имѣющая въ длину 7 сант. Толщина трубы повсюду равна 1 сантиметру. Наружный конецъ закрытъ и сливается со стѣнкой мѣшка; въ полости находится зловонный гной.

№ 3.

М. Р. поступила въ клинику 2 января 1887 года. Дворянка, Варшавской губ., 44 лѣтъ отъ роду. Регулы появились на 16 году и до начала болѣзни приходили черезъ 4 нед., продолжаясь 5 дней. На 22 году вышла замужъ, родила 1 разъ на 23 году жизни, съ тѣхъ поръ не была беременна. Перенесла тифъ и воспаленіе легкихъ.

Жалобы: на боль внизу живота, поясницѣ, на усталость, головныя боли и общее недомоганіе. За время болѣзни, начавшейся черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ родовъ, регулы неправильны, черезъ 3—8 нед. по 8—10 дн. съ болями въ поясницѣ, частые позывы на мочеиспусканіе, боль надъ лобкомъ, иногда въ лѣвой ногѣ. Недѣли за $1^1/_2$ до кровей самочувствіе больной обыковенно лучше, чѣмъ послѣ кровей. Бѣли. Запоры.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, питаніе удовлетворительно. Въ органахъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго не опредѣляется. Кишечникъ вздутъ. Животъ надъ лобкомъ чувствителенъ при пальпаціи. Матка наклонена и смѣщена впередъ, не велика, ограниченно подвижна, слегка болѣзненна, длина полости=9 сант. Позади матки прощупывается опухоль, величиной въ кулакъ, плотная, шарообразная, фиксированная въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, вслѣдствіе чего не можетъ быть выведена изъ полости малаго таза. Изслѣдованіе задняго свода болѣзненно. Опухоль тѣсно прилежитъ къ правой и задней поверхности матки, между опухолью и маткой прощупывается борозда, вверху которой опредѣляется короткій тяжъ, идущій отъ праваго угла матки къ опухоли. Por. vaginaeis эктропирована и содержитъ нѣсколько ovula Nabotii.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis dextra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 4 февраля 1887 г. Брюшной разрѣзъ, длиною въ 16 сант., между лобкомъ и пупкомъ. Губка въ полость живота для удержанія кишокъ. Временная лигатура на края брюшнаго разрѣза для оттягиванія ихъ во время изслѣдованія и извлеченія опухоли. Кистовидная опухоль справа и позади отъ матки сильно срощена съ окружающими частями. Ложныя перепонки съ большимъ трудомъ разрушены и опухоль выведена въ брюшной разрѣзъ. Она величиною въ кулакъ и оказывается сильно растянутой фаллопіевой трубой. Пункція—серозная жидкость. Обычная лигатура (въ 4 пучка перевязана широкая связка и труба) и удаленіе трубы съ яичникомъ. Кровотеченія изъ брюшной полости не видно. Закрытіе брюшной раны 12 шелковыми швами. Продолжительность операціи=55 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Гладкое выздоровленіе. Наивысшая t^0 38,2.

Описаніе удаленныхъ частей. Количество выпущенной серозной жидкости=4 унц. и $2^1/_2$ драхмы. Вѣсъ опорожненной фаллопіевой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ=$2^1/_2$ драхмамъ. Стѣнка трубы значительно истончена, извилиста и срощена на изгибахъ ложными перепонками. Абдоминальный конецъ зарощенъ. Яичникъ значительно уменьшенъ въ объемѣ, покрытъ ложными перепонками. На поверхности его не видно ни граафовыхъ пузырьковъ, ни желтыхъ тѣлъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Въ періодъ долженствовавшихъ быть первыхъ послѣ операціи регулъ появились значительныя боли внизу живота и t^0 поднялась на однѣ сутки до 39,4 c^0. Головная боль, чувство разбитости и общаго недомоганія. Регулъ нѣтъ. Вскорѣ всѣ эти явленія исчезли и наступило вполнѣ удовлетворительное состояніе.

№ 4.

М. Н. поступила въ клинику 14 февраля 1887 года. С.-Петербургская мѣщанка, 41 года, замужняя. Первые регулы на 15 году, типъ регулъ до болѣзни: черезъ 4 недѣли по 3 дня. Вышла замужъ на 23 году, рожала 1 разъ на 24 году. Теперь со времени родовъ прошло 17 лѣтъ. Указаній на бывшее пуэрперальное заболѣваніе нѣтъ. Заболѣла 10 лѣтъ тому назадъ воспаленіемъ внизу живота.

Жалоба на боль въ паховыхъ областяхъ, съ теченіемъ времени все болѣе и болѣе ожесточающуюся, частые и продолжительные (до 2 недѣль) регулы, тяжесть внизу живота, напираніе на низъ, давленіе на пузырь, незначительныя боли въ нижнихъ конечностяхъ. Послѣднія крови продолжаются мѣсяцъ.

Status praesens. Больная—шатенка, средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Уд. вѣсъ мочи 1.017, реакція кислая. Аппетитъ плохъ, языкъ обложенъ, испражненія задержаны; сонъ хорошъ. Органы дыханія и кровообращенія не представляютъ ничего ненормальнаго. Ощупываніе живота въ обѣихъ паховыхъ областяхъ довольно болѣзненно; тонъ въ означенныхъ мѣстахъ притупленъ, особенно слѣва. Матка увеличена въ объемѣ, наклонена и смѣщена впередъ и вправо, ограниченно подвижна, болѣзненна, длина ея полости=9 сант. Шейка утолщена, со старыми разрывами на наружномъ зѣвѣ. Выдѣленіе слизистое, часто слизисто-кровянистое. Оба свода—справа и слѣва, а также и задній сводъ заняты опухолями. Опухоль праваго свода, величиною съ большое куриное яйцо, лежитъ справа и позади матки, дольчатая, мало подвижная, болѣзненная и спаянная срощеніями съ правой и задней стороной матки. Меньшаго объема опухоль прощупывается съ лѣвой стороны матки, съ которой она также тѣсно

связана. Объемъ этихъ опухолей измѣняется въ зависимости отъ менструальнаго періода, а именно то одна, то другая изъ нихъ во время регулъ значительно увеличивается, а послѣ регулъ снова уменьшается.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex (hydrosalpinx)

Терапія. Laparo-salpingo-oophorectomia duplex.

Производство операціи 27 февраля 1887 г. Брюшной разрѣзъ отъ пупка къ симфизѣ длиною 16 сант. Въ брюшную полость введена губка, а на края брюшной раны наложено по 2 провизорныхъ лигатуры съ каждой стороны. Лѣвая опухоль оказалась сильно растянутой фаллопіевой трубой, которая срощена очень плотными ложными перепонками съ окружающимъ perit. parietale и съ сальникомъ. На сальниковое срощеніе наложена шелковая лигатура, а паріэтальныя срощенія съ большимъ трудомъ отдѣлены рукою безъ предварительной перевязки ихъ. Во время отдѣленія стѣнки труба лопнула и освободила свое серозно-кровян. содержимое въ брюшную полость. Лопнувшую трубу и яичникъ, послѣ значительныхъ усилій, удалось извлечь наружу и, послѣ наложенія 3 лигатуръ на ножку, отрѣзать. Труба съ правой стороны представляла такое-же состояніе растяженія и срощеніе съ perit. parietale и съ сальникомъ. И здѣсь для удаленія придатковъ употреблены были тѣ-же пріемы, что и слѣва. При отдѣленіи паріэт. срощеній труба также лопнула (серозно-кровян. сод.). На брюшную рану наложено 14 швовъ. Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣопераціонное теченіе было гладкое. Въ первые 11 дней самая высокая t° была 38,2 одинъ разъ. Пульсъ колебался отъ 60 до 80. На третій день послѣ операціи появилось незначительное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжавшееся нѣсколько дней. Съ 11 марта въ теченіи недѣли было неправильное колебаніе t°, доходившее одинъ разъ до 39,4°. Это повышеніе температуры обусловливалось незначит. абсцессомъ въ срединѣ брюшнаго разрѣза. При изслѣдованіи больной, когда она была уже на ногахъ, въ правомъ сводѣ прощупыв. разлитая припухлость, болѣзн. при давленіи. Слѣва отъ матки сводъ свободенъ.

Описаніе удаленныхъ частей. Жидкость трубъ не моглабыть собрана. По оцѣнкѣ глазомѣромъ, количество ея въ обѣихъ трубахъ = 6 унцамъ (4 на лѣв. труб., 2 на прав.).

№ 5.

М. К. поступила въ клинику 10 марта 1887 года. С.-Петербургская уроженка, жена солдата, 23 лѣтъ отъ роду. Первые регулы появились на 13 году, приходили до болѣзни черезъ 3 нед. на 4, и продолжались 5—6 дней. Вышла замужъ на 18 году, родила 2 раза, въ первый разъ на 19 году, а во второй 2 года тому назадъ. При вторыхъ родахъ сдѣланъ поворотъ на ножки по поводу лицеваго предлежанія.

Жалобы на боли внизу живота, особенно съ правой стороны и въ правой ногѣ. Регулы за время болѣзни, начавшейся вскорѣ послѣ замужества и ожесточившейся послѣ 2 родовъ, сдѣлались неправильны и часты

продолжаются 7—9 дней, очень обильны. Рѣзь при мочеиспусканіи. Бѣли. Общая слабость, отсутствіе аппетита, запоры и боли въ грудяхъ.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, слабаго питанія, очень малокровна. Со стороны органовъ кровообращенія и дыханія, а также мочевыхъ органовъ не замѣчено ничего ненормальнаго. Часто бываетъ метеоризмъ. Низъ живота при пальпаціи чувствителенъ. Матка въ положеніи ретроверзіи, нормальной величины, плотна, мало подвижна и умѣренно болѣзненна. P. vagin. смѣщена кпереди, изъ зѣва выдѣляется слизисто-гнойная жидкость. Въ обоихъ сводахъ прощупываются опухоли, справа величиною болѣе куринаго яйца, а слѣва съ голубиное яйцо. Продолжительное наблюденіе показало, что, передъ регулами, то одна, то другая опухоль увеличивается почти вдвое въ своемъ объемѣ, но черезъ нѣсколько дней послѣ окончанія регулъ онѣ снова уменьшаются до прежняго объема. Обѣ опухоли помѣщаются съ боковъ и частью сзади матки, связаны съ этой послѣдней и срощены съ окружающими частями, вслѣдствіе чего мало подвижны. Хотя и та и другая опухоль не могутъ быть рѣзко контурированы, но ясно отдѣляются перехватомъ отъ прилегающей къ нимъ матки.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Salpingo-oophorectomia bilateralis s. duplex. Производство операціи 18 марта 1887 года.

Во время наркоза введенъ кольпейринтеръ Брауна. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ между пупкомъ и лобкомъ длиною 15 сант. Провизорныя лигатуры на края брюшной раны. При изслѣдованіи рукою полости малаго таза, опредѣляются плотныя и обширныя срощенія яичниковъ и утолщенныхъ трубъ съ окружающими частями: маткой, прямой кишкой и perit. parietale. Особенно слѣва опухоль окутана плотными ложными перепонками, совершенно маскирующими контуры дольчатой опухоли. Съ трудомъ опухоли были отдѣлены, сначала на правой, а затѣмъ на лѣвой сторонѣ, выведены въ брюшную рану и послѣ наложенія шелковыхъ лигатуръ тупою иглою, были удалены ножницами. На правой сторонѣ изъ широкой связки появилось артеріальное кровотеченіе, которое потребовало наложенія отдѣльной лигатуры помощью обкалыванія. Туалетъ тазовой полости посредствомъ губокъ и закрытія брюшной раны 15 шелковыми швами. Послѣопераціонное теченіе. Наблюдалось неправильное колебаніе t-ры, доходившее до 39,5° С., паденіе ея до нормы наступило только къ концу 2 недѣли. Послѣ недѣльнаго періода апирексіи снова наступило незначительное повышеніе t-ры, соотвѣтствовавшее долженствовавшему быть, но отсутствовавшему менструаціонному періоду. Полное выздоровленіе больной какъ отъ операціи, такъ и отъ припадковъ ея болѣзни.

Описаніе удаленныхъ частей. Правая труба длиною 6 сант. утолщена. Это утолщеніе обусловливается, гипертрофіей стѣнокъ, доходящей до 7 mim., а именно гипертрофія слизистой оболочки ихъ. Правый яичникъ длиною 4 сант. Лѣвый яичникъ длиною 3 сант., на свободномъ краю его находится кистовидная полость, величиной вълѣсной орѣхъ, содержащая прозрачную жидкость. Лѣвая труба свернута въ клубокъ и окутана ложными перепонками. Длина ея=4 сант. Толщина трубы на маточномъ концѣ 6 mm.,

а на свободной—12 mm. Въ полости обѣихъ трубъ не замѣчено никакого жидкаго содержимаго. Слизистая оболочка лѣвой трубы также сильно гипертрофирована и представляетъ высокіе гребни, выполняющіе просвѣтъ увеличенной въ объемѣ трубы.

Послѣ микроскопированія былъ поставленъ діагнозъ: tuberculosis tubarum primaria.

№ 6.

Е. Т. поступила въ клинику 28 октября 1887 года. Дворянка Петербургской губерніи, 28 лѣтъ отъ роду, замужняя, вышла замужъ на 19 году. Регулы начались на 13 году, типъ регулъ до болѣзни черезъ $2^1/_2$—3 нед. по 4 дня. Рожала два раза, въ 1 разъ на 20 году, а въ послѣдній разъ 5 лѣтъ тому назадъ. Послѣ первыхъ родовъ было, по словамъ больной, какое-то пуэрперальное заболѣваніе съ повышеніемъ t^0, доходившимъ до 40° С. 2 года тому назадъ получила воспаленіе внизу живота, съ сильной рѣзью при мочеиспусканіи. Эти припадки съ тѣхъ поръ все болѣе и болѣе увеличиваются. Съ того-же времени замѣчено постепенно нервное разстройство, выражающееся истерическими припадками.

Жалобы на боль внизу живота и въ поясницѣ, равно какъ и въ лѣвой ногѣ. Боли эти усиливаются передъ и въ первые 3 дня регулъ, а затѣмъ ослабѣваютъ, крайнее нервное разстройство, выражающееся истерическими припадками, слезливостью и угнетеннымъ состояніемъ духа, безсонницами, раздражительностью и пр.; частое появленіе ($1^1/_2$—2 нед.) регулъ, продолжающихся по 5—6 дней, головныя боли, боли въ грудяхъ.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, удовлетворительнаго питанія, съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Со стороны пищеваренія замѣчены упорные запоры. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего не нормальнаго не замѣчено.

Животъ въ нижней своей части очень чувствителенъ при давленіи. Наружные половые органы и промежность нормальны. Матка отклонена назадъ и приращена плотными ложными перепонками къ прямой кишкѣ. Эта фиксація настолько значительна, что не допускаетъ малѣйшей редрессаціи матки. При попыткѣ приподнять матку начала появляться боль и истерическій припадокъ. Въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и въ боковыхъ сводахъ опредѣляется разлитая припухлость; яичники и трубы не опредѣляются. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется значительное количество слизи.

Діагнозъ. Pelviperitonitis chron., perimetritis chronica posterior et lateralis.

Терапія. Такъ какъ больная испытала самую разнообразную терапію, палліативную, безъ видимаго улучшенія ея состоянія, то ей предложено было произвести laparooophorectomia.

Производство операціи. Кольпейринтеръ введенъ во влагалище. По вскрытіи брюшной полости и при изслѣдованіи рукою оказалось, что заднее дугласово пространство вполнѣ закрыто плотной ложной перепонкой, отдѣляющей это пространство отъ остальной части малаго таза. По разрывѣ этой перепонки рука попала въ полость, наполненную серозною жидкостью. Только послѣ этого удалось въ правой широкой связкѣ ощупать утолщеніе, соотвѣтствовавшее яичнику, окутанному ложными перепонками. Съ большимъ усиліемъ удалось выдѣлить его изъ сращеній и вывести въ брюшную рану, гдѣ наложена была лигатура на lig.ovarii и яичникъ удаленъ. Правая труба, прослѣженная отъ угла матки, казалась не растянутой и не поддавалась выдѣленію ея изъ сращеній. На лѣвой сторонѣ, даже послѣ очень продолжительныхъ попытокъ къ удаленію придатковъ матки, яичникъ не удалось опредѣлить. Наружу вытянута была только труба, сильно сращенная съ окружающими частями, но совершенно нормальнаго объема. Она была удалена послѣ наложенія на нее лигатуры. Брюшная рана закрыта 1^2 глубокими и 1 поверхностнымъ швомъ. Операція продолжалась 50 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Что касается состоянія t^0 и пульса, то выздоровленіе больной можно назвать идеальнымъ (t^0 колебалась между 36,6—37,5°, пульсъ 68—90 ударовъ въ минуту). За то упорныя и сильныя боли въ животѣ и въ особенности въ лѣвой паховой области продолжались очень долго, постоянно безпокоили больную и являлись источникомъ безсонницы, дурнаго расположенія духа и раздражительнаго состоянія.

Ко времени вставанія съ постели всѣ эти болѣзненныя явленія настолько утихли, что больная чувствовала себя хорошо.

Описаніе удаленныхъ частей. Правый яичникъ былъ весьма незначительной величины (діаметръ его $2^1/_2$ и $1^1/_2$ сант.), вся поверхность его сплошь покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ, что дѣлало его совсѣмъ неузнаваемымъ. Въ разрѣзѣ ткань его представлялась равномѣрной, плотной, весьма бѣдной фолликулами—словомъ, видны ясно слѣды атрофическаго цирроза. Удаленный кусокъ трубы длиной 4 сант., также покрытый обрывками ложныхъ перепонокъ, въ полости своей однако не представляетъ никакихъ грубыхъ измѣненій.

№ 7.

Ц. К. поступила въ клинику 19 октября 1887 года. С.-Петербургская мѣщанка, 26 лѣтъ отъ роду, замужняя. Первые регулы появились на 16 году, типъ регулъ до настоящей болѣзни черезъ 4 нед. по 6—7 дней. Вышла замужъ на 18 году. Черезъ два года послѣ начала менструаціи былъ оборотъ, послѣ котораго при лихорадочномъ состояніи открылось кровотеченіе, продолжавшееся почти безпрерывно 3 мѣсяца, при этомъ больная страдала болями внизу живота и рѣзью при мочеиспусканіи. Затѣмъ всѣ названныя болѣзненныя явленія понемногу успокоились, такъ что больная 6 мѣсяцевъ чувствовала себя здоровой. Черезъ 6 мѣсяцевъ болѣзнь повторилась въ прежнемъ видѣ и окончилась, по словамъ больной, нарывомъ, вскрывшимся въ прямую кишку. Съ тѣхъ поръ время отъ времени появлялись ухудшенія, сопровождавшіяся выдѣленіемъ гноя изъ задняго прохода. Осенью 1886 года болѣзнь настолько ухудшилась, что больная принуждена была лечь въ госпитальную клинику проф. Славянскаго, гдѣ будто ей вскрытъ былъ нарывъ черезъ влагалище. Истеченіе гноя изъ

этого нарыва усиливалось каждую менструацію, что продолжалось до весны 1887 года.

Жалуется на боли внизу живота, особенно въ правомъ паху, усиливающіяся во время регулъ. Боли эти существуютъ, впрочемъ, въ различной степени и внѣ регулъ, равно какъ вызываются каждый разъ при coitus. Кромѣ того жалуется на постоянное давленіе и напоръ на промежность, на ощущеніе какъ-бы постоянной рѣзи въ прямой кишкѣ, препятствующей испражненію. Ко всему этому присоединяется значительный упадокъ силъ, исхуданіе, крайнее нервное и душевное разстройство, отсутствіе аппетита, чувство полноты и болей подъ ложечкой, запоры, безсонница, головокруженія и проч. Регулы за время болѣзни стали приходить чаще и неправильно, продолжаются дольше, иногда съ перерывами, при чемъ менструальное выдѣленіе носитъ характеръ серозно-кровянистый. Бѣли, особенно послѣ регулъ, частые позывы на мочеиспусканіе.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, крайне блѣдная и истощенная. Языкъ обложенъ, животъ небольшой, впалый. Слабое отложеніе жира. Со стороны дыхательныхъ органовъ не замѣчается ничего ненормальнаго. Пульсъ малъ, легко сжимаемъ, тоны сердца нѣсколько глухи, къ нимъ присоединяются анемическіе шумы

Шейка матки отклонена кзади. Длина полости матки $7^1/_2$ сант. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль, величиною съ апельсинъ, круглой формы, какъ бы дольчатая. Опухоль эта занимаетъ также и заднее дуглассово пространство и тѣсно соединена съ маткой, хотя и ограничивается отъ нея бороздой. Лѣвый сводъ занятъ опухолью меньшей величины, причемъ контуры ея менѣе рѣзки. Обѣ опухоли фиксированы въ тазу, очень чувствительны при давленіи. Изслѣдованіе per rectum показываетъ, что правая опухоль значительно вдается въ просвѣтъ прямой кишки, слизистая оболочка которой разрыхлена. Передняя стѣнка сращена, повидимому, съ опухолью.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Salpingo-oophorectomia bilateralis.

Производство операціи 7 ноября 1887 года.

Кольпейринтеръ въ рукавъ. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по linea alba отъ пупка къ лобку длиною $13'/_2$ сант. На края раны 4 провизорныхъ лигатуры. Кишки удерживаются отъ выпаденія 2 небольшими губками.

Правая труба и яичникъ, послѣ разрушенія плотныхъ ложныхъ перепонокъ съ perit. parietale и маткой, извлекаются наружу и послѣ наложенія лигатуры удаляются. При отдѣленіи и извлеченіи сращеній лѣвой трубы, полость этой послѣдней вскрывается. Удаленіе трубы и яичника производится обычными способами. Брюшная рана зашивается 15 швами. Операція продолжается 49 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Пульсъ и t^0 держались все время параллельно. Кромѣ однократнаго повышенія t^0 на 2 сутки до 38,6, она постоянно колебалась въ предѣлахъ нормальныхъ. Обычныя явленія тошноты и рвоты были довольно упорны. Боли продолжались значительное время. Швы сняты на 9 день, prima intentio, при чемъ около одного шва незначительный абсцессъ, давшій дня на 3 повышеніе t^0. Вскорѣ больная совершенно поправилась и выписалась изъ клиники.

Изъ дальнѣйшей судьбы больной намъ извѣстно, что въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ послѣ операціи она не имѣла регулъ, которые стали затѣмъ приходить правильно, хотя количество крови было меньше. Въ это время у больной обнаружилась боль въ правой паховой области, при чемъ изслѣдованіемъ было констатировано присутствіе опухоли, величиной въ орѣхъ, на мѣстѣ культи правой фаллопіевой трубы. Вскорѣ однако все это исчезло, больная пополнѣла и поправилась до неузнаваемости, при чемъ самочувствіе ея сдѣлалось прекрасно.

Описаніе удаленныхъ частей. Оба яичника значительно уменьшены въ объемѣ. Въ одномъ изъ нихъ найдена полость величиною съ лѣсной орѣхъ, съ серознымъ содержимымъ. На разрѣзѣ ткань обоихъ яичниковъ представляется фиброзною, при чемъ въ стромѣ ихъ совершенно отсутствуютъ созрѣв. граафовы пузырьки. Фаллопіевы трубы: правая свернута въ клубокъ и фиксирована въ этомъ положеніи ложными перепонками. Обширныя сращенія соединяютъ ее съ яичникомъ и совершенно закрываютъ наружное отверстіе. Длина трубы 7 сант., стѣнки утолщены, содержимаго въ каналѣ не замѣчается.

Лѣвая труба длиною 8 сант., направленіе ея извилистое, содержимаго нѣтъ; стѣнка утолщена; наружное отверстіе закрыто ложными перепонками и приклеено къ яичнику.

№ 8.

И. К. поступила въ клинику 10 ноября 1887 года. Крестьянка Витебской губ., 24 лѣтъ отъ роду, замужняя. Первые регулы появились на 13 году, до болѣзни приходили черезъ 3 нед. 3 дня. Вышла замужъ на 21 году, рожала 2 раза, въ 1 разъ на 18 году, а въ послѣдній разъ 1 годъ тому назадъ. Начало болѣзни больная относитъ ко времени вскорѣ послѣ первыхъ родовъ (около пяти лѣтъ тому назадъ).

Жалобы на постоянную боль въ поясницѣ, на періодическую боль въ лѣвомъ паху, усиливающуюся при ходьбѣ и распространяющуюся въ лѣвую ногу. Во время регулъ боли внизу живота и въ поясницѣ принимаютъ потугообразный характеръ; за время болѣзни регулы появляются чаще и сдѣлались продолжительнѣе. Количество теряемой крови увеличилось, во время регулъ почти всегда поносы, а между регулами страдаетъ запорами; бѣли.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія, съ ясно выраженной блѣдностью наружныхъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Мочи нормальное количество, она кислой реакціи, безъ осадковъ. Со стороны пищеваренія, кромѣ отсутствія аппетита и сухости во рту (языкъ обложенъ), ничего ненормальнаго не замѣчено. Тоже нужно сказать относительно органовъ дыханія и кровообращенія. Нервное разстройство состоитъ въ безсонницѣ и возбужденномъ состояніи. При пальпаціи нижней части живота, особенно слѣва, обнару-

вается значительная болѣзненность. При внутреннемъ изслѣдованіи матка оказалась смѣщенной вправо и назадъ, незначительно увеличенной и слегка болѣзненной. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется слизь. Por. vagin. цилиндрической формы, обращена впередъ. Черезъ лѣвый чѣмъ опредѣляется эластическая опухоль, шаровидной формы, величиною въ апельсинъ, мало подвижная, болѣзненная, съ рѣзкими контурами. Располагаясь слѣва и позади матки, опухоль эта хотя и рѣзко обособляется посредствомъ довольно глубокой борозды отъ матки, но связана съ лѣвымъ краемъ послѣдней посредствомъ короткой перемычки, отвѣчающей мѣсту положенія яичниковой связки.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis sinistra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia sinistra.

Производство операціи. Во влагалище введенъ кольпейринтеръ Брауна. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по linea alba длиною 16 сант. Толщина подкожнаго жирнаго слоя $2^1/_2$ попер. пальца. Артеріальное кровотеченіе въ нижнемъ углу раны остановлено 4 пинцетами Реап'а. 4 провизорныхъ лигатуры на края брюшнаго разрѣза. Доступъ къ опухоли прегражденъ приросшимъ къ ней сальникомъ, который отдѣляется введенною въ брюшную полость рукою. Вслѣдъ затѣмъ разрываются плотныя старыя перепонки, соединяющія опухоль съ окружающими частями, что позволяетъ вывести ее наружу. Опухоль состоитъ изъ растянутой и извитой фаллопіевой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Посредствомъ троакара она опорожняется отъ своего серознаго содержимаго. Послѣ перевязки широкой связки въ два пучка (изъ которыхъ въ одинъ захвачена часть широкой связки вмѣстѣ съ ligam ovarii и маточнымъ концомъ фаллопіевой трубы, а въ другой lig. infundibulo-pelvicum), опухоль отдѣляется ножницами. Придатки матки съ правой стороны, хотя и имѣли нѣкоторыя перитон. сращенія, но сами по себѣ не представляли видимыхъ патологическихъ измѣненій, почему и не подлежали удаленію. Извлеченіе губокъ и закрытіе брюшной раны помощью 12 швовъ. Продолжительность операціи=50 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Выздоровленіе послѣ операціи было совершенно гладкое. Только на 2 сутки t^0 поднялась вечеромъ до $39{,}2^0$, а затѣмъ до дня выписки не превышала $37{,}5^0$, при пульсѣ 64—72 въ минуту. Рана зажила первымъ натяженіемъ, исключая 2 среднихъ швовъ, гдѣ края раны разошлись и покрылись грануляціями.

Описаніе удаленныхъ частей. Опухоль, величиною въ кулакъ, состоитъ изъ свернутой въ клубокъ и растянутой фаллопіевой трубы и изъ яичника. Отдѣльныя расширенія трубы склеены между собою и съ яичникомъ ложными перепонками. Растяженіе трубы начинается у маточнаго конца ея и постепенно увеличивается къ абдоминальному ея отверстію, которое зарощено. Самое большое по объему концевое растяженіе трубы отстоитъ на 11 сант. отъ маточнаго отверстія ея. Серозное содержимое фаллопіевой трубы=100 куб. сант. Удаленный лѣвый яичникъ=4 сант. въ длину, $1^2/_3$ сант. въ ширину и 6 m.m. въ толщину. На наружномъ концѣ его находится полость, разорвавшаяся при вынимании опухоли изъ брюшной полости. Стѣнки ея въ спавшемся состояніи, внутренняя поверхность гладкая.

При выпискѣ больной 9 декабря 1887 года, внутреннее гинекологическое изслѣдованіе показало: матка подвижна, безболѣзненна, лежитъ въ тазу симметрично относительно его стѣнокъ. На мѣстѣ бывшей опухоли въ лѣвомъ сводѣ прощупывается весьма небольшое разлитое уплотненіе, почти безболѣзненное. Самочувствіе больной вполнѣ хорошо. Отъ прежнихъ болей не осталось и слѣда.

№ 9.

З. Т. поступила въ клинику 28 ноября 1887 года. Петерб. дворянка, 24 лѣтъ отъ роду, замужняя. Регулы появились на 16 году, до болѣзни приходили черезъ 3 недѣли по 3 дня. Вышла замужъ на 18 году, родила 2 раза, въ послѣдній разъ на 20 году, т. е. 4 года тому назадъ. Послѣ родовъ, по словамъ больной, она перенесла тяжкое послѣрод. заболѣваніе, выражавшееся болью внизу живота и высокою t^0 и продержавшее ее 3 мѣсяца въ постели. Къ этому времени она относитъ начало своей болѣзни, которая съ теченіемъ времени все ухудшается. Бѣли были очень обильны и имѣли зеленоватый цвѣтъ.

Жалуется на частое, неправильное появленіе регулъ, которые сопровождаются очень сильными болями и настолько продолжительны и обильны, что имѣютъ характеръ кровотеченія, боли внизу живота, въ лобкѣ и въ паховыхъ областяхъ, равно какъ и въ поясницѣ, существуютъ и внѣ регулъ и усиливаются при ходьбѣ; боль при мочеиспусканіи и частые позывы на мочу; отсутствіе аппетита, запоры, головныя боли, исхуданіе, общую слабость, крайнее нервное разстройство, граничащее съ психозомъ, подъ вліяніемъ котораго у больн. были попытки отравиться; истерич. припадки, безсонницу, кашель.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, истощенная. Крайняя блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Подкожный жирный слой слабо развитъ. Языкъ обложенъ, со стороны органовъ дыханія и кровообращенія никакихъ органическихъ разстройствъ не констатировано. Матка смѣщена и наклонена впередъ, не увеличена, мало подвижна. Длина полости ея=7,5 сант. P. vag. отклонена назадъ, изъ цервикальнаго канала выдѣляется зеленоватая слизистая жидкость. Позади и съ обѣихъ сторонъ матки опредѣляются опухоли, смѣстившія ее впередъ. Правая опухоль величиною въ куриное яйцо, съ рѣзко ограниченными контурами, слегка дольчатая и чувствительная при давленіи, занимаетъ правый и задній сводъ и срощена съ задней поверхностью матки, такъ и съ поверхностью задняго дуглассова пространства. Опухоль, прощупываемая въ лѣвомъ сводѣ, меньшаго объема, чѣмъ правая, болѣе подвижна, болѣзненна и помѣщается слѣва рядомъ съ маткой. И та и другая опухоль соединены съ соотвѣтственными сторонами матки. Животъ при пальпаціи въ нижней своей части болѣзненъ. Въ связи съ менструаціей констатировано періодическое увеличеніе описанныхъ опухолей и уменьшеніе ихъ.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Палліативное лѣченіе въ формѣ отвлекающихъ и разрѣшаю-

щихъ было испытано уже больною въ предъидущіе годы безъ существеннаго облегченія для ея болѣзни. По словамъ больной, ей сдѣлано было abrasio mucosae uteri съ временнымъ улучшеніемъ ея состоянія, именно dismenorройныхъ припадковъ и кровотеченій. Такъ какъ причина всѣхъ болѣзненныхъ явленій, замѣченныхъ у больной, зависитъ отъ заболѣванія фаллопіевыхъ трубъ и яичниковъ, заболѣванія, которое несомнѣнно прогрессируетъ, то больной и предложено радикальное леченіе—salpingo-oophorectomia bilateralis.

Производство операціи 5 декабря 1887 года. Кольпейринтеръ Брауна во влагалище. Брюшной разрѣзъ отъ пупка къ лобку по бѣлой линіи 14 сант. длиною, 2 провизорныхъ лигатуры на края разрѣза, губка въ брюшную полость для предупрежденія выпаденія кишекъ. Первоначально выведена наружу лѣвая опухоль, лежавшая болѣе поверхностно, что удалось безъ особеннаго труда, такъ какъ сращенія ея съ окружающими частями были немногочисленны и легко разрывались. Лѣвый яичникъ содержалъ полость съ голубиное яйцо, наполненную серозной жидкостью, которая въ моментъ извлеченія опухоли излилась въ брюшную полость вслѣдствіе разрыва полости. Отдѣленіе правой опухоли отъ плотныхъ и тѣсныхъ сращеній съ маткой и съ peritoneum дуглассова пространства представляло огромныя затрудненія и удалось только послѣ значительныхъ усилій. Удаленіе обѣихъ опухолей произведено послѣ наложенія лигатуръ, описаннымъ уже въ другихъ случаяхъ способомъ. Извлеченіе губокъ и закрытіе брюшной раны 15 швами. Продолжительность операціи=1 часу. Послѣопераціонное теченіе не оставляло желать ничего лучшаго. Кривая пульса и t^0 были постоянно параллельны другъ другу, причемъ t^0 ни разу не поднималась до 38°. На 17 сутки больная встала съ постели, а на 35 выписалась изъ клиники, чувствуя себя прекрасно.—Вліяніе операціи на улучшеніе общаго состоянія, не говоря уже о мѣстныхъ припадкахъ, было поразительно. Когда больная навѣстила клинику черезъ два съ половиною мѣсяца послѣ операціи, то ее узнать было нельзя. Она имѣла цвѣтущій видъ, съ яркимъ румянцемъ на лицѣ, сильно пополнѣла. Самочувствіе ея какъ физическое, такъ и психическое было превосходно. На мѣстѣ бывшихъ опухолей не удается прощупать даже узелковъ, остающихся обыкновенно на мѣстѣ культи.

Описаніе удаленныхъ частей. Удаленный участокъ правой фаллопіевой трубы свернутъ въ клубокъ и покрытъ ложными перепонками, длиною 9 сант. Полость трубы расширена неравномѣрно. Правый яичникъ длиною 5 сант., шириною $2^3/_4$ сант. и толщиною $1^1/_2$ сант. Въ немъ находится нѣсколько кистовидныхъ полостей. Лѣвый яичникъ длиною $5^3/_4$ сант., шириною $3^3/_4$ сант. и толщиною $1^1/_4$ сант. также заключаетъ въ себѣ кистовидныя полости, изъ которыхъ наибольшая въ спавшемся состояніи, такъ какъ лопнула при извлеченіи. Какъ правая, такъ и лѣвая фаллопіева труба покрыты обрывками ложныхъ перепонокъ. Лѣвая фаллопіева труба длиною 6 сант. измѣнена только въ абдоминальномъ концѣ, гдѣ она утолщена, вслѣдствіе расширенія просвѣта и значительной гипертрофіи ея стѣнокъ, а именно насчетъ слизистой оболочки ихъ, представляющей сильное развитіе складокъ.

№ 10.

М. Т. поступила въ клинику 20 декабря 1887 года. Уроженка Шотландіи, 50 лѣтъ отъ роду, замужняя. Первые регулы появились на 14 году, типъ ихъ до болѣзни былъ черезъ 3 нед. по 5 дней. Вышла замужъ на 20 году, рожала 6 разъ; въ 1 разъ на 21 году, а въ послѣдній 23 года тому назадъ. 2 года назадъ регулы сдѣлались неправильны, т. е. приходятъ часто, иногда черезъ недѣлю, и продолжаются по 7 дней, очень обильны. Такое состояніе ихъ длилось въ теченіи 6 мѣсяцевъ. Затѣмъ они стали правильнѣе, а съ $^1/_2$ года совсѣмъ прекратились.

Жалуется на потугообразныя боли въ лѣвомъ паху, появившіяся 3 года тому назадъ. Боли повторяются 2—3 раза въ недѣлю и продолжаютея по часу. Со времени прекращенія регулъ замѣтно разстроилось мочеиспусканіе, которое иногда бываетъ часто, при чемъ является какъ-бы недержаніе мочи, а иногда въ теченіи $^1/_2$ сутокъ не выдѣляется ни одной капли мочи. Ко всему этому присоединяются боли въ поясницѣ и бёли, начавшіяся послѣ послѣднихъ родовъ.

Status praesens. Брюнетка, небольшаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ обильнымъ развитіемъ подкожнаго жирнаго слоя. Органы дыханія, кровообращенія и пищеваренія не представляютъ ничего ненормальнаго. Суточное количество мочи 800 к. с., насыщенная, уд. в. 1021, остатковъ нѣтъ. Матка норм. величины, смѣщена кпереди влѣво. Длина ея полости 8 сант., наружное отверстіе настолько съужено, что потребовалось расширеніе его ножемъ и бужами, чтобы провести зондъ въ матку. Вслѣдъ за расширеніемъ выдѣлилось изъ матки довольно значительное количество слизистаго секрета. Позади и вправо отъ матки находится опухоль, величиною съ большое куриное яйцо, эластичная, мало подвижная. Опухоль эта фиксирована у праваго крестцово-подвздошнаго соединенія и связана съ маткой, которую она смѣщаетъ описаннымъ выше образомъ. Остальные своды свободны. У наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала полипъ, величиною съ вишню.

Діагнозъ. Hydrosalpingx dextra.

Терапія. Salpingotomia dextra

Производство операціи 14 января 1888 года. Разрѣзъ брюшной стѣнки по linea alba длиною 20 сант. (отъ пупка къ лобку). Губки въ брюшную полость и 4 провизорныхъ лигатуры на края брюшнаго разрѣза. Подкожный жирный слой толщиною въ $4^1/_2$ попер. пальца. По разрѣзѣ сращеній растянутой правой трубы, эта послѣдняя извлекается наружу цѣликомъ и послѣ наложенія лигатуръ удаляется. Брюшная рана закрыта двумя рядами швовъ: глубокій рядъ непрерывнаго кэтгутоваго шва соединяетъ peritoneum, а поверхностные шелковые узловатые швы (числомъ 16) соединяютъ остальные слои разрѣза брюшныхъ стѣнокъ. Операція продолжалась 45 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Послѣопераціонное теченіе не оставляло желать ничего лучшаго. Кромѣ однократнаго повышенія t^0 до 38,3° (на 8

день) не было ничего такого, чтобы могло безпокоить больную и наблюдающаго врача. Пульсъ держался около 80 уд. въ минуту. На 10 день сняты швы (prima intentio), на 14 день позволено ходить, а на 21 день послѣ операціи паціентка выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи половыхъ органовъ передъ выходомъ больной изъ клиники ничего болѣзн. не найдено. Прежнія жалобы совершенно изчезли.

Описаніе удаленныхъ частей. Экстирпированная фаллопіева труба представляетъ очень тонкостѣнный мѣшокъ, наполненный прозрачной серозной жидкостью. Вѣсъ его вмѣстѣ съ жидкостью 107 grm., наибольшій діаметръ=15 сант. и наибольшая окружность=15 сант.

№ 11.

А. Г. поступила въ клинику 4 декабря 1887 года. Дворянка изъ Кронштадта, 29 лѣтъ отъ роду, замужняя. Регулы пришли на 16 году, до болѣзни приходили черезъ 3 нед. по 6 дней, безъ болей. Вышла замужъ на 25 г., была беременна 1 разъ и выкинула на 2 мѣсяцѣ. До замужества была совершенно здорова. Черезъ 3 недѣли послѣ выхода замужъ почувствовала сильныя боли внизу живота, совпавшія съ менструаціей. Съ этого момента она пролежала 6 недѣль въ постели. Съ тѣхъ поръ она хотя и чувствовала себя иногда лучше, но никогда не была вполнѣ здорова, при чемъ съ теченіемъ времени болѣзнь ея видимо усиливается.

Жалуется на боли внизу живота и то въ правой, то въ лѣвой ногѣ, боли въ поясницѣ. Регулы сдѣлались неправильны въ томъ отношеніи, что они сопровождаются сильными болями, продолжающимися долго и послѣ регулъ. Срокъ менструальнаго выдѣленія продолжается только 3 дня, за то послѣ этого съ недѣлю или 1½ недѣли идетъ серозно-кровянистая жидкость, и въ этотъ періодъ боли особенно ожесточаются. Съ теченіемъ болѣзни замѣчается все болѣе и болѣе усиливающееся нервное разстройство въ формѣ раздражительности, возбужденнаго состоянія, безсонницы и по временамъ угнетеннаго состоянія духа и пр. Истерическіе припадки. Частые позывы и рѣзь при мочеиспусканіи.

Status praesens. Блондинка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, прекрасно упитанная. Со стороны пищеварительныхъ органовъ, кромѣ запоровъ и метеоризма, не замѣчено никакихъ неправильностей. Сердце и легкія также не представляютъ никакихъ патологическихъ измѣненій. Мочи нормальное количество, реакція мочи кислая, уд. в.=1017. Животъ внизу и особенно слѣва чувствителенъ при давленіи. Матка наклонена впередъ и влѣво, неувеличена, нормальной консистенціи, вполнѣ подвижна, болѣзненна при давленіи. Длина полости матки=8 сант. Изъ наружнаго зѣва матки выдѣляется обильное количество слизистой жидкости. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается опухоль, величиною съ куриное яйцо, эластической консистенціи, относительно подвижная и болѣзненная. Она помѣщается у лѣваго края матки. У дна же матки, на мѣстѣ отхожденія лѣвой фаллопіевой трубы, опредѣляется другая опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, плотной консистенціи, съ рѣзкими контурами и соединенная съ маткой короткою ножкою. Неоднократно были констатированы при изслѣдованіи колебанія въ величинѣ лѣвой опухоли, образованной изъ трубы и яичника.

Діагнозъ. salpingo-oophoritis sinistra. Polypus uteri subperitonealis.

Терапія. Такъ какъ палліативная терапія въ формѣ мѣстныхъ кровоизвлеченій, болеутоляющихъ и разрѣшающихъ уже испытана больною безъ прочнаго улучшенія ея болѣзненнаго состоянія, то ей и предложено произвести Salpingo-oophorectomi'ю и fibromyomotomi'ю.

Производство операціи. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ отъ пупка къ symphis'ѣ длиною 18 сант., по linea alba, причемъ подкожный жирный слой оказался толщиною въ 4 попер. пальца, а praeperitoneal'ьный жирный слой толщиною въ 1 поперечн. палецъ. Плоская губка въ брюшную полость и двѣ провизорныхъ лигатуры на края брюшнаго разрѣза. Прежде всего извлечена наружу растянутая лѣвая фаллопіева труба и лѣвый яичникъ, послѣ отдѣленія ихъ сращеній. Вслѣдъ за наложеніемъ лигатуры обычнымъ для этихъ случаевъ способомъ, яичникъ и труба удаляются. Затѣмъ выводится въ брюшную рану фиброидъ и также удаляется послѣ предварительной перевязки его ножки. Правая труба также оказалась растянутою, почему и была удалена, тогда какъ правый яичникъ, не представлявшій видимыхъ измѣненій, былъ оставленъ. Брюшная рана зашивается въ 3 яруса такимъ образомъ, что отдѣльно сшивается брюшина непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута, обработаннаго ol. Juniperi, затѣмъ тѣмъ же матеріаломъ и такимъ же способомъ сшивается апоневрозъ прямыхъ мышцъ и наконецъ узловатыми шелковыми швами (12) соединяются края кожной раны. Продолжительность операціи 50 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Сверхъ всякаго ожиданія, послѣопераціонное выздоровленіе было настолько тяжелое, что мы едва не потеряли больную. Уже къ вечеру 1 дня температура поднялась до 38°, а на слѣдующій день она дошла до 39,1°. При дальнѣйшемъ теченіи t-га доходила до 39,7°. Только на 11 день—день снятія швовъ—объяснилось, что было причиною лихорадки. Оказалось, что кожная рана срослась на всемъ протяженіи, за исключеніемъ 2 швовъ въ нижней трети, откуда при давленіи на брюшныя стѣнки выдѣлялось большое количество густаго гноя съ примѣсью огромнаго количества растопленнаго жира, не смѣшивавшагося съ гноемъ. На всемъ протяженіи вдоль брюшной раны, въ границахъ прямыхъ мышцъ опредѣлялся инфильтратъ, очень болѣзненный при давленіи. Въ слѣдующіе дни кожное сращеніе разошлось на значительномъ протяженіи и обнаружило апоневрозъ прямыхъ мышцъ живота. Мы имѣли предъ собою гнойное воспаленіе предбрюшинной и апоневротической клѣтчатки, вызванное, безъ сомнѣнія, недоброкачественнымъ кэтгутомъ (оказалось, что этотъ-же кэтгутъ далъ лихорадочныя движенія и въ случаяхъ кольпо-перинеорафій). Это несчастное обстоятельство такъ осложнило выздоровленіе, что продержало больную 3 мѣсяца въ постели и едва не стоило ей жизни. Зато въ настоящее время больная чувствуетъ себя очень хорошо и вполнѣ освободилась отъ всѣхъ припадковъ бывшей болѣзни.

Описаніе удаленныхъ частей. Правая фаллопіева труба растянута на своемъ абдоминальномъ концѣ и наполнена серозно-кровянистой жидкостью.

Стѣнка ея микроскопически мало измѣнена и на серозномъ покровѣ трубы не видно слѣдовъ сращеній. Лѣвый яичникъ и фаллопіева труба сращены между собою ложными перепонками. Яичникъ уменьшенъ въ объемѣ. Абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы растянутъ и приращенъ къ яичнику. Длина обѣихъ фаллопіевыхъ трубъ=около 8 сант.

№ 12.

Ѳ. З. поступила въ клинику 29 января 1888 года. Жена писаря, 27 лѣтъ отъ роду. Первые регулы появились на 13 году, типъ регулъ черезъ 3 нед. по 7 дней. Вышла замужъ 16 лѣтъ, беременна не была ни разу. Съ первыхъ же мѣсяцевъ послѣ замужества стала страдать бѣлями и болями внизу живота, время отъ времени достигавшими такой сильной степени, что больная принуждена была подолгу лежать въ постели. Въ теченіи болѣзни больная 8 разъ пользовалась больничнымъ леченіемъ. Обострeніе болей совпадало почти всегда съ регулами. Кромѣ того, вскорѣ послѣ замужества больная имѣла бубоны, вскрывшіеся самопроизвольно. Жалуется на боли внизу живота, особенно передъ и во время регулъ, частые позывы на мочеиспусканіе, запоры, тошноту, тяжесть подъ ложечкой, головныя боли, головокруженіе, нервное состояніе, общую слабость, безсонницу и пр.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и пищеварительныхъ не замѣчается ничего ненормальнаго. Матка смѣщена впередъ и влѣво, нормальной величины, ограниченно подвижна, при давленіи болѣзненна, зѣвъ круглой формы, какъ у нерожавшей. Въ правомъ и заднемъ сводахъ прощупывается эластическая опухоль, величиною въ апельсинъ, неправильной формы, рѣзко очерченная, подвижная и болѣзненная. Она соединяется съ правымъ краемъ матки, соотвѣтственно мѣсту отхожденія отъ послѣдней связки яичника. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется меньшая опухоль.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 6 февраля 1888 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ обычный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною въ 16 сант., артеріальное кровотеченіе остановлено скручиваніемъ сосудовъ.

Наложено по 2 провизорныхъ лигатуры съ каждой стороны на краяхъ брюшнаго разрѣза. Въ полость peritonei губка для удержанія кишекъ. Правая опухоль, состоящая изъ растянутой трубы и кистовидно перерожденнаго яичника, послѣ разрыва старыхъ плотныхъ сращеній съ маткой, прямой кишкой и perit. parietale выведена изъ брюшной полости, при чемъ кистовидная полость въ яичникѣ разорвалась и серозное содержимое ея излилось въ брюшную полость.

Послѣ наложенія лигатуръ (въ 2 пучка) труба и яичникъ удалены. Лѣвые придатки матки также оказались измѣненными (хотя въ меньшей степени) вслѣдствіе хроническаго ихъ воспаленія, почему по извлеченіи

ихъ удалены тѣмъ же способомъ. Туалетъ брюшной полости и закрытіе брюшной раны 12 шелковыми швами. Операція продолжалась 45 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Въ первые 3 сутокъ, кромѣ обычныхъ явленій тошноты, рвоты и жалобы на боли въ животѣ, ничего угрожающаго не наблюдалось. Начиная же съ 4 дня t^0 представляла значительныя колебанія, доходившія до 39,7° С.

При снятіи швовъ обнаружилось, что въ нижнемъ углу раны, въ толщѣ наружныхъ покрововъ, на мѣстѣ одного шва образовался небольшой абсцессъ, со вскрытіемъ котораго t^0 приходитъ къ нормѣ и остается таковою до конца пребыванія больной въ клиникѣ.

4 марта больная выписалась изъ клиники, причемъ изслѣдованіемъ было констатировано слѣдующее.

Матка нормальной величины, подвижна, въ anteversio. Лѣвый сводъ свободенъ, правый же и задній заняты плотнымъ слегка болѣзненнымъ экссудатомъ. Самочувствіе хорошо. Черезъ годъ больная снова стала жаловаться на боли внизу живота. У мужа свѣжая гоноррея.

Описаніе удаленныхъ частей. Лѣвый яичникъ и брюшной конецъ лѣвой фаллопіевой трубы склеены между собою обширными ложными перепонками. Длина яичника=2,5 сант., ширина=2 сант. и толщина=3/4 сант. Въ ткани яичника находятся нѣсколько старыхъ и одно свѣжее желтое тѣло. Свернутая въ клубокъ фаллопіева труба длинною=5 сант. Труба утолщена, просвѣтъ ея незначительно растянутъ, слизистая оболочка сильно гипертрофирована, брюшной конецъ ея зарощенъ. Слизистая оболочка правой фаллопіевой трубы еще сильнѣе гипертрофирована и на брюшномъ концѣ она растянута и зарощена. Ширина вскрытой въ этомъ мѣстѣ трубы=2 сант. Длина удаленнаго отрѣзка трубы=7 сант. Конецъ трубы срощенъ съ поверхностью яичника, заключающаго въ себѣ кистовидную полость величиною съ апельсинъ. На внутренней поверхности кисты видны остатки перегородокъ. На одномъ полюсѣ кисты и теперь еще сохранилась не вскрывшаяся изолированная кистовидная полость величиной въ грецкій орѣхъ. Въ полости ея замѣтны слѣды свѣжаго кровоизліянія.

№ 13.

Е. Ч. поступила въ клинику 31 января 1888 года. Больная 26 лѣтъ, жена студента, занимается домашнимъ хозяйствомъ, родилась въ Петербургѣ, гдѣ и живетъ постоянно. Первые регулы пришли на 13 году и стали повторяться правильно черезъ 4 недѣли по 5 дней, въ обильномъ количествѣ. На 17 году вышла замужъ и черезъ годъ родила 7 мѣсячнаго ребенка. Черезъ годъ появились боли въ лѣвомъ паху рядомъ съ лихорадочными движеніями, что заставило больную пролежать въ постели нѣсколько недѣль. Затѣмъ она оправилась и въ теченіи 3 лѣтъ была здорова, хотя по временамъ, особенно послѣ coitus'a, появлялись боли въ лѣвомъ паху.

Таково было состояніе больной до выкидыша (на 2 мѣсяцѣ), послѣ котораго появились хроническіе запоры, затѣмъ присоединилось нервное

разстройство, истерическіе припадки, но болей почти не было. Послѣ выкидыша и до послѣдняго времени мѣсячныя продолжались лишь по 2 дня, въ скудномъ количествѣ. Около года появились сильныя боли въ правомъ паху; эти боли были преимущественно по ночамъ. Теперь жалуется на постоянныя боли въ пахахъ, бѣли.

Status praesens. Больная небольшаго роста, брюнетка, правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, анемична. Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и др. патологическихъ измѣненій не найдено. При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vagin. направлено кзади, цилиндрической формы, передняя губа гипертрофирована. Матка нормальнаго объема и консистенціи, не болѣзненна, мало подвижна, въ положеніи anteversio et lateropositio sinistr. Это смѣщеніе матки обусловливается присутствіемъ опухоли, лежащей кзади и вправо отъ нея. Опухоль эта, величиной съ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, болѣзненна, мало подвижна, прилегаетъ къ правому боку матки, отдѣляясь отъ нея бороздой.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis dextra.

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 10 февраля 1888 года. Толстая брюшная стѣнка съ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, развитымъ до толщины 4 пальцевъ, вскрыта на протяженіи 19 сант. При изслѣдованіи черезъ рану найдено: правая труба утолщена и немного растянута, срощена съ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ, опухоль склеена съ окружающими частями старыми ложными перепонками. При разъединеніи этихъ сращеній киста лопнула и въ брюшную полость вытекла заключавшаяся въ ней мутная жидкость, не имѣющая запаха, похожая на гной. Жидкость была удалена губками, опухоль выведена наружу и удалена, послѣ перевязки ея ножки въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой. Полость peritonei промыта теплымъ салициловымъ растворомъ 1 : 1000. Брюшная рана зашита 11 шелковыми швами. Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ. Въ первые дни наблюдались незначительная тошнота, рвота, метеоризмъ, умѣренныя боли внизу живота. На вторые сутки, при вполнѣ благопріятномъ состояніи больной, t^0 поднялась до 38,9° при соотвѣтствующемъ учащеніи пульса. Съ этого дня начинается длительная лихорадка. На 11 день при снятіи швовъ оказалось, что между 5—6 швами снизу находится свищевой ходъ, откуда выдѣляется гной. Въ слѣдующіе дни, почти на протяженіи половины разрѣза, края раны разошлись вслѣдствіе нагноенія въ подкожной клѣтчаткѣ, гдѣ образовалась полость, имѣющая 6 сант. въ діаметрѣ. Изъ этой полости ежедневно въ теченіи мѣсяца отдѣлялось около унціи гноя, затѣмъ количество его значительно уменьшилось, но вслѣдъ затѣмъ выше образовался новый абсцессъ, скоро затѣмъ выполнившійся грануляціями. Полость промывалась ежедневно 2% acid. carbol. и въ нее вводилась дренажная трубка. На 71 день больная выписалась; въ нижней трети рубца еще остается фистулезное отверстіе, пропускающее тонкій дренажъ; изъ отверстія въ небольшомъ количествѣ при надавливаніи отдѣляется доброкачественный гной. При изслѣдованіи per vaginam: port. vaginal. обращена кзади, контуры матки не опредѣляются ясно, такъ какъ вокругъ нея находится плотный, болѣзненный эксудатъ.

Описаніе препарата. Препаратъ представляетъ толстостѣнный мѣшокъ, образованный на счетъ ткани яичника, съ нимъ плотно соединена труба, на всемъ своемъ протяженіи. Труба на протяженіи 7 сант. имѣетъ довольно прямое направленіе, затѣмъ дѣлаетъ крутой изгибъ и наружный конецъ ея совершенно теряется среди многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ. Просвѣтъ трубы незначительно увеличенъ и выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Толщина стѣнокъ увеличена, по мѣстамъ равна ½ сант. Яичникъ представляется кистовидно-перерожденнымъ. Сторона его, обращенная свободно въ полость peritonei и ближайшая къ маточному концу трубы, образуетъ стѣнку полости въ небольшое куриное яйцо. Внутренняя стѣнка гладка, снаружи видны заключенные въ стѣнкахъ небольшіе кистовидные мѣшечки (граафовы пузырьки) величиной съ горошину. Наружный конецъ яичника имѣетъ нѣсколько полостей отъ горошины до лѣснаго орѣха величиной; съ внутренней поверхности нѣкоторыя полости усажены папилломатозными разрощеніями и наполнены коллоидной жидкостью.

№ 15.

А. С. поступила въ клинику 10 февраля 1888 г. Рижская мѣщанка, 42 лѣтъ, замужняя. Первые регулы появились на 15 году, типъ ихъ до болѣзни черезъ 4 нед. 3 дня. Вышла замужъ на 22 году, беременна не была. Начало болѣзни обнаружилось кровотеченіями, появившимися 1 г. и 2 мѣсяца тому назадъ, до того же времени паціентка считала себя здоровой. Сказанныя маточныя кровотеченія, съ небольшими свѣтлыми промежутками, продолжаются до сихъ поръ. Жалуется на неправильность регулъ въ формѣ кровотеченія, боль и тяжесть внизу живота, особенно справа, головныя боли, сердцебіеніе, раздражительность и общую слабость. Аппетитъ и сонъ довольно хороши.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія. Органы дыханія и кровообращенія не представляютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Пищевареніе вполнѣ правильно. Матка искривлена впередъ подъ прямымъ угломъ и смѣщена въ лѣвую сторону и впередъ, нормальнаго объема и консистенціи, мало подвижна, почти безболѣзненна. Смѣщеніе матки произведено опухолью, прощупываемой чрезъ правый и задній сводъ. Опухоль помѣщается справа и позади матки, выполняя собою значительную часть excavatio sacralis. Опухоль величиною въ большое куриное яйцо, эластична, малоподвижна и связана съ маткой, отъ которой она, однако, ясно отдѣляется глубокою бороздою, опредѣляемою черезъ сводъ. P. vaginalis и наружный зѣвъ, какъ у нерожавшей. Изъ цервикальнаго канала выдѣляется въ небольшомъ количествѣ мутная слизистая жидкость.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis chronica dextra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 18 февраля 1888 г. Брюшной разрѣзъ отъ пупка до лобка по бѣлой линіи длиною 16 сант., 4 провизорныхъ лигатуры на края брюшнаго разрѣза. Операторъ, войдя лѣвою рукою въ тазовую полость, находитъ справа отъ матки опухоль, замкнутую въ капсулѣ изъ ложныхъ перепонокъ. По разрывѣ капсулы, опухоль (hydrosalpinx) захватывается рукою и вытягивается наружу. Во время этого акта истонченная стѣнка трубы лопается и серозное ея содержимое изливается въ брюшную полость. Послѣ наложенія лигатуры на извлеченную трубу (подлѣ угла матки), она удаляется. Атрофированный и окутанный старыми ложными перепонками яичникъ не могъ быть отысканъ и остался поэтому въ тазу. Лѣвые придатки матки также представляли явленія хроническаго воспаленія, хотя въ гораздо меньшей степени, почему и невозможно было діагносцировать ихъ до операціи. Лѣвый яичникъ, увеличенный въ объемѣ, весь состоитъ изъ небольшихъ (до грецкаго орѣха) кистовидныхъ полостей. Содержимое этихъ полостей—серозное. На передней поверхности яичника свѣжее желтое тѣло. Лѣвая труба, увеличенная въ объемѣ близь абдоминальнаго конца своего, послѣ извлеченія наружу и наложенія лигатуры на маточный конецъ ея вмѣстѣ съ lig. ovarii., удаляется вмѣстѣ съ яичникомъ. Брюшная рана закрыта 12 швами. Продолжительность операціи 43 мин.

Послѣопераціонное теченіе. Выздоровленіе больной, ненарушаемое никакими серьезными болѣзненными явленіями, угрожавшими жизни больной, было тѣмъ не менѣе не совсѣмъ гладко. Со втораго-же дня у нея появилось выдѣленіе крови изъ матки, прекратившееся только за недѣлю до выхода ея изъ клиники. Перитонитическія боли также очень долго мучили больную. Температура, въ первые сутки доходившая до 38°, затѣмъ пала до нормы и оставалась таковою въ теченіи 2 недѣль. Съ этого-же времени она стала постепенно подниматься и дошла одинъ разъ до 40° (на 4 недѣлѣ) съ тѣмъ, чтобы въ теченіи нѣсколькихъ дней опуститься до нормы, каковою она и осталась до выхода больной изъ клиники (черезъ 5 недѣль). Лихорадочныя движенія нужно объяснить значительнымъ экссудативнымъ пельвеоперитонитомъ на мѣстѣ экстирпированныхъ трубъ. Позднѣе-же поднятіе t-ры (на 4 недѣлѣ), дошедшей до 40°, совпало со временемъ, долженствовавшаго быть менструальнаго процесса, который вызвалъ обостреніе воспалительныхъ измѣненій въ тазу вслѣдствіе прилива крови, обусловленнаго рефлекторно, оставленнымъ въ ложныхъ перепонкахъ правымъ яичникомъ. Этимъ-же нужно объяснить и указанное маточное кровотеченіе въ послѣопераціонномъ періодѣ. Въ послѣднюю недѣлю пребыванія больной въ клиникѣ, всѣ какъ субъективныя, такъ и объективныя явленія однако исчезли, такъ что она выписалась въ удовлетворительномъ состояніи. Въ день выписки внутреннее изслѣдованіе больной показало слѣдующее: Uterus въ anteflexio, подвижность его ограничена. Какъ правый, такъ особенно лѣвый сводъ занятъ перитонитическимъ экссудатомъ, который слѣва поднимается на 2 пальца надъ лѣвой горизонтальной вѣтвью лобковой кости.

Описаніе препарата. Длина правой фаллопіевой трубы=11 сант., она растянута серозной жидкостью; наибольшее растяженіе находится у абдоминальнаго конца (до размѣровъ куринаго яйца), который зарощенъ. Стѣнки трубы очень истончены. Лѣвая труба также увеличена въ объемѣ, но не столько отъ растяженія содержимымъ, сколько отъ сильной гипертрофіи ея слизистой оболочки. Лѣвый яичникъ превращенъ въ конгломератъ небольшихъ кистъ, изъ которыхъ самая большая достигла величины грецкаго орѣха. Всѣ онѣ наполнены прозрачной серозной жидкостью.

№ 15.

М. Ч. поступила въ клинику 18 января 1888 г. Вдова врача, 31 года отъ роду. Первые регулы появились на 13 году, типъ регулъ до болѣзни 3 нед.—6 дней. Вышла замужъ на 17 году, рожала 2 раза, въ первый разъ на 18 году, а въ послѣдній разъ 9 лѣтъ тому назадъ. Начало болѣзни наступило, по словамъ больной, 8 лѣтъ тому назадъ, послѣ купанія въ Невѣ во время регулъ. Обнаружившіяся потугообразныя боли внизу живота заставили ее лечь въ клинику, гдѣ получила облегченіе, но никогда съ тѣхъ поръ не чувствовала себя въ этомъ отношеніи совершенно здоровою

Жалуется на боли внизу живота, особенно слѣва, боли въ лѣвой ногѣ и поясницѣ. Регулы запаздываютъ (приходятъ черезъ 4½ нед.) и кровь идетъ въ гораздо меньшемъ количествѣ, чѣмъ прежде, съ сильными болями. Кромѣ того жалуется на постоянныя головныя боли, шумъ въ ушахъ, нервное разстройство съ очень частыми истерическими припадками, появляющимися преимущественно во время регулъ, бозсонницу, боли подъ ложечкой, отсутствіе аппетита, запоры, частые позывы на мочеиспусканіе, повременамъ усиливающіяся бѣли.

Status praesens. Брюнетка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Брюшныя стѣнки сильно растянуты, наклонность къ метеоризму. Языкъ обложенъ. Ни со стороны органовъ дыханія, ни кровообращенія не замѣчено ничего ненормальнаго, кромѣ постоянной значительной частоты пульса, доходящаго до 95 ударовъ въ минуту. Животъ въ нижней своей части при пальпаціи очень чувствителенъ. Матка смѣщена и отклонена назадъ, приращена задней своей поверхностью, такъ что не можетъ быть репонирована. Какъ правый, такъ и лѣвый своды заняты развитыми, безъ рѣзкихъ границъ опухолями, которыя до того болѣзненны при пальпаціи, что за каждымъ почти продолжительнымъ изслѣдованіемъ наступаетъ истерическій припадокъ. Трубы и яичники неопредѣляются. Portio vaginalis цилиндрической формы, изъ зѣва незначительное слизистое выдѣленіе. Ruptura perinei (2 ст.).

Діагнозъ. Perimetr. chronic. Perisalpingitis et perioophor. chronica bilateralis. Retropositio uteri.

Терапія. Въ виду того, что больной безуспѣшно испытана медикаментарная терапія, ей предложена salpingo-oophorectomia.

Производство операціи. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по linea alba отъ лобка къ пупку длиною 19 сант. Толщина подкожнаго жирнаго слоя равна 4 поперечнымъ пальцамъ; двѣ провизорныхъ лигатуры на края раны. По вскрытіи брюшины, прежде всего, обнаружилось, что свободный край

сальника плотно приращенъ къ передней брюшной стѣнкѣ на уровнѣ входа въ малый тазъ и вполнѣ преграждалъ доступъ въ него. По отдѣленіи сращеній рукою, эта послѣдняя была введена въ полость малаго таза, причемъ было констатировано, что матка находилась въ положеніи ретроверсіи и приращена къ прямой кишкѣ, такимъ образомъ, что заднее дугласово пространство было вполнѣ изолировано. Сращенія матки были такъ тѣсны, что ее едва удалось отдѣлить отъ прямой кишки. Только послѣ этого рука проникла въ заднее дугласово пространство и можно было приступить къ опредѣленію положенія придатковъ матки. Въ неопредѣленной массѣ опухолей, помѣщавшихся по обѣимъ сторонамъ матки, сквозь плотныя ложныя перепонки удавалось прощупать съ той и другой стороны по одному болѣе ограниченному узлу, которые соотвѣтствовали, очевидно, яичникамъ. Абдоминальные концы фаллопіевыхъ трубъ представляли весьма незначительное растяженіе. Только медленно, шагъ за шагомъ, разрывая плотныя перепонки, рука оператора дошла до этихъ узловъ и съ большими усиліями могла вывести яичникъ и фаллопіеву трубу наружу, сначала слѣва, а потомъ справа. Удаленіе ихъ произведено описаннымъ уже неоднократно способомъ. Большаго кровотеченія изъ разорванныхъ ложныхъ перепонокъ не наблюдалось. Брюшная рана закрыта 15 швами. Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Въ 1 и 2 день наблюдалось повышеніе темпер. до 38,6° С., сопровождавшееся сильными болями въ животѣ и кровянистымъ выдѣленіемъ изъ матки, начавшимся на 2 сутки и продолжавшимся до 6 сутокъ. Брюшная рана зажила per primam intentionem. Больная выписалась на 22 день послѣ операціи. При выпискѣ найдено: матка увеличена и искривлена впередъ. Въ сводахъ незначительное разлитое уплотненіе. Самочувствіе очень хорошее.

Описаніе препарата. Правая труба срощена наружнымъ концемъ съ яичникомъ и обильно окутана ложными перепонками. Ostium abdominale проходимо, бахромки укорочены и утолщены, маточный конецъ не представляетъ измѣненій. У наружнаго конца hydatis Morgagni величиной съ горошину, труба немного утолщена и извилиста.

Лѣвая труба покрыта еще большимъ количествомъ ложныхъ перепонокъ, свернута клубкомъ и представляетъ обширныя сращенія съ яичникомъ. Оба конца трубы проходимы. Нѣкоторыя бахромки втянуты внутрь. Труба немного утолщена. Оба яичника уменьшены и покрыты ложными перепонками.

№ 16.

Д. Л. поступила въ клинику 31 января 1888 года. Больная 29 лѣтъ, дворянка, православнаго вѣроисповѣданія, родилась въ Ковно, живетъ въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя крови появились на 13 году и сразу типъ ихъ установился черезъ 3 недѣли по 3 дня. Замужъ вышла 10 лѣтъ тому назадъ и вскорѣ забеременѣла. На 6 мѣсяцѣ беременности послѣдовали роды, послѣ которыхъ была больна въ теченіи

3 мѣсяцевъ, причемъ были знобы, лихорадка, обильныя бѣли. Съ этого времени появились боли внизу живота съ лѣвой стороны, во время coitus'a боли усиливаются; сильнѣе онѣ бываютъ и принимаютъ схваткообразный характеръ за 2 дня до регулъ, а съ началомъ отдѣленія крови боли стихаютъ. Въ теченіи болѣзни бывали періодически то ухудшеніе, то улучшеніе всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ. Въ послѣднее время присоединились головокруженіе, тошнота, нервное разстройство, истерическіе припадки.

Status praesens. Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія, очень блѣдная и истощенная особа. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего ненормальнаго не найдено. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка отклонена вправо, въ anteversio, объемъ и консистенція нормальны, подвижность ограничена, port. vaginal. направлена кзади. Черезъ лѣвый сводъ прощупывается опухоль величиною въ гусиное яйцо. Опухоль эта лежитъ слѣва и немного сзади матки и отдѣляется отъ нея бороздой. Опухоль имѣетъ неправильно-дольчатую форму и представляетъ эластическую консистенцію, подвижность ея весьма ограничена. Придатки матки на правой сторонѣ не представляютъ патологическихъ измѣненій.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis sinistra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 12 марта 1888 года. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ 18 сант., при изслѣдованіи черезъ рану оказывается, что опухоль образована растянутой лѣвой трубой, представлявшей обширныя сращенія съ окружающими частями, маткой, прямой кишкой и perit. pariet. Мѣшокъ пунктированъ тонкимъ троакаромъ, причемъ вытекла прозрачная жидкость съ зеленоватымъ оттѣнкомъ; затѣмъ съ значительными усиліями труба была выведена наружу, такъ какъ она представляла обширныя сращенія съ широкой связкой, то подъ опухолью былъ наложенъ рядъ цѣпеобразныхъ, захватывающихъ другъ друга лигатуръ (3 двойн. лигат.) и выше ихъ труба была отдѣлена ножницами. Культя опущена въ полость таза и брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операція продолжалась 1 часъ 8 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ. Первые два дня оперированную безпокоили рвота и боли въ животѣ, потомъ онѣ утихли. Т-ра при соотвѣтствующемъ пульсѣ давала временныя повышенія до 38,4°, затѣмъ все время оставалась нормальной. На 10 день сняты швы — первое натяженіе. На слѣдующій день появились регулы и продолжались 5 дней, сопровождаясь болями въ крестцѣ.

На 26 день выписалась изъ клиники здоровой. При изслѣдованіи: матка въ anteversio, подвижность ея ограничена, въ лѣвомъ сводѣ въ области культи разлитое уплотненіе, слегка болѣзненное, правый и задній своды свободны.

№ 17.

Е. К. поступила въ клинику 29 сентября 1889 года. Больная 30 лѣтъ, жена ремесленника, православнаго вѣроисповѣданія, родилась и живетъ въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови появились на 14 году и повторялись 7 дней—черезъ 4 нед. Вышла замужъ на 20 г., беременной никогда не была. 9 л. тому назадъ въ первый разъ появились боли внизу живота справа и въ поясницѣ; эти боли бывали сначала по временамъ, а затѣмъ сдѣлались постоянными и усилились. Боли имѣютъ характеръ ноющій, но иногда дѣлаются острыми, колющими, причемъ отдаютъ въ поясницу, а въ послѣдніе два года стали отдавать и въ правую ногу. За день до регулъ боли усиливаются, съ появленіемъ же ихъ нѣсколько стихаютъ. Въ послѣдніе 1/2 года стала болѣть и лѣвая сторона живота въ нижнихъ частяхъ. Менструаціи запаздываютъ на нѣсколько дней и теперь продолжаются лишь 3 — 4 дня въ скудномъ количествѣ.

Status praesens. Больная блондинка, небольшаго роста, хорошаго тѣлосложенія, съ обильнымъ развитіемъ подкожнаго жира. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, не болѣзненна, съ ограниченной подвижностью, смѣщена немного влѣво и наклонена дномъ своимъ въ ту-же сторону. Смѣщеніе матки обусловливается присутствіемъ опухоли, расположенной съ правой стороны ея. Опухоль тѣсно примыкаетъ къ правому боку матки, величиной съ кулакъ; поверхность ея гладкая, консистенція эластическая, подвижность ограничена. Съ лѣвой стороны—другая опухоль съ крупное куриное яйцо, мало подвижная, эластической консистенціи, отъ матки отдѣлена не глубокой бороздой.

Діагнозъ Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 29 октября 1888 года. Разрѣзъ въ 18 сант. При изслѣдованіи черезъ рану: отъ праваго угла матки отходитъ опухоль, образованная растянутой трубой и кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ. Опухоль эта представляетъ обширныя сращенія съ сальникомъ, съ боковой поверхностью матки и съ заднимъ дугласовымъ пространствомъ. Сращеніе съ сальникомъ было перерѣзано по наложеніи лигатуры, затѣмъ съ большими усиліями разъединены пальцами другія сращенія, причемъ труба и киста яичника лопнули и прозрачное серозное содержимое излилось въ брюшную полость. Затѣмъ опухоль выведена и удалена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Лѣвая труба была немного растянута и окутана ложными перепонками, которыя разорваны и опухоль удалена, какъ и предъидущая. Рана закрыта 12 глубокими и 2 поверхностными швами. Операція продолжалась 55 мин.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безлихорадочно. Выдѣленіе крови изъ влагалища, начавшееся на 2 день, продолжалось съ перерывами до 8 дня. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. На 21 день выписалась изъ клиники здоровой.

При изслѣдованіи: матка подвижна; справа, на мѣстѣ культи, эксудатъ съ голубиное яйцо, слѣва меньшей величины.

Описаніе препарата. Опухоль правой стороны представляетъ лопнувшую во время операціи полость въ яичникѣ, имѣвшую величину въ куриное яйцо и наполненную серозной жидкостью. Внутренняя поверхность гладкая, на наружной видны многочисленныя ложныя перепонки и кусокъ прирощеннаго сальника. По поверхности ея пробѣгаетъ труба, плотно спаянная съ ней. Наружный конецъ трубы зарощенъ, бахромокъ не видно, растянутъ въ мѣшокъ, имѣющій въ діаметрѣ 3 сант.; стѣнки ея толще нормальнаго. Слизистая оболочка утолщена, красновато-багроваго цвѣта. Отдѣльныя складки по мѣстамъ срощены другъ съ другомъ и представляются въ видѣ тонкихъ длинныхъ и вѣтвистыхъ образованій. Труба имѣетъ весьма извилистое направленіе.

Лѣвая опухоль, величиной съ куриное яйцо, состоитъ какъ-бы изъ 2 отдѣльныхъ долей, раздѣленныхъ не глубокимъ перехватомъ; одинъ отдѣлъ опухоли образованъ растянутымъ концомъ трубы съ закрытымъ ostium abdominale, причемъ бахромки совершенно не видны; другой отдѣлъ опухоли образованъ остальной частью трубы, свернутой въ клубокъ и окутанной ложными перепонками. На разрѣзѣ, проведенномъ черезъ этотъ отдѣлъ опухоли, въ одной плоскости видно до 4 сѣченій трубы и между ея отдѣльными колѣнами находится опухоль, принадлежащая, повидимому, сильно атрофированному яичнику. Слизистая оболочка трубы имѣетъ такія-же свойства, какъ и на правой сторонѣ.

№ 18.

Е. И. поступила въ клинику 15 октября 1888 года. Больная 22 лѣтъ отъ роду, родилась въ Новогородской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, замужняя, портниха, живетъ въ Петербургѣ. Первыя крови пришли на 15 году, повторялись черезъ 3—3 1/2 недѣли по 7 дней, беременной никогда не была. Три года тому назадъ черезъ три мѣсяца послѣ перваго coitus'a, появились боли внизу живота. Эти боли тупаго характера, остались постоянными и постепенно все усиливались. Къ нимъ присоединились острыя, рѣжущія боли, появляющіяся за 2 дня до регулъ. Эти боли охватываютъ правую паховую область и отсюда распространяются на весь животъ и поясницу. Боли эти продолжаются то нѣсколько часовъ, то сутки. Съ появленіемъ крови онѣ немного меньше. Постепенно боли дошли до такой интенсивности, что больная должна нѣкоторое время лежать въ постели въ началѣ менструаціи. Со времени заболѣванія регулы сдѣлались обильнѣе и чаще, черезъ 1 1/2—2 нед. по 7—9 дней. Бѣли сукровичныя, грязныя, выдѣляются въ большомъ количествѣ. По временамъ бывало жженіе при мочеиспусканіи. Coitus остался безболѣзненнымъ.

Жалуется на боли внизу живота, бѣли, общую слабость, исхуданіе, головныя боли, головокруженіе.

Status praesens. Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія, съ значительно разстроеннымъ питаніемъ, цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ

крайне блѣдный. Со стороны органовъ пищеваренія: вялыя отправленія кишечника, отсутствіе аппетита, увеличенная жажда.

При бимануальномъ изслѣдованіи: матка въ рѣзкой anteflexio, небольшой величины, мало подвижна. Отъ праваго угла ея отходитъ опухоль продолговатая, величиной въ куриное яйцо, плотной консистенціи. Отъ лѣваго угла матки отходитъ такая же опухоль, спускающаяся въ заднее дугласово пространство и оканчивающаяся здѣсь вздутіемъ.

При изслѣдованіи передъ наступленіемъ менструаціи опухоль съ правой стороны значительно уменьшилась въ объемѣ, лѣвая-же опухоль прощупывается гораздо яснѣе.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex gonorrhoica.

Терапія. Salpingo-oophorectomia duplex.

Производство операціи 5 ноября 1888 года. Разрѣзъ въ 12 сант. При изслѣдованіи черезъ рану: трубы срощены съ яичниками, но не представляютъ срощеній съ сосѣдними частями. При выведеніи правой опухоли наружный конецъ трубы, приросшенный нѣжными срощеніями къ яичнику, отклеился отъ послѣдняго, причемъ вытекло около чайной ложки гноя, находившагося въ трубѣ. Гной не попалъ въ брюшную полость, а смочилъ лишь поверхность разрѣза брюшной стѣнки. Выведенная опухоль была тщательно окружена со всѣхъ сторонъ и затѣмъ отдѣлена, по перевязкѣ ножки въ два пучка. Затѣмъ и лѣвые придатки были удалены также. Культи тщательно вытерты 2% карболовымъ растворомъ и опущены въ полость таза. Рана зашита 11 глубокими швами. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Въ продолженіи 5 дней оперированную нѣсколько безпокоили тошнота и рвота. Температура не превышала 37,9°. На 3 день показались крови, продолжавшіяся съ перерывами до 9 дня. На 10 день сняты швы—первое натяженіе; на 17 день встала съ постели. На 21 появились боли внизу живота съ лѣвой стороны и въ лѣвой ногѣ до колѣна; t° къ вечеру поднялась 38,5°. Лихорадка держалась 7 дней. При изслѣдованіи съ лѣвой стороны небольшой эксудатъ, не доходящій до стѣнки таза. Больная пролежала въ постели 12 дней, на 37 день выписалась, вполнѣ оправившись.

Описаніе препарата. Правая труба сильно извилиста, свернута клубкомъ, такъ что маточный конецъ ея находится рядомъ съ наружнымъ. Отдѣльные участки трубы плотно склеены другъ съ другомъ въ этомъ положеніи ложными перепонками. Стѣнки трубы утолщены, діаметръ трубы въ серединѣ больше 1 сантиметра. Наружный конецъ вдвое толще и представляетъ изъ себя воронку, широкимъ отверстіемъ своимъ приклеенную къ яичнику, въ которомъ на соотвѣтствующемъ мѣстѣ есть небольшое углубленіе. Между этими органами находилась полость, изъ которой вытекло небольшое количество гноя; каналъ трубы выполненъ набухшей гиперемированной слизистой оболочкой, покрытой слоемъ гноя.

Яичникъ имѣетъ нормальные размѣры.

Лѣвая труба на внутренней половинѣ утолщена до размѣра мизинца, имѣетъ слегка изогнутое направленіе, покрыта гладкой серозной оболочкой. Каналъ также выполненъ набухшей слизистой оболочкой съ гноемъ

Въ наружной половинѣ каналъ расширяется въ мѣшокъ и стѣнки трубы истончаются. Растянутая часть трубы образуетъ изгибы и наружнымъ концемъ приросщена къ яичнику. Полость мѣшка наполнена густымъ гноемъ, отъ бахромокъ не видно слѣдовъ.

№ 19.

М. У. поступила въ клинику 3 ноября 1888 года. Больная 27 лѣтъ, крестьянка, портниха, незамужняя, родилась и живетъ въ Петербургѣ. Первые регулы явились на 18 году и стали появляться черезъ 3½ нед. 3 дня. На 19 году послѣ перваго coitus'a забеременѣла, но на 2 мѣсяцѣ послѣдовалъ оборотъ. Съ этого времени регулы стали сопровождаться болями,—постепенно съ каждымъ годомъ усиливающимися. Боли эти рѣжущаго характера, охватываютъ низъ живота и поясницу. Крови стали появляться неправильно, чаще всего черезъ 3 нед. 5—6 дней, и гораздо обильнѣе чѣмъ до заболѣванія. Кровь то отдѣляется сразу въ большомъ количествѣ и сгустками, то отходитъ понемногу. Внѣ менструаціи по временамъ бываютъ лишь легкія ноющія боли внизу живота. Въ послѣднее время появились въ теченіи нѣсколькихъ дней послѣ регулъ сукровичныя отдѣленія. Въ послѣдніе 2 года частые позывы къ мочеиспусканію и запоры. Coitus обыкновенно не сопровождается болью, но въ послѣднее время большею частію остается индеферентнымъ.

Status praesens. Больная средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія, но очень блѣдна. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка въ anteflexio, смѣщена кпереди и наклонена дномъ своимъ въ лѣвую сторону. Черезъ задній и правый сводъ прощупывается опухоль величиной въ куриное яйцо; опухоль имѣетъ продолговатую форму, рѣзко-очерченные контуры и эластическую консистенцію. Весьма ясно прощупывается плотный тяжъ толщиною въ мизинецъ, отходящій отъ праваго угла матки и переходящій въ опухоль. Къ этой опухоли примыкаетъ, отдѣляясь бороздой, другая опухоль нѣсколько меньшей величины, расположенная слѣва и сзади матки. Лѣвая опухоль ясно состоитъ изъ 2 отдѣльныхъ частей, раздѣленныхъ глубокимъ перехватомъ; одинъ отдѣлъ опухоли, расположенный въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, имѣетъ большую величину и эластическую консистенцію (растянутая труба); другой отдѣлъ меньшей величины, болѣе плотной консистенціи и крайне болѣзненный (яичникъ) расположенъ слѣва отъ матки. При изслѣдованіи зондомъ: длина полости матки=7,5 сант., каналъ матки искривленъ кпереди и немного влѣво.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Salpingo-oophorectomia duplex.

Производство операціи 23 ноября 1888 года. Разрѣзъ длиной 14 сант. Объ опухоли, по отдѣленіи срощеній съ прямой кишкой, маткой и со стѣнками таза, которыя были особенно плотны съ лѣвой стороны, были выведены, ножки перевязаны въ два пучка и опухоли удалены. Рана закрыта 12 глубокими швами. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, только на 2 день t° разъ

поднялась до 38,2, остальное время оставалась нормальной. На 10 день сняты швы—первое натяженіе, на 18 день встала, а на 30 день выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой.

При изслѣдованіи: матка въ anteflexio, подвижна, по бокамъ ея прощупываются маленькія болѣзненныя культи.

Описаніе препарата. Правая опухоль, величиной въ куриное яйцо, состоитъ главнымъ образомъ изъ растянутой трубы на наружномъ концѣ. Этотъ мѣшокъ имѣетъ удлиненную овальную форму. Однимъ концемъ онъ упирается въ яичникъ, а другимъ переходитъ во внутренній мало растянутый отдѣлъ трубы, которая въ этомъ мѣстѣ образуетъ круговой изгибъ и за тѣмъ, идя по поверхности мѣшка и плотно съ нимъ сращенная, направляется къ тому мѣсту, гдѣ приращенъ яичникъ. Въ наружномъ концѣ отъ бахромокъ не осталось и слѣдовъ. Внутренняя поверхность покрыта невысокими складками. Полость наполнена серозной жидкостью. Яичникъ всей поверхностью приращенъ къ трубному мѣшку и распластывается на его поверхности. Въ этомъ мѣстѣ толщина 2 mm. Въ наиболѣе толстомъ мѣстѣ яичникъ имѣетъ $1^1/_2$ сант., на поверхности его видны граафовы пузырьки въ различныхъ стадіяхъ развитія.

Лѣвая опухоль образована яичникомъ и сращенной съ нимъ растянутой трубой. Начиная отъ маточнаго конца на протяженіи 3 сант., труба представляетъ утолщеніе стѣнокъ безъ растяженія канала. Это утолщеніе трубы постепенно увеличивается къ наружному концу. Слизистая оболочка, равно какъ и вся стѣнка трубы, имѣетъ темно-багровый цвѣтъ. Затѣмъ труба быстро растягивается, стѣнки ея истончаются до 1 mm. и превращается въ мѣшокъ, величиной въ голубиное яйцо. Наружное отверстіе закрыто съ исчезаніемъ бахромокъ. Полость выполнена довольно густой кровянистой жидкостью, шеколаднаго цвѣта, безъ запаха, количество жидкости=2 унц. Яичникъ не измѣненъ.

20.

Н. Ч. поступила въ клинику 1 декабря 1888 года. Больная 33 лѣтъ, солдатка, занимается хозяйствомъ, родилась въ Ярославской губерніи, имѣетъ жительство въ Петербургѣ. Первые регулы явились на 18 г. Первые 4 года послѣ выхода замужъ была здорова, а затѣмъ появились боли внизу живота, въ поясницѣ и около пупка. Боли эти ноющаго характера, появлялись сначала по временамъ, за послѣдній же годъ сдѣлались постоянными и къ нимъ присоединились рѣжущія боли, которыя появляются за день до кровей и прекращаются съ началомъ отдѣленія ихъ. Съ прошлаго года по ночамъ бываетъ непроизвольное мочеиспусканіе.

Status praesens. Больная довольно высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, со сноснымъ питаніемъ. При изслѣдованіи органовъ дыханія—явленія бронхита. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка смѣщена вправо, въ retroversio, нормальнаго объема, плотна, не болѣзненна. Port. vaginal. конической формы, обращена впередъ. Въ лѣвомъ и отчасти въ заднемъ сводѣ прощупывается опухоль, величиной въ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, плотно прилегаетъ къ маткѣ, имѣетъ весьма ограниченную подвижность, поверхность ея неровна, крупнобугриста.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sinistra.

Терапія. Salpingotomia sinistr.

Производство операціи 7 декабря 1888 года. Разрѣзъ 19 сант. Изслѣдованіемъ черезъ рану діагнозъ подтвердился. По отдѣленіи сращеній съ маткой и perit. parietale опухоль выведена наружу и удалена обычнымъ способомъ. Рана закрыта 12 глубокими швами. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. На 2 день появилось отдѣленіе крови, продолжавшееся 2 дня. На 10 день сняты швы—первое натяженіе. На 36 выписалась здоровой.

При изслѣдованіи: матка подвижна, въ anteversio, своды свободны.

Описаніе препарата. Опухоль представляетъ собою hydrosalpinx. На протяженіи 3 сант. отъ мѣста перерѣзки труба является растянутой до толщины мизинца. Слизистая оболочка блѣдна, складки изглажены. За этимъ участкомъ труба переходитъ въ мѣшокъ овальной формы, величиной въ куриное яйцо. Поверхность мѣшка покрыта ложными перепонками, стѣнки истончены, помѣстамъ не толще листа бумаги. Внутренняя поверхность гладкая. Полость выполнена серозной водянистой жидкостью. Вѣсъ препарата 85 grm.

№ 21.

М. Ц. поступила въ клинику 10 декабря 1888 года. Больная 25 лѣтъ, гражданка, родилась въ Варшавѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ, незамужняя. Первые регулы на 16 году, являлись правильно черезъ $3^1/_2$ недѣли по 3 дня. Больна годъ. Жалуется на обильныя бѣли и небольшую рѣзь при мочеиспусканіи, тошноту, рвоту, разстройство нервной системы и пр.

Status praesens. Больная брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка нормальной величины, въ anteversio и смѣщена немного вправо, безболѣзненна и почти неподвижна. Черезъ лѣвый и задній сводъ прощупывается опухоль, величиной въ гусиное яйцо, продолговатой формы, эластической консистенціи, съ рѣзко очерченными границами. Опухоль отдѣляется отъ матки бороздой; совершенно неподвижна. На правой сторонѣ имѣется такая же опухоль, соединенная посредствомъ тяжа съ правымъ угломъ матки, и имѣетъ свободную подвижность.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) duplex.

Терапія: Salpingo-oophorectomia dextra et salpingotomia sin.

Производство операціи 17 ноября 1888 г. Разрѣзъ въ 14 сант. Правая и лѣвая опухоли, по отдѣленіи сращеній съ маткой, perit. parietale и прямой кишкой, выведены наружу и удалены, по наложеніи на ихъ ножки двойныхъ шелковыхъ лигатуръ. Лѣвый яичникъ оставленъ на мѣстѣ. Рана зашита 12 глубокими швами. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣоперацiонный перiодъ безъ осложненiй. На 2 день появилось выдѣленiе кровей, которое продолжалось 3 дня. На 10 день сняты швы—первое натяженiе. Черезъ мѣсяцъ выписалась здоровой.

Описанiе препарата. Правая опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопiевой трубы и сращеннаго съ ней яичника. Вѣсъ=205 gramm. Начиная отъ мѣста перерѣзки, труба представляетъ постепенное, но въ общемъ незначительное расширенiе канала, такъ что на протяженiи 9—10 сант. труба имѣетъ толщину въ мизинецъ, затѣмъ быстро расширяется въ шаровидную полость. Брюшина, покрывающая первую часть трубы, непосредственно переходитъ на мѣшокъ, образованный наружнымъ концемъ. Брюшина слегка инъецирована, сохранила нѣкоторую подвижность надъ тканью самой трубы, поверхность ея гладка, блестяща и только тамъ гдѣ прилегаетъ яичникъ покрыта ложными перепонками. Яичникъ немного увеличенъ въ объемѣ

Лѣвая опухоль образована растянутой трубой, вѣситъ 170 gramm. Мѣшокъ имѣетъ овальную форму. Наибольшiй дiаметръ овала $9^1/_2$, наименьшiй 7 сант. По поверхности этого мѣшка, на половинѣ его периферiи пробѣгаетъ внутренniй отдѣлъ трубы, также растянутый до толщины мизинца, имѣетъ прямолинейное направленiе, почти вездѣ одинаковый дiаметръ. Эта часть трубы потомъ сразу переходитъ въ наружное расширенiе.

№ 22.

М. З. поступила въ клинику 11 января 1889 г. Мѣщанка, 34 лѣтъ, родилась въ Варшавѣ, живетъ въ Петербургѣ въ кухаркахъ, православнаго вѣроисповѣданiя. Первыя мѣсячныя крови пришли на 15 году, появлялись черезъ 3 нед. по 4—5 дней. Вышла замужъ на 17 году, рожала 3 раза, одинъ былъ выкидышъ на 7 мѣсяцѣ беременности. 25 л. овдовѣла, но черезъ 4 года снова вышла замужъ. Первые два года была здорова. Затѣмъ послѣ поднятiя тяжести появились сильныя боли въ правомъ паху, поднялась температура и больная пролежала двѣ недѣли въ постели. Оправившись, снова стала работать, но съ этого времени постоянно послѣ утомленiя появлялись боли въ правомъ паху и въ правой ногѣ. Въ ноябрѣ 1887 г. лежала въ больницѣ, были сильныя боли въ животѣ и лихорадка; послѣ этого *боли* сдѣлались постоянными, *во время регулъ усиливались*. Затѣмъ ей было сдѣлано выскабливанiе, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ amputatio portion. vaginal., но все безъ результата; больная худѣла, истощалась и появились запоры.

Жалуется на разстройство нервной системы, слабость, исхуданiе, продолжительные и обильные регулы, запоры.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенiя, ослабленнаго питанiя. При ощупываniи живота, чувствительность въ нижней части его. При бимануальномъ изслѣдованiи: матка находится въ anteversio, нормальнаго объема плотной консистенцiи, подвижна, немного болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается опухоль продолговатой формы, эластической консистенцiи, соединена съ лѣвымъ угломъ матки, величиной въ куриное яйцо, въ правомъ сводѣ такая-же опухоль, но нѣсколько меньше по величинѣ.

Дiагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex.

Терапiя. Salpingo-oophorectomia duplex.

Производство операцiи 11 февраля 1889 г. Брюшная стѣнка съ обильно развитымъ подкожнымъ жиромъ вскрыта по l. alba отъ пупка внизъ на 15 сантиметровъ. На края раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. Изслѣдованiе вполнѣ подтвердило дiагнозъ. Лѣвые и правые придатки извлечены очень легко, черезъ широкую связку, проведена двойная шелковая лигатура, которой связка была перевязана въ два пучка и опухоли удалены; сращенiя съ окружающими частями не было.

Брюшная рана зашита 11 глубокими и 4 поверхностными швами. Операцiя продолжалась 50 мин. Приходилось нѣсколько разъ прерывать операцiю, такъ какъ больная плохо поддавалась наркозу.

Послѣоперацiонный перiодъ безъ осложненiй, при нормальной t° и пульсѣ. Жаловалась на боли въ животѣ и рѣзь при мочеиспусканiи. На 10 день сняты швы—первое натяженiе. На 19 день встала съ постели, а на 27 день 10 марта выписалась изъ клиники здоровой. Матка въ anteversio, подвижна, своды свободны.

Описанiе препарата. Правая труба 7 сант. въ длину, сращена съ яичникомъ посредствомъ ложныхъ перепонокъ, толщина увеличивается къ наружному концу, гдѣ достигаетъ толщины большаго пальца. Просвѣтъ трубы зiяетъ, складки сглажены. Яичникъ въ длину 4 сант., въ ширину $2^1/_2$ сант., въ толщину 2 сант. На одной сторонѣ небольшая киста величиною въ орѣхъ. Лѣвая опухоль также представляетъ трубу, сращенную съ яичникомъ. Труба растянута до толщины большаго пальца, имѣетъ извилистый ходъ, на наружномъ концѣ сращена съ яичникомъ. Длина удаленнаго куска трубы 9 сант. Наружный конецъ атрофированъ, отъ фимбрiй нѣтъ слѣда.

№ 23.

А. Б. поступила въ клинику 31 января 1889 года. Крестьянка Костромской губ., живетъ въ Петербургѣ, 26 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданiя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя менструальныя крови на 16 году, типъ ихъ какъ до заболѣванiя, такъ и теперь 4 нед.—5 дней. Замужъ вышла на 19 году; рожала 2 раза, выкидышъ 1 на 3 мѣсяцѣ, въ маѣ 1887 года. Послѣ выкидыша пролежала въ постели 5 недѣль, причемъ темп. была повышена и были боли по всему животу. Черезъ недѣлю послѣ выкидыша появилась болѣзненная опухоль съ лѣвой стороны внизу живота, величиной въ 2 кулака; съ этого времени больная стала ощущать постоянныя дергающiя боли въ лѣвомъ паху, отдающiя въ ногу, и появились бѣли и запоры. Жалобы на боли въ лѣвомъ паху, бѣли и упорныя констипацiи.

Status praesens. Больная шатенка, роста выше средняго, хорошаго пи-

танія, тѣлосложенія умѣреннаго. Животъ при ощупываніи болѣзненъ въ нижней части слѣва.

При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть цилиндрической формы, обращена влѣво и впередъ. Тѣло матки слегка ув. въ. объемѣ, плотной консистенціи, подвижность ограничена. Черезъ лѣвый сводъ прощупывается эластическая опухоль, круглой формы, величиной въ гусиное яйцо, отъ лѣваго угла матки идетъ до опухоли жгутъ. Опухоль болѣзненна, подвижна. Длина полости матки 7,5 сант.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis sinistra.

Терапія. Salpingo—oophorectomia.

Производство операціи 1 марта 89 г. Разрѣзъ по l. alba 15 сант. На края брюшной раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. Произведенное черезъ брюшную рану изслѣдованіе констатировало слѣдующее: отъ лѣваго угла матки идетъ значительно утолщенная фаллопіева труба, переходящая затѣмъ къ кистовидной опухоли, расположенной у ея наружнаго конца, при отдѣленіи сращеній (съ perit. parietale) киста (величиной съ большое куриное яйцо) лопнула, причемъ въ брюшную полость вылилось кровянистое содержимое. Когда опухоль была вытянута наружу, у ея основанія черезъ широкую связку проведена игла съ двойной шелковой лигатурой, затянутой по обѣ стороны культи, опухоль удалена ножницами, жидкость изъ малаго таза вычерпнута губкой. На брюшную рану наложено 14 глубокихъ шелковыхъ шва, 1 поверхностный шовъ и обычная повязка.

Послѣопераціонное теченіе. Первые трое сутокъ температура стояла выше нормы, доходила до 38,4°, въ послѣдующіе дни колебалась въ предѣлахъ нормы. Жаловалась больная на боли внутри живота слѣва и тошноту. Въ первый же день у больной открылись крови, продолжавшіяся вплоть до 8 дня; на 10 день сняты швы—первое натяженіе. 4 апрѣля 1889 года (34 день) выписалась здоровой.

Матка въ anteversio, подвижна. Въ лѣвомъ сводѣ на мѣстѣ культи незначительной величины эксудатъ, слегка болѣзненный.

Описаніе препарата. Удаленная опухоль состояла изъ расширенной трубы, длиной 6 сант., и яичника, большая часть котораго была превращена въ вышеупомянутую кистовидную полость; стѣнка кисты утончена, внутренняя поверхность гладкая, стѣнка же трубы сильно утолщена, слизистая оболочка ея набухла и инъецирована сосудами.

№ 24.

Е. Б. поступила въ клинику 9 марта 1889 года. Больная-крестьянка, 33 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, Московской губерніи, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 15 году и повторялись всегда неправильно черезъ—1, 2, 3 недѣли, продолжаясь отъ 4 до 6 дней. Замужъ вышла на 22 году, рожала 1 разъ, 10 лѣтъ тому назадъ. Роды были окончены поворотомъ и экстракціей, произведенными акушеркой. Послѣ родовъ лежала въ постели 6 недѣль, болѣя какой-то пуэрперальной формой. Регулы стали послѣ этого появляться съ болями, причемъ

типъ регулъ остался такимъ же какъ и раньше. Боли, начинаясь передъ регулами, продолжались въ теченіи всего менструальнаго періода. Вскорѣ больная замѣтила припуханіе въ обѣихъ подвздошныхъ впадинахъ. Съ мая 1888 года регулы приняли болѣе правильный типъ: 6 дней, 3—4 нед., но также съ болями. Съ октября до 27 декабря регулы отсутствовали. 27 декабря появилось значительное кровотеченіе, продолжавшееся до 13 февраля 1889 года.

Status praesens. Больная-шатенка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Со стороны органовъ пищеварительныхъ, дыханія и кровообращенія измѣненій не замѣчается.

Наибольшая окружность живота 75 сант.; отъ мечевиднаго отростка до лобка 30 с., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 15 с., отъ лѣв. sp. il. ant. sup. до пупка 16 сант.

При ощупываніи живота находимъ болѣзненность въ правой и лѣвой паховыхъ областяхъ. Наружные половые органы ничего особеннаго не представляютъ. Лѣвая нога отечна. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки цилиндрической формы, обращена кзади; матка въ положеніи anteversio, увеличена, плотна и немного подвижна. Въ правомъ заднемъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиной съ голубиное яйцо. Это, повидимому, расширенная правая фаллопіева труба, спаянная съ правымъ яичникомъ абдоминальнымъ расшириннымъ концемъ. Опухоль лежитъ тотчасъ позади и вправо отъ влагалищной части и фиксирована сращеніями in situ. При изслѣдованіи лѣваго свода ясно констатируется плотный шнуръ, идущій отъ лѣваго угла матки, который на разстояніи приблизительно 2 сантиметровъ начинаетъ расширяться, переходя въ ясно контурируемое тѣло, величиной съ грецкій орѣхъ, мало подвижное и болѣзненное. Это, повидимому, тоже расширен. абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы, спаянный съ лѣвымъ яичникомъ.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Терапія. Salpingotomia duplex.

Производство операціи 29 марта 1889 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка внизъ до symphis. ossium pubis длиной 15 сант. По отдѣленіи сращеній съ perit. parietale выведена сначала правая фаллопіева труба, наполненная прозрачнымъ серознымъ содержимымъ.

Труба представлялась расширенной неравномѣрно: отъ величины мизинца у маточнаго конца. до величины 2 поперечныхъ пальцевъ и больше у абдоминальнаго конца, Маточный конецъ фаллопіевой трубы перевязанъ въ 2 пучка. Опухоль отрѣзана.

Съ лѣвой трубой было поступлено также, но при отдѣленіи ея отъ сращеній, стѣнка трубы лопнула и серозное содержимое излилось въ полость брюшины. Брюшная рана зашита 13 глубокими и 1 поверхностнымъ швами; наложена обычная повязка. Операція продолжалась 20 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій. На 10 день сняты швы—первое натяженіе по всей длинѣ раны. На 21 день выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата. Правая труба вмѣстѣ съ содержимымъ вѣситъ 13 grm., длина 10 с., ширина абдоминальнаго конца 4 сант., маточнаго—

2 сант. Маточный конецъ на протяженіи 2 сант. сохранилъ свой просвѣтъ. Расширенный абдоминальный конецъ состоитъ изъ нѣсколькихъ полостей.

№ 25.

А. Б. поступила въ клинику 11 марта 1889 года. Больная крестьянка, 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается на фабрикѣ. Первыя крови получила на 17 году, типъ ихъ установился черезъ 3 нед по 4—5 дней. Вышла замужъ на 20 году, рожала 1 разъ, 7 лѣтъ тому назадъ. Тотчасъ же послѣ замужества, явились боли во время регулъ, стала сильно худѣть и къ этому присоединилась болѣзненность при мочеиспусканіи. Черезъ 3 года послѣ этого родила въ срокъ. Послѣ родовъ хворала 2 недѣли, по истеченіи этого времени встала съ постели, хотя чувствовала себя все же плохо: боли внизу живота, поясницѣ, правой ногѣ, что продолжается до сихъ поръ, усиливаясь послѣ каждой работы и во время регулъ, достигая своей интенсивности передъ началомъ регулъ. Въ началѣ 1887 года было кровотеченіе изъ половыхъ частей, продолжавшееся 2 недѣли; черезъ 1½ мѣсяца пришли срочные регулы и опять приняли свой обычный типъ. Начиная съ Рождества нынѣшняго года, мѣсячныя крови являются уже черезъ 1—2 недѣли, продолжаясь по 3 дня; послѣ нихъ идутъ нѣсколько дней (8—9) кровянистыя отдѣленія.

Status praesens. Больная малаго роста, шатенка, правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Окружность живота на уровнѣ пупка 71 сант., наибольшая 71½ сант., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка 13½ сант., отъ лѣвой sp. il. ant. sup. до пупка 1½ сант. Наружныя половыя части нормальны. При бимануальномъ изслѣдованіи: uterus въ anteversio, не увеличена, плотна, безболѣзненна; port. vagin. цилиндрической формы, смотритъ кзади. Въ правомъ сводѣ прощупывается тѣло, величиной съ голубиное яйцо, соединенное довольно плотнымъ шнуркомъ съ правымъ угломъ матки. Опухоль эта довольно эластической консистенціи, безболѣзненна и плотно фиксирована in situ, лежитъ тотчасъ-же сзади и справа port. vagin.

Діагнозъ. Salpingooophoritis (duplex) Post operationem: hydrosalpinx dextra.

Терапія. Salpingooophorectomia.

Производство операціи 31 марта 1889 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи 14 сант.

По отдѣленіи сращеній съ perit. parietal., извлечена наружу правая опухоль (яичникъ спаянный съ трубой), ножка ея (lig. ovarii. и tub. Fallopii) перевязана въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой, опухоль отрѣзана. Лѣвый яичникъ и труба видимыхъ измѣненій не представляли и оставлены въ брюшной полости. Брюшная рана зашита 14 глубокими шелковыми швами, наложена обычная повязка.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ. На 10 день сняты швы—prima intentio по всему протяженію раны. На 18 день выписалась изъ клиники, значительно оправившись.

Удаленная часть представляла абдоминальный конецъ фаллопіевой трубы

съ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ. Нерасширенная труба была зигзагообразно извита. Длина всего препарата 4½ сант., ширина трубы у абдоминальнаго конца 3 сант., яичника 3 сант., круговой размѣръ на уровнѣ яичника 8 сант. Вѣсъ всего препарата 20 grm.

№ 26.

А. Д. поступила въ клинику 2 октября 1889 года. Мѣщанка Петербургской губ., 33 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка г. Петербурга, занимается переплетомъ книгъ. Мѣсячныя крови пришли на 15 году, до болѣзни были неправильны, появлялись то черезъ 3, то черезъ 4—5 недѣль, продолжаясь 5—6 дней; во время болѣзни типъ ихъ такой-же, но сопровождаются всегда сильными болями внизу живота. Вышла замужъ на 20 году жизни; беременною не была.

Жалуется на постоянные запоры и боли внизу живота, особенно съ правой стороны; эти боли значительно усиливаются во время ходьбы. Половыя сношенія также сопровождаются сильными болями; нервное разстройство, безсонница, раздражительность.

Status praesens. Шатенка, высокаго роста, костная и мышечная системы развиты хорошо. Подкожнаго жирнаго слоя достаточное количество. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія не замѣчается ничего ненормальнаго. При ощупываніи болѣзненность внизу живота. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ слѣдующее: матка смѣщена впередъ и вправо, нормальной величины и консистенціи, ограниченно подвижна, при давленіи болѣзненна, зѣвъ круглой формы, какъ у не рожавшей. Въ правомъ и заднемъ сводахъ прощупывается опухоль неравномѣрной консистенціи, мѣстами плотной, мѣстами эластической, величиной съ куриное яйцо, очень болѣзненная, неподвижная, благодаря сращеніямъ съ окружающими частями; она соединяется съ правымъ краемъ матки соотвѣтственно мѣсту отхожденія отъ послѣдней связки яичника. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется утолщенная труба.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex (hydrosalpinx).

Терапія: Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 18 октября 1889 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ брюшныя стѣнки вскрыты по l. alba между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ (длина разрѣза 19 с.), артеріальное кровотеченіе остановлено скручиваніемъ сосудовъ; въ полость peritonei—губка для удержанія кишекъ. При изслѣдованіи найдено: сальникъ сращенъ съ передней поверхностью и лѣвымъ краемъ матки. Сальникъ былъ отдѣленъ рукой, при этомъ былъ найденъ субсерозный фиброидъ, сидящій на днѣ матки, величиной съ куриное яйцо. Послѣ разрыва ложныхъ перепонокъ, окутывавшихъ какъ лѣвую, такъ и правую опухоль, та и другая были выведены наружу, на ножки ихъ наложены двойныя лигатуры изъ шелка, опухоли срѣзаны и культи опущены въ брюшную полость. Правая опухоль имѣла неплотное сращеніе съ сальникомъ. Кровотеченіе незначительное.

При отдѣленіи правой опухоли лопнула небольшая кистовидная полость яичника, наполненная кровянисто-серозною жидкостью. Брюшная рана зашита 11 глубокими и 8 поверхностными швами, наложена обычнаа повязка.

Продолжительность операціи 35 минутъ.

Израсходовано хлороформа 50 грам.

Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное, только на второй день послѣ операціи t° разъ повысилась къ вечеру до 38,1°, пульсъ все время хорошій, 64—86 уд. въ минуту. На 9 день сняты швы, всюду произошло заживленіе первымъ натяженіемъ; на 19 день больная встала съ постели, а на 23 день выписалась изъ клиники значительно поправившись.

№ 27.

С. В. поступила въ клинику 18 октября 1889 года. Больная мѣщанка, 36 лѣтъ, родилась въ г. Новгородѣ, гдѣ имѣетъ постоянное жительство, занимается домашнимъ хозяйствомъ, незамужняя. Первая менструація появилась на 14 году, продолжалась 2 дня; вторая черезъ 3 недѣли, затѣмъ регулы стали повторяться черезъ 3—5 нед. по 2—3 дня. 10 лѣтъ тому назадъ у больной, не страдавшей до тѣхъ поръ никакими серьезными заболѣваніями, впервые внезапно появились колющія боли внизу живота, съ повышеніемъ температуры и знобами, которые уложили больную на 6 недѣль въ постель. Съ этихъ поръ у нея осталась ноющая боль внизу живота и около пупка, причемъ эта послѣдняя во время регулъ усиливается. Повременамъ бываютъ обострения, заставляющія больную ложиться въ постель. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1888 года она поступила въ клинику для операціи съ діагнозомъ „salpingo-oophoritis dextra“, но операція не могла быть выполнена, такъ какъ у больной появились асфиктическіе припадки во время наркоза, и сдѣланъ былъ только разрѣзъ наружныхъ покрововъ. Лѣто больная прожила въ деревнѣ, немного окрѣпла и поступила вторично для операціи.

Жалуется на частые и обильные регулы, на боли то съ правой, то съ лѣвой стороны, во время регулъ боли усиливаются, на учащеніе позывовъ къ мочеиспусканію и рѣзь при немъ, на неправильныя отправленія кишечника, разстройство нервной системы, бѣли, исхуданіе.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста и слабаго тѣлосложенія, представляетъ изъ себя субъекта малокровнаго и плохо упитаннаго. При изслѣдованіи органовъ дыханія: уменьшеніе звучности въ обѣихъ верхушкахъ; въ правой жесткое дыханіе; тоны сердца чисты, но слабы, границы сердца нѣсколько увеличены. При ощупываніи—болѣзненность въ нижней части живота. При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки отклонена кзади и вправо; тѣло матки находится въ положеніи anteflexio et lateropositio sinistra, болѣзненное, нормальнаго объема и плотной консистенціи. Въ правомъ сводѣ опредѣляется эластическая опухоль величиною съ апельсинъ, колбасовидной формы съ извилистыми рѣзкими контурами, отходитъ отъ праваго угла матки, отдѣляясь отъ нея

бороздой, подвижность весьма ограниченная. Это, повидимому, стоитъ въ зависимости отъ сращеній въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія За время пребыванія въ клиникѣ замѣчено увеличеніе опухоли во время регулъ и уменьшеніе послѣ нихъ.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis dextra (hydrosalpinx.).

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 4 ноября 1889 года. Разрѣзъ 14 сант. Опухоль оказалась дѣйствительно правой трубой, растянутой въ мѣшокъ величиной съ головку 8 мѣсячнаго плода; яичникъ вмѣстѣ съ трубой сращенъ съ заднимъ дугласовымъ пространствомъ довольно плотными ложными перепонками, съ прямой кишкой, маткой и прилежащими частями; лѣвый яичникъ весьма мало измѣненъ. При отдѣленіи сращеній мѣшокъ лопнулъ и серозное содержимое излилось въ брюшную полость; опухоль удалена по перевязкѣ ея ножки въ два пучка двойной шелковой лигатурой и затѣмъ лигатура была еще разъ обведена и затянута вокругъ всей ножки. Брюшная рана зашита 12 глубокими шелковыми швами. Продолжительность операціи 41 минута.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной t° (исключая 5—8 сутокъ, когда t° къ вечеру повысилась до 38—38,5°, съ утренними паденіями). На 14 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ.

9 декабря выписалась изъ клиники и поступила въ терапевтическую клинику для леченія отъ катара кишекъ, откуда черезъ недѣлю выписалась здоровой и уѣхала въ деревню.

Описаніе препарата. Вѣсъ опухоли 200 граммовъ. Препаратъ представляетъ собою правую фаллопіеву трубу, растянутую на абдоминальномъ концѣ въ кистовидный мѣшокъ. Внутренній конецъ трубы на протяженіи 3 сантиметровъ имѣетъ видъ канала съ нѣсколько увеличеннымъ просвѣтомъ и прилегаетъ къ остальной части трубы, мѣшкообразно растянутой. Брюшная оболочка трубы покрыта почти сплошь обрывками отъ ложныхъ перепонокъ, отдѣленныхъ при операціи. Стѣнка трубнаго мѣшка имѣетъ толщину около 1 миллиметра, слизистая оболочка трубы представляетъ атрофическій видъ,—блѣдна, почти лишена складокъ, въ растянутой части лишь кое-гдѣ проходятъ остатки складокъ слизистой оболочки.

№ 28.

М. Б. поступила въ клинику 7 ноября 1888 г. Финляндская уроженка, вдова, 34 лѣтъ отъ роду. Вышла замужъ на 26 году жизни; первая менструація на 18 году. Типъ регулъ до заболѣванія черезъ 3 недѣли по 3 дня. Во время болѣзни отсутствіе въ продолженіи 5 мѣсяцевъ. Первые роды на 27 году; рожала 3 раза. Послѣдніе роды 3 года 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Акушерской помощи при родахъ не было. Всегда считала себя совершенно здоровой. Въ дѣтствѣ было только увеличеніе железъ, годъ тому назадъ одна изъ нихъ начала болѣть, вскрылась и образовалась существующая до сихъ поръ свищевая язва въ подчелюстной области. Отецъ

здоровъ. Мать умерла въ молодыхъ годахъ отъ родовъ. Братья и сестры умерли въ дѣтствѣ. Одна только старшая сестра дожила до 15 лѣтъ, затѣмъ умерла отъ водянки. Мужъ больной былъ слабаго здоровья. Первые 4 года супружеской жизни онъ чувствовалъ себя довольно удовлетворительно, хотя кашлялъ, за годъ до смерти перенесъ воспаленіе легкихъ, а затѣмъ, въ продолженіи цѣлаго года, страдалъ сильными кровотеченіями изъ носа и горла. Умеръ, по словамъ больной, въ Кронштадтскомъ морскомъ госпиталѣ отъ чахотки. Дѣти умерли въ младенческомъ возрастѣ, осталась въ живыхъ одна дѣвочка, очень слабая. Больная въ первый разъ почувствовала себя нездоровой въ началѣ іюня. У нея появились сильныя боли въ животѣ, заставившія ее пролежать два дня, затѣмъ стихшія, но продолжавшіяся въ болѣе слабой степени до конца іюня. Боли эти имѣли характеръ схватокъ. 12 іюня начались менструаціи и кончились 15. Это была послѣдняя менструація. Съ іюня почувствовала себя совершенно здоровой, время, соотвѣтствующее менструальному періоду, ничѣмъ не давало себя знать. Со времени заболѣванія сильно похудѣла; постоянные запоры, аппетитъ хорошій, по временамъ отрыжка, мочеиспусканіе безъ затрудненія, головныхъ болей нѣтъ. Жалуется на боли въ нижней части живота, отсутствіе регулъ и общій упадокъ силъ; причину заболѣванія ставитъ въ связь съ простудой (купалась въ Невѣ).

Status praesens. Блондинка, тѣлосложеніе правильное, ростъ средній, питаніе ослабленное, отековъ нѣтъ, со стороны легкихъ не замѣчено никакихъ болѣзненныхъ явленій. Брюшныя стѣнки упруги, чувствительность въ лѣвой паховой области, притупленія тона въ области живота нѣтъ, вездѣ тимпанитъ. Окружность на уровнѣ пупка 75 ctm., наибольшая 78 ctm., отъ мечевиднаго отростка до пупка 14 ctm., отъ пупка до лоннаго соединенія 16 ctm., отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка $14^1/_2$ ctm., отъ лѣвой $15^1/_2$ ctm. При ощупываніи живота вправо отъ средней линіи немного ниже пупка прощупывается опухоль, величиною съ куриное яйцо, плотная, бугристая, подвижная справа на лѣво и сверху внизъ, болѣзненная. Наружные половые органы нормальные, разрывъ промежности первой степени. Положеніе матки въ retroversio, длина полости $7^1/_2$ ctm. Portio vaginalis обращена впередъ, форма цилиндрическая, объемъ нормальный. Зѣвъ и цервикальный каналъ нормальны, не пропускаютъ пальца. Черезъ передній сводъ прощупывается tumor, лежащій выше symphysis и неимѣющій непосредственной связи съ маткой. Въ заднемъ сводѣ прощупываются плотныя, болѣзненныя, бугристыя массы. При изслѣдованіи по Hegar'у можно замѣтить передачу движенія матки опухоли и обратно, но передача движенія выражена не рѣзко.

На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія, діагностика колебалась между злокачественнымъ пораженіемъ (ракомъ) придатковъ матки и туберкулезомъ. Основаніемъ для діагностики служили: бугристость и плотность прощупываемой опухоли, связь ея съ маткой, присутствіе позади матки небольшихъ узловатыхъ массъ, чувствительность области tumor'а, отсутствіе регулъ и, наконецъ, общій habitus больной.

Повторныя изслѣдованія не обнаружили присутствія асцитической жидкости, хотя изслѣдованіямъ этимъ препятствовало состояніе кишекъ,

растянутыхъ газами, во всякомъ случаѣ, если и существовала свободная жидкость, то количество ея было незначительное. Послѣднее обстоятельство говорило, повидимому, противъ раковаго характера заболѣванія, но при наличности и совокупности всѣхъ другихъ объективныхъ данныхъ приходилось остановится на указанной выше діагностикѣ.

Состояніе больной прогрессивно ухудшалось, и единственнымъ возможнымъ пособіемъ была попытка удалить такъ или иначе измѣненные придатки матки, если возможно было удалить ихъ вполнѣ. Небольшой tumor, отсутствіе асцита оправдывали, повидимому, попытку оперативнаго леченія, тѣмъ болѣе, что если бы sub operatione оказалось значительное распространеніе болѣзненныхъ измѣненій, то всегда можно было остановиться на пробномъ разрѣзѣ. Больная настойчиво просила операціи.

Операція была произведена 19 ноября 1888 года. Разрѣзъ 15 ctm. Peritoneum представился утолщеннымъ и черезъ разрѣзъ его вылилось приблизительно 6 унцій асцитической жидкости соломенно-желтоватаго цвѣта. При осмотрѣ и ощупываніи брюшины оказалось, что какъ pariétalный, такъ и viscéralный листокъ усѣяны множествомъ узелковъ и бугорковъ, величиною въ просяное зерно бѣловатаго цвѣта. При изслѣдованіи рукой въ животѣ найдено бугристое образованіе (склеившіеся между собою сальникъ, петли кишекъ). Такія же бугристыя массы констатированы изслѣдованіемъ и въ маломъ тазу, будучи прощупываемы черезъ задній сводъ. Опухоль, прощупывавшаяся черезъ брюшныя стѣнки, оказалась связанною съ правымъ угломъ матки. Окружающія части кишекъ входятъ въ составъ опухоли, которая такимъ образомъ въ дѣйствительности была значительно меньше, чѣмъ при изслѣдованіи черезъ брюшные покровы. Въ виду ясно выразившагося обширнаго распространенія болѣзненнаго процесса по всѣмъ органамъ брюшной полости, рѣшено не удалять придатковъ.

Брюшная рана зашита 15 глубокими и 1 поверхностнымъ швами. Операція продолжалась 19 минутъ. Повязка по правиламъ, принятымъ послѣ лапаротоміи. Въ первые дни послѣ операціи больная жаловалась на боль въ животѣ, но въ общемъ состояніе ея было довольно сносно. Рвота была всего два раза. Температура доходила два раза до 38°. Пульсъ все время держался отъ 62—72. Сонъ былъ удовлетворительный. На третьи сутки появился аппетитъ, силы возстановились. На 10 день сняты швы. Повсюду въ области брюшной раны prima intentio. Больная все время, представляя незначительное повышеніе t°, чувствовала себя хорошо и даже пробовала сидѣть. Спустя нѣсколько дней по снятіи швовъ, t° постепенно дошла до 40°, при отсутствіи мѣстныхъ явленій. Состояніе больной ухудшилось, сонъ пропалъ, дыханіе участилось (3 декабря—32), пульсъ тоже (5 декабря—96), вслѣдъ затѣмъ t°, давъ непродолжительное послабленіе (8 декабря 36,5°), опять поднялась и держалась на высоко-лихорадочныхъ цифрахъ, доходя до 40,5° и выше (21 декабря 40,7°), съ утренними послабленіями не ниже 38,5°, при пульсѣ 100—120. Около 16 декабря у больной вдругъ появился кашель, а съ 23 упорный поносъ и, во время изслѣдованія, произведеннаго 16 декабря проф. С. П. Боткинымъ, найдено ослабленіе звучности на правой сторонѣ груди, надъ правой лопат-

кой бронхіальный выдыхъ, вибрація ослаблена. Мокрота была изслѣдована многократно, но присутствіе Коховскихъ палочекъ удалось констатировать только на одномъ препаратѣ.

При прогрессивномъ ухудшеніи припадковъ, при усиливающемся кашлѣ, при постоянныхъ поносахъ, при повышенной температурѣ, ночныхъ потахъ, при постоянно учащающихся пульсѣ и дыханіи, наступила адинамія и 30 декабря больная скончалась отъ общаго туберкулеза.

№ 29.

Н. Л. поступила въ клинику 5 декабря 1889 г. Больная крестьянка Нижегородской губ., 46 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови на 16 году, типъ ихъ установился черезъ 3 недѣли по 8 дней. Вышла замужъ на 17 году; рожала 3 раза благополучно; послѣ родовъ не хворала. Послѣдніе роды 24 года тому назадъ. Всегда была здорова. 27 іюня 1889 года послѣ двухмѣсячнаго отсутствія явились регулы съ сильными болями, продолжавшіяся 8 дней. По окончаніи регулъ появились грязноватыя отдѣленія; въ тоже время больная замѣтила у себя опухоль, величиной съ кулакъ. Черезъ мѣсяцъ, въ теченіи котораго больная страдала болями внизу живота, опухоль, по словамъ больной, исчезла и боли уменьшились. Съ августа мѣсяца стали появляться схваткообразныя боли съ выдѣленіемъ обильнаго количества серозной жидкости.

Status praesens. При ощупываніи живота, находимъ надъ лобкомъ въ глубинѣ нѣсколько болѣзненную опухоль. При изслѣдованіи per vaginam: матка оттянута вверхъ и лежитъ по средней линіи позади симфиза. Сзади ея прощупывается опухоль величиной въ два кулака, мѣстами эластической, мѣстами плотной консистенціи; она выполняетъ собой весь задній дуглассъ и срощена съ задней поверхностью матки. При изслѣдованіи per rectum найдено, что слизистая оболочка recti свободно передвигается надъ опухолью, которая выпячивается въ rectum и сдавливаетъ отчасти послѣднюю.

Діагнозъ. Hydrosalpinx profluens duplex.

Терапія. Salpingo-oophorectomia.

Производство операціи 29 января 1890 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи 16 сант. Опухоль, лежащая позади матки была срощена съ маткой и septum rectovaginale и принадлежала расширенной трубѣ и яичнику. Правая труба была увеличена и срощена съ яичникомъ. По отдѣленіи сращеній, обѣ опухолевидныя массы выведены наружу, черезъ основаніе широкой связки, проведена двойная шелковая лигатура и завязана въ два пучка; опухоли отрѣзаны. Брюшная рана зашита 12 глубокими и 4 поверхностными швами. Наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 50 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, если не считать 4-кратнаго повышенія t° до 38°. На 10 день сняты швы, получилось первое натяженіе. На 27 день выписались изъ клиники здоровой.

№ 31.

Н. К. поступила въ клинику 30 января 1890 года. Дворянка, 39 лѣтъ, родилась въ г. Варшавѣ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ, живетъ постоянно въ Петербургѣ. Первые регулы появились на 15 году, типъ ихъ черезъ 3 недѣли по 8 дней. Замужъ вышла на 32 году, былъ 1 выкидышъ, на 3 мѣсяцѣ беременности, 18 лѣтъ тому назадъ. Послѣ выкидыша долго лежала въ постели, были сильныя боли внизу живота, высокая t° и нѣсколько разъ повторялись кровотеченія; затѣмъ въ теченіи 7 лѣтъ была здорова. По истеченіи же этого времени внезапно появились сильныя боли въ животѣ, головокруженіе, сильная слабость, которыя уложили ее на долго въ постель и лечащимъ врачемъ былъ поставленъ діагнозъ Haematocele. Наконецъ она оправилась и лишь изрѣдка бывали кровотеченія, но постоянно шли бѣли. 8 лѣтъ тому назадъ вышла замужъ и первые пять лѣтъ была здорова и только три года тому назадъ, послѣ утомительной прогулки, появились боли въ пахахъ и ногахъ, и съ тѣхъ поръ на лѣвой сторонѣ боли бываютъ постоянно, на правой же по временамъ. Боли особенно сильны бываютъ передъ регулами за недѣлю, съ появленіемъ кровей немного стихаютъ, а послѣ нихъ въ теченіи недѣли опять бываютъ сильнѣе. Два года тому назадъ у больной образовалась фистула въ области пупка и шелъ нѣкоторое время черезъ нее гной, послѣ этого боли сдѣлались слабѣе. Въ октябрѣ 1889 года процессъ опять обострился: появились весьма сильныя боли внизу живота, лихорадка, общая слабость и больная пролежала въ постели 2 мѣсяца.

Жалуется на нервное разстройство, обильные и частые регулы, постоянныя боли внизу живота, тошноту, отсутствіе аппетита.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Подкожный жирный слой слабо развитъ. При бимануальномъ изслѣдованіи: матка немного увеличена, въ anteflexio, влагалищная часть цилиндрической формы; подвижность матки ограничена. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль, отходящая отъ праваго угла матки, величиной въ куриное яйцо, колбасовидной формы, постепенно увеличивающаяся къ периферическому концу. Опухоль лежитъ сбоку, справа отъ матки, отдѣляясь отъ нея неглубокой бороздой и оканчивается въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ. Опухоль имѣетъ мѣстами плотную, мѣстами эластическую консистенцію, въ значительной степени чувствительная, плотно срощена съ окружающими частями, слегка подвижна вмѣстѣ съ маткой. Подобная-же опухоль, но нѣсколько меньшей величины находится и съ лѣвой стороны матки, исходя изъ ея лѣваго угла. Яичники отдѣльно отъ опухоли не прощупываются. До операціи у больной были регулы, причемъ замѣчено рѣзкое увеличеніе правой опухоли передъ регулами и значительное уменьшеніе послѣ нихъ.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis duplex (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia dextra dertialis.

Производство операціи 21 февраля 1890 г. Брюшная полость вскрыта

по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 13 сант. длины. При изслѣдованіи рукой черезъ брюшную полость, оказалось, что маточные придатки на правой сторонѣ склеены съ окружающими частями (маткой и стѣнками таза) весьма плотными и обширными перемычками. Отдѣлить эти перемычки было совершенно невозможно, при этихъ попыткахъ труба лопнула, причемъ изъ нея вылилось въ полость брюшины около полъстакана жидкости, желто-бураго цвѣта серознаго характера. Тогда стѣнка трубнаго мѣшка была захвачена двумя Т-образными пинцетами и, въ виду серознаго содержимаго, часть стѣнки его была резицирована, такъ что получилось окно, величиной въ пятикопѣечную монету. На края этого окна было наложено для остановки кровотеченія 5 лигатуръ изъ тонкаго шелка. Удаленіе лѣвыхъ придатковъ, по причинѣ крѣпкихъ сращеній, тоже не представилось возможнымъ и они оставлены на мѣстѣ. Брюшная полость зашита 14 глубокими швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ при нормальной температурѣ и пульсѣ. Все время больная жаловалась на боли внизу живота, изжогу, рвоту, особенно первые дни послѣ операціи; мочеиспусканіе было также вначалѣ болѣзненно. На 11 день сняты швы—первое натяженіе. На 19 день позволено ходить. На 31 день 24 марта 1890 года больная выписалась. Съ правой стороны небольшой эксудатъ, малочувствительный, самочувствіе хорошее.

№ 32.

А. И. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 5 апрѣля 1890 года. Жена нотаріуса, 35 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія. Первыя мѣсячныя крови явились на 18 году и съ этихъ поръ стали повторяться черезъ 3 нед. по 3—4 дня, небольшія, безъ боли. Рожала 4 раза; послѣдніе роды 7 лѣтъ тому назадъ. Заболѣла въ 1 разъ черезъ 3 недѣли послѣ послѣднихъ родовъ. Появились боли внизу живота. Затѣмъ года черезъ два болѣла около 3 мѣсяцевъ воспаленіемъ брюшины. Послѣдніе 4 мѣсяца страдаетъ болями въ лѣвой нижней части живота; отсутствіе аппетита, разстройство первной системы, истерическіе припадки и пр.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, анемичная. При наружномъ изслѣдованіи въ лѣвой подвздошной области прощупывается опухоль круглой формы, эластической консистенціи, величиной съ голову новорожденнаго. При двойномъ изслѣдованіи эта опухоль походитъ по формѣ своей на песочные часы; очень мало подвижна; внутреннимъ сегментомъ спаяна съ лѣвымъ бокомъ матки; наружно-нижнимъ сегментомъ заходитъ въ заднее дугласово пространство и соприкасается со стѣнками малаго таза.

Діагнозъ. Hydrosalpinx sinistra.

Терапія. Laparotomia.

Производство операціи 22 апрѣля 1890 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи 15 сант. Опухоль оказалась растянутой, особенно въ наружномъ сегментѣ, фаллопіевой трубой. Она была такъ плотно срощена со стѣнками таза, что цѣликомъ всей экстирпировать не удалось, а пришлось ограничиться частичной резекціей стѣнки мѣшка. Удаленъ такимъ образомъ овальный кусокъ длиной въ 5 сант. и края образовавшагося отверстія обшиты 5 шелковыми матрацными швами. Рана зашита наглухо 15 глубокими шелковыми швами. Жидкости серозной изъ мѣшка выпущено 280 куб. сант. Уд. вѣсъ 1025.

Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное; на 9 день сняты швы—первое натяженіе; на 27 день выписалась здоровой.

№ 33.

Х. К. поступила въ клинику 30 января 1891 года. Крестьянка Ярославской губ., православнаго вѣроисповѣданія, 33 лѣтъ, по занятію горничная. Первыя мѣсячныя крови появились на 20 году, всегда были правильны черезъ 3 нед. по 3—4 дня. Вышла замужъ на 22 году, рожала 1 разъ на 23 году; послѣ родовъ долго хворала и съ этой поры не была никогда вполнѣ здорова.

Жалуется на обильные регулы, которые приходятъ черезъ 3 недѣли, также какъ и раньше, но въ большемъ количествѣ и болѣе долгое время продолжаются; обильныя и очень ѣдкія бѣли, боли внизу живота и поясницѣ, плохой аппетитъ, сонъ и разстройство нервной системы; запоры, $1^1/_2$ мѣсяца тому назадъ начала лихорадить.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія. Органы кровообращенія, дыханія и пищеварительные ничего ненормальнаго не представляютъ.

При ощупываніи живота, замѣчается чувствительность въ нижней части. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей усматривается разрывъ промежности II степени и выпаденіе передней стѣнки влагалища. При внутреннемъ изслѣдованіи: port. vaginalis цилиндрической формы, достигается съ трудомъ, лежитъ высоко и направлена совершенно вправо, зѣвъ съ надрывами по краямъ. Тѣло матки увеличено, лежитъ справа на лѣво, мягкой консистенціи, безболѣзненно и подвижно. Въ заднемъ и правомъ сводѣ прощупывается продолговатая опухоль, мѣстами плотной, мѣстами эластичной консистенціи, отдѣляющаяся отъ матки ясной бороздой, она также прощупывается нѣсколько черезъ лѣвый сводъ, величиной приблизительно съ кулакъ. Опухоль неподвижна, при пальпаціи болѣзненна. Слизистая оболочка влагалища и cesti подвижна надъ опухолью. Прямая кишка сдавлена опухолью и при изслѣдованіи черезъ нее опредѣляется эластичность задней поверхности опухоли. Во время пребыванія въ клиникѣ до операціи у больной были регулы, продолжались 4 дня, въ небольшомъ количествѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи послѣ регулъ найдено: опухоль значительно уменьшилась въ объемѣ, гораздо легче контурируется, матка легко отграничивается отъ опухоли, довольно подвижна. Правый отдѣлъ опухоли совершенно эластиченъ; задній также представляетъ эластичность, но меньшую.

Діагнозъ Salpingo-oophoritis dextra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia 6 марта 1891 года.

Производство операціи. Разрѣзъ отъ пупка до лоннаго соединенія проведенъ по linea alba; брюшина вскрыта ножницами. Опухоль оказалась состоящей изъ правой растянутой трубы съ расширеннымъ абдоминальнымъ концемъ, заходящимъ влѣво отъ матки и кистовидно перерожденнаго праваго яичника. Абдоминальный конецъ растянутой трубы выведенъ наружу и изъ него выпущена желтовато-зеленоватая гнойная жидкость безъ запаха, количествомъ около чайнаго стакана. Ножка опухоли перевязана двойной шелковой лигатурой въ 2 пучка, опухоль удалена ножницами, а ножка опущена въ брюшную полость. Кровотеченіе незначительное; сращенія слабыя съ около-лежащими частями. Брюшная рана зашита 15 глубокими шелковыми узловатыми швами. Операція продолжалась 38 минутъ, хлороформенный наркозъ 58 минутъ. Количество потраченнаго хлороформа=35,0 грм.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій, протекло при нормальной t° и пульсѣ, больная повременамъ только жаловалась на боль въ животѣ. Метеоризмъ устранялся клизмами. На 9 день сняты швы, по всему разрѣзу prima intentio, на 18 день позволено встать.

Описаніе препарата. Опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопіевой трубы и спаяннаго съ ней кистовидно-перерожденнаго праваго яичника.

№ 34.

Н. Г. поступила въ клинику 14 марта 1891 г. Больная-дворянка, 37 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, родилась въ г. Кишиневѣ, живетъ въ Петербургѣ и занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 14 году и приходили всегда, какъ и теперь, черезъ 4 недѣли по 4—6 дней. Замужъ вышла на 21 году, рожала 4 раза и 1 разъ выкинула на 4 мѣсяцѣ беременности, 5 лѣтъ тому назадъ. Послѣ выкидыша было какое-то пуэрперальное заболѣваніе; съ этихъ поръ она считаетъ себя больной. Опухоль замѣтила въ правой сторонѣ внизу живота, болѣзненную при давленіи, въ декабрѣ 1891 г.

Жалуется на боли въ правой паховой области, опухоль, обильныя бѣли, напираніе на низъ, головную боль, повременамъ тошноту—и нервное разстройство.

Status praesens. Больная шатенка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія и питанія. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія, а также пищеварительныхъ ненормальностей не замѣчается.

При ощупываніи живота, опредѣляется эластическая, болѣзненная опухоль съ правой стороны внизу живота. Размѣры живота слѣдующіе:

окружность на уровнѣ пупка	79	сант.
наибольшая окружность	82	„
отъ пупка до лобка	18	„
„ „ „ мечевиднаго отростка . .	16	„
„ „ „ прав. sp. il. ant. sup. . . .	15	„
„ „ „ лѣв. sp. il. ant. sup. . . .	15	„

При внутреннемъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки обращена кзади, форма цилиндрическая, края зѣва съ надрывами. Матка сильно смѣщена въ лѣвую сторону, плотной консистенціи, въ положеніи anteflexio, подвижность ея ограничена — особенно въ лѣвую сторону, болѣзненности нѣтъ, длина ея полости 9½ сант. Черезъ правый, передній и задній сводъ опредѣляется сегментъ шарообразной опухоли, мѣстами плотной, мѣстами эластической консистенціи. Опухоль эта величиной съ голову новорожденнаго, болѣзненна и мало подвижна, отъ матки отдѣлена ясной бороздой.

Діагнозъ. Salpingo-oophoritis dextra (hydrosalpinx).

Терапія. Salpingo-oophorectomia dextra.

Производство операціи 20 марта 1891 года. Брюшная полость была вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 14 сант., отъ пупка внизъ, не доходя до лоннаго соединенія на 2 сант. По отдѣленіи сращеній, которыя окутывали опухоль со всѣхъ сторонъ какъ капсулой, изъ опухоли была выпущена серозно-кровянистая жидкость троакаромъ; затѣмъ опухоль выведена наружу, на ножку ея (маточный конецъ трубы, lig. latum и lig. ovarii) наложена двойная шелковая лигатура и опухоль удалена.

Половина лѣваго яичника оказалась тоже кистовидно-перерожденной и она тоже была удалена, по наложеніи двойной шелковой лигатуры. Брюшная полость зашита наглухо 14 глубокими швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ. Швы сняты на 10 день; на 26 день выписалась здоровой.

Описаніе препарата. Опухоль состояла изъ растянутой правой трубы и кистовидно-перерожденнаго яичника. Количество выпущенной жидкости 400 куб. сант. Черезъ годъ больная явилась въ клинику съ жалобами на боли въ лѣвой паховой области. При изслѣдованіи найденъ salpingo-oophoritis sinistra. Правая сторона нечувствительна.

№ 35.

Ф. Я. поступила въ клинику 14 января 1892 года. Больная-дворянка, 36 лѣтъ, родилась въ Ковно, живетъ въ Петербургѣ и занимается домашнимъ хозяйствомъ. Регулы пришли на 15 году, установились сразу правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня, въ довольно обильномъ количествѣ. Замужъ вышла на 17 году, рожала 3 раза, послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ. Послѣ 3 родовъ случился разрывъ промежности. Приблизительно черезъ годъ послѣ послѣднихъ родовъ, больная стала замѣчать тянущую боль внизу живота, особенно послѣ подъема тяжелыхъ вещей. Затѣмъ съ теченіемъ времени стало выпадать какое-то тѣло при ходьбѣ; 6 лѣтъ тому назадъ было воспаленіе матки; въ іюнѣ 1891 года воспаленіе брюшины. Въ апрѣлѣ того-же года появились боли въ правой ногѣ ревматическаго характера, регулы стали появляться чаще, черезъ 2—3 недѣли по 5—7 дней. Въ сентябрѣ 1891 года у насъ въ клиникѣ была сдѣлана высокая

ампутація шейки матки и colporaphia anterior et colpoperineoraph., но вскорѣ послѣ этого больная опять явилась въ клинику съ жалобами на выпаденіе матки.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Въ органахъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ патологическихъ измѣненій не найдено. Изъ половой щели выступала передняя стѣнка влагалища и часть матки. По вправленіи, матка находится въ положеніи retroflexio retroposita. и въ правомъ сводѣ увеличенный яичникъ до размѣровъ сливы расширенная фаллопіева труба, болѣзненная при давленіи.

Діагнозъ. Hydrosalpinx dextr. et prolapsus uteri.

Терапія. Salpingo-oophorectomia dextra et ventrofixatio uteri.

Производство операціи 22 февраля 1892 года. Во влагалище былъ введенъ колпейринтеръ. Разрѣзъ по бѣлой линіи 12 сант. По разрѣзѣ правая опухоль величиной въ куриное яйцо, состоящая изъ яичника и растянутой фаллопіевой трубы. По отдѣленіи весьма прочныхъ сращеній съ тазовой брюшиной и маткой была выведена наружу, ножка ея перевязана въ 2 пучка двойной шелковой лигатурой. Лѣвые придатки оказались неизмѣненными. Затѣмъ матка выведена изъ своего положенія и пришита 3 шелковыми швами къ передней брюшной стѣнкѣ, причемъ швы проведены такимъ образомъ, что одинъ прошелъ черезъ дно матки, а два другихъ черезъ ея переднюю стѣнку. Находившаяся на передней стѣнкѣ маленькая фиброміома, величиной съ вишню, оставлена была нетронутой и при ventrofixatio попала какъ разъ въ брюшной разрѣзъ. Брюшная рана зашита 12 глубокими швами; наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 25 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Періодъ этотъ затянулся, благодаря нагноенію въ 3 маточныхъ швахъ, и t°, будучи въ первые дни нормальной, стала давать въ это время повременамъ лихорадочныя движенія. t° разъ даже повысилась до 40°. На 10 день сняты швы, за исключеніемъ 2 маточныхъ швовъ, которые сняты на 15 день. На 43 день больная выписалась изъ клиники здоровой.

При внутреннемъ изслѣдованіи: uterus въ anteversio-flexio, плотно фиксирована къ брюшной стѣнкѣ. Съ правой стороны около матки инфильтратъ.

ФИБРОМІОМЫ МАТКИ.

УДАЛЕНІЕ ФИБРОМІОМЪ МАТКИ.

№ 1.

А. Н. поступила въ клинику 29 марта 1885 года. Крестьянка Московской губерніи, 45 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, прачка. Менструаціи начались съ 14 лѣтъ; обыкновенно появлялись черезъ 3—4 недѣли, продолжались по 7—8 дней. Бывали всегда обильны, но за время болѣзни потеря крови sub menstrua, по словамъ больной, доходитъ до громадныхъ размѣровъ, причемъ продолжаются онѣ по нѣсколько недѣль безъ перерыва. Замужъ больная вышла 16 лѣтъ и 9 разъ правильно родила. Первые роды на 22 году, послѣдніе 5 лѣтъ тому назадъ. Выкидышей не было. Больной себя считаетъ 4 года.

Жалуется на обильныя кровотеченія, общую слабость, частые позывы на мочеиспусканіе и боль внизу живота справа въ особенности при ходьбѣ.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, очень малокровна. Животъ не представляется увеличеннымъ. Окружность на уровнѣ пупка=70, наибольшая 72; разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка=16, до лоннаго соединенія=15, до правой sp. il. ant. super.=13,5 до лѣвой=13,5 сант. Брюшныя стѣнки тонки, вялы. При пальпаціи живота, внизу его, плотная опухоль, недоходящая дномъ своимъ пальца на три до пупочной линіи, теряющаяся въ полости малаго таза. Высота ея надъ лобкомъ=10, поперечный размѣръ=10,5 сантиметрамъ. Опухоль подвижна, лежитъ нѣсколько ассиметрично, занимая больше правую сторону. Наружные половые органы нормальны, слизистая оболочка влагалища блѣдна. Per. vaginam: влагалищная часть цилиндрической формы, обращена кзади. Въ переднемъ и главнымъ образомъ правомъ сводѣ опредѣляется опухоль, сливающаяся съ маткой. Она непосредственно переходитъ въ опухоль, опредѣляющуюся въ нижней части живота. Полость матки=12 сант., зондъ идетъ влѣво и впередъ. При повторномъ изслѣдованіи удалось опредѣлить оба яичника, причемъ найдено, что правый лежитъ непосредственно на опухоли, а лѣвый свободно помѣщается вдали отъ ея края. На основаніи этихъ данныхъ была признана интерстиціаль-

ная фиброміома, развившаяся въ правой, задней половинѣ матки и помѣщающаяся въ правой широкой связкѣ. Направленіе полости матки—влѣво и впередъ. Въ другихъ органахъ брюшной и грудной полости измѣненій не найдено.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interst. multiplex.

Операція произведена 2 апрѣля 1885 года. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи отъ лобка пальца на 2 выше пупка, обходя его съ лѣвой стороны. Такъ какъ растянутая правая широкая связка не допускала наложеніе жгута, то сначала было приступлено къ перевязкѣ этой стороны. Затѣмъ уже, когда она (частью между наложеннымъ двойнымъ рядомъ лигатуръ, частію между лигатурами и Т-образными пинцетами) была разрѣзана, наложенъ на port. supravag. эластическій жгутъ и перевязана лѣвая широкая связка. Всѣхъ лигатуръ положено 6. Опухоль ампутирована, остатокъ ея въ культѣ былъ вылущенъ. Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ карболовой кислоты и приступлено къ наложенію швовъ на культю, причемъ на закрытіе полости матки пошло 11 швовъ, на внутренній слой культы—16, перитонеальный покровъ ея 38. Культя опущена въ брюшную полость. Наружная рана зашита 10 глубокими и 10 поверхностными швами. Операція продолжалась 2 часа 25 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ. На 2 день температура начала повышаться, причемъ появился сильный кашель. Къ вечеру температура дошла до 39,1 при пульсѣ 100. На 7 день кашель мягче и меньше безпокоитъ больную. Температура пришла къ нормѣ и съ этихъ поръ выздоровленіе больной пошло безъ осложненій. На 17 день встала съ постели. На 27 день, вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтніе мѣсяцы, переведена въ Маріинскую больницу, откуда черезъ нѣсколько дней выписалась.

При изслѣдованіи найдено: матка небольшой величины, подвижна. Въ лѣвомъ сводѣ небольшой экскудатъ.

Описаніе препарата. Вмѣстѣ съ опухолью удалены обѣ фаллопіевы трубы и оба яичника. Правая фаллопіева труба на всемъ протяженіи прилежитъ къ опухоли; абдоминальный конецъ ея и соотвѣтственный яичникъ въ ложныхъ перепонкахъ. Труба незначительно растянута серозною жидкостью. Яичники видимыхъ измѣненій не представляютъ.

№ 2.

А. М. поступила въ клинику 14 марта 1885 года. Жена ремесленника, Тверской губерніи, 40 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, портниха. Мѣсячныя получила на 16 году. До болѣзни онѣ были правильны—черезъ 3 недѣли по 7 дней. Вышла замужъ на 22 году, на 23 въ первый разъ родила. Вторые роды и послѣдніе были 16 лѣтъ тому назадъ. Выкидышей не было. Больна 3-й годъ.

Жалуется на опухоль живота и сильныя кровотеченія во время мѣсячныхъ. Частые позывы на мочеиспусканіе.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Животъ въ нижнихъ его частяхъ представляется

рѣзко увеличеннымъ. Окружность его на уровнѣ пупка — 87, наибольшая (ниже пупка)—91, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка 17, до лоннаго соединенія—14, до правой spin. ant. sup.—17, до лѣвой—18 сант. При ощупываніи живота опредѣляется плотная, бугристая опухоль, исходящая изъ полости таза, дно ея стоитъ пальца на 2 выше пупка. Размѣры ея: наибольшій поперечный — 23, отъ дна опухоли до symph. — 15. Опухоль мало подвижна и преимущественно справа налѣво; ощупываніе — нечувствительно. Наружные половые органы нормальны. При изслѣдованіи черезъ рукавъ найдено: влагалищная часть цилиндрической формы, удлинена, отклонена нѣсколько кзади, стоитъ высоко.

Тѣло матки отдѣльно не опредѣлимо. Своды, за исключеніемъ задняго, заняты плотною опухолью, состоящею изъ нѣсколькихъ узловъ и ясно сливающейся съ опухолью, прощупываемой черезъ брюшные покровы. Длина полости матки—16 ctm. Со стороны другихъ органовъ отклоненій не замѣчается.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interst. multiplex.

Операція произведена 16 апрѣля 1885 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, на палецъ ниже пупка, на протяженіи 14 ctm. Правый яичникъ былъ легко найденъ и подведенъ къ брюшной ранѣ, причемъ онъ оказался очень плотно сросшимся съ фимбріей фаллопіевой трубы. Подъ него положено 2 лигатуры и онъ удаленъ вмѣстѣ съ частію фаллопіевой трубы, послѣ чего ниже первыхъ лигатуръ наложено еще двѣ. Лѣвый яичникъ найденъ сидящимъ глубоко на уровнѣ тазоваго входа и настолько плотно фиксированнымъ, что нельзя было вывести его въ брюшную рану.

Тогда рѣшено было произвести удаленіе опухоли, поэтому разрѣзъ брюшной раны продолженъ вверхъ, обходя пупокъ, слѣва, еще на 6 ctm., и опухоль, безъ труда, выведена наружу. На основаніе опухоли наложенъ крѣпкій эластическій жгутъ и верхнія 2 трети опухоли ампутированы.

Поверхность разрѣза оставшейся культи представляла частію разрѣзанные, отдѣльные узлы, частію же цѣликомъ сидящіе въ глубинѣ культи и подъ перитонеальнымъ покровомъ ея. Величина ихъ колебалась между кулакомъ взрослаго человѣка и грецкимъ орѣхомъ. Всѣ эти узлы (числомъ 16) были вылущены. Изъ неправильно-изрытой поверхности культи были образованы два лоскута и приступлено къ наложенію швовъ.

Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ карболки и закрыта 8 шелковыми швами, послѣ чего наложенъ второй слой швовъ, — тоже изъ шелка и числомъ 17.

На углы культи, въ мѣстахъ соотвѣтствующихъ прохожденію art. spermat. наложены съ обѣихъ сторонъ по одной лигатурѣ en masse. Затѣмъ, перитонеальныя поверхности соединены 31 швами и эластическій жгутъ снятъ. Спустя нѣкоторое время въ правомъ углу культи показалось довольно сильное артеріальное кровотеченіе, вслѣдствіе котораго здѣсь наложена еще одна лигатура en masse. Культя опущена въ полость peritonei и брюшная рана закрыта 10 глубокими и 11 поверхностными швами. Операція длилась 2 часа 30 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе безлихорадочно, за исключеніемъ одно-

кратнаго повышенія t° на 10 день до 38°, что совпадало съ появленіемъ кровей. Первая повязка и швы сняты на 11 день.

Сращеніе полное, за исключеніемъ небольшаго участка въ нижнемъ углу раны. На 15 день послѣ операціи, вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтній сезонъ, больная переведена въ Маріинскую больницу, откуда выписалась вполнѣ здоровой.

№ 3.

М. Ц. поступила въ клинику 15 октября 1885 г. Солдатка, 36 лѣтъ іудейскаго вѣроисповѣданія, уроженка Виленской губерніи, занимается торговлей, вдова. Первая менструація на 14 году. Менструируетъ всегда правильно, черезъ 3½ недѣли по три дня. Характеръ ихъ таковъ-же и въ настоящее время. Замужъ вышла на 19 году. Родила 1 разъ на 20 году. 16 лѣтъ тому назадъ, живаго, доношеннаго мальчика. Больна 5 лѣтъ.

Жалуется на опухоль живота и выпаденіе матки (послѣднее случилось вскорѣ послѣ родовъ) и на сильную одышку при малѣйшемъ движеніи

Status praesens. Брюнетка, слабаго тѣлосложенія и питанія, средняго роста. Рѣзко выраженный ціанозъ. Животъ представляется сильно увеличеннымъ. Окружность его на уровнѣ пупка 96½ сант., она-же и наибольшая, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка—21, до лоннаго соединенія—27, до правой sp. ant. sup.—27½ до лѣвой—30 ctm.

Варикозныя вены — на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ и въ нижней части покрововъ живота. При пальпаціи живота опредѣляется опухоль гладкой поверхности, эластической консистенціи, мало подвижная и только въ направленіи справа на лѣво.

Верхній край ея лежитъ пальца на 3 выше пупочной линіи, внизу она теряется въ полости малаго таза. По поверхности опухоли тупой тонъ, переходящій кверху и съ боковъ ея въ тимпаническій. Наружные половые органы нормальны. Изъ половой щели выстоитъ передняя и главнымъ образомъ правая стѣнка вагины. Незначительной степени cystocele. Мочевой пузырь рядомъ съ тѣмъ значительно вытянутъ вверхъ и вправо. P. vag. стоитъ ниже нормальнаго, отклонена влѣво. Тѣло матки ясно прощупывается впереди и влѣво. Въ сводахъ опредѣляется сегментъ опухоли, занимающей брюшную полость. Полость матки=21 ctm. Зондъ идетъ впередъ и влѣво.

На основаніи данныхъ изслѣдованія высказали предположеніе за кистовидную опухоль, лежащую въ правой широкой связкѣ. (Cystofibroma uteri.; post operationem: Fibromyoma uteri interstitiale limphangiectodes.

Операція произведена 6 ноября 1885 г. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи на протяженіи 23 ctm. При изслѣдованіи оказалось, что опухоль не можетъ быть уменьшена въ объемѣ, не смотря на несомнѣнно существующія мелкія полости, и лежитъ ретроперитонеально.

Рѣшено энуклеировать опухоль и съ этою цѣлью брюшной покровъ вскрытъ продольнымъ разрѣзомъ и peritoneum насколько возможно отслоенъ рукою отъ подлежащей опухоли. Кровоточащіе сосуды перевязывались по мѣрѣ надобности. Вслѣдъ за этимъ на основаніе опухоли былъ наложенъ эластическій жгутъ и поверхъ его опухоль была снята ампутаціоннымъ ножемъ. При изслѣдованіи отношенія оставшейся части опухоли къ окружающимъ ея частямъ оказалось, что дномъ своимъ она непосредственно лежитъ на крупныхъ сосудахъ брюшной полости, поэтому о радикальномъ пособіи думать было нельзя. Культя была укрѣплена въ нижнемъ углу раны и брюшная полость закрыта 10 шелковыми швами. Операція длилась 1 ч. 55 м. Пульсъ больной, очень слабый и во время операціи, сдѣлался нитевиднымъ вскорѣ послѣ ея окончанія.

Не смотря на рядъ возбуждающихъ дѣятельность сердца средствъ, достигнуть успѣха не удалось и больная черезъ 6 часовъ скончалась. Вскрытія, по не желанію родныхъ, не было сдѣлано.

Вѣсъ удаленной опухоли=27 фунт. Она состояла изъ большихъ и меньшихъ полостей, наполненныхъ кровянистою жидкостью.

№ 4.

М. Ч. *) поступила въ клинику 18 января 1886 года. Регулы пришли въ 1 разъ на 19 году, возвращались въ 3 недѣльные сроки и продолжались по 6 дней. На 21 году вышла замужъ, а начиная съ 30 года имѣла 5 дѣтей, причемъ послѣ послѣднихъ родовъ прошло уже 5 лѣтъ. Роды всѣ окончились благополучно, безъ всякой акушерской помощи. Въ настоящее время больная жалуется на увеличивающійся животъ и кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Эти послѣднія повторяются, по словамъ больной, черезъ 2—3 недѣли и продолжаются по 10—14 дней. Начало названныхъ болѣзненныхъ симптомовъ больная относитъ ко времени 4 года тому назадъ.

Status praesens. При объективномъ изслѣдованіи найдено: больная высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, очень малокровна, причемъ цвѣтъ кожи, особенно на лицѣ, слегка желтоватый. Со стороны грудныхъ органовъ вообще и въ частности со стороны сердца не замѣчено никакихъ болѣзненныхъ явленій. Животъ увеличенъ до размѣровъ живота беременной на сносяхъ и имѣетъ совершенно симметричное очертаніе. На кожѣ его находятся старые рубцы беременныхъ. Размѣры его слѣдующіе: наибольшая окружность на уровнѣ пупка—98 ctm., отъ мечевиднаго отростка до пупка — 16 ctm., отъ пупка до лоннаго соединенія—21 ctm., отъ sp. il. ant. sup. до пупка справа и слѣва—по 22 ctm. При пальпаціи живота получены слѣдующія данныя: въ брюшной полости, стѣнки которой тонки и дряблы, находится опухоль, состоящая изъ двухъ неравныхъ отдѣловъ: верхняго меньшаго и нижняго большаго. Тотъ и другой на ощупь плотны, верхній слегка эластичный, оба совершенно безболѣзненны. Нижній отдѣлъ имѣетъ форму матки 7 мѣсяцевъ беременности, такъ что верхняя граница его простирается пальца на два выше

*) Этотъ случай описанъ проф. Лебедевымъ въ «Еженедѣльной Клинической Газетѣ» въ 1886 г.

пупка, а нижняя погружается въ малый тазъ. Надъ лонными костями опухоль эта можетъ быть приподнята весьма немного, тогда какъ справа на лѣво она подвижна въ большей степени. Верхній отдѣлъ опухоли помѣщается тотчасъ надъ нижнимъ, преимущественно въ области праваго hypochondrium. На немъ опредѣляется верхняя довольно выпуклая поверхность и передній, рѣзко очерченный край, на которомъ находится довольно глубокая вырѣзка. Уже изъ одного этого краткаго описанія видно, что этотъ отдѣлъ опухоли симулируетъ собою печень, тѣмъ болѣе, что значительная часть его скрывается подъ ребрами, что не позволяетъ судить о величинѣ его. Относительно подвижности верхней опухоли нужно сказать, что, будучи связана съ нижнею опухолью посредствомъ ножки, она обладаетъ довольно значительною подвижностью, особенно по направленію спереди и снизу, назадъ и вверхъ, причемъ почти вся вправляется въ правое подреберье, но предоставленная самой себѣ, она снова возвращается на свое обычное мѣсто, прилегая къ передней брюшной стѣнкѣ. Изслѣдованіе черезъ влагалище показало, что весьма короткая и отклоненная кзади p. vagin. uteri переходитъ въ нижній сегментъ брюшной опухоли, лежащій тотчасъ надъ прикрѣпленіемъ сводовъ влагалища. При поднятіи нижней брюшной опухоли вверхъ за нею непосредственно тянется сводъ влагалища. Введенный черезъ наружный маточный зѣвъ эластическій бужъ уходитъ на 29—30 сант. въ полость матки. Яичники не опредѣляются.

Относительно нижней опухоли діагнозъ былъ съ перваго раза поставленъ съ положительностью—fibromyoma uteri interstitiale, натура же верхней опухоли установлена только при повторномъ изслѣдованіи, когда убѣдились перкуссіей, что печень находится на своемъ нормальномъ мѣстѣ; предположено, что это fibromyoma uteri subserosum.

Терапія—Laparomyotomia 12 марта 1886 года.

Брюшной разрѣзъ длиною 22 сантиметра по linea alba. По вскрытіи peritonei тотчасъ показалась въ ранѣ нижняя опухоль, съ огромными венами на ея поверхности и слегка бугристая. Эти бугры имѣли характеръ кистовидныхъ полостей, что особенно было выражено на верхней опухоли, которая своимъ переднимъ краемъ также вставилась въ верхній уголъ брюшной раны. Теперь несомнѣнно можно было убѣдиться, что эта загадочная опухоль была дѣйствительно фиброидомъ, пронизаннымъ телянгіэктатическими полостями. Вслѣдъ за этимъ въ брюшную полость введена была рука для точнаго выясненія отношеній опухоли къ окружающимъ частямъ.

При этомъ оказалось, что верхняя опухоль была срощена съ одной стороны съ сальникомъ, а съ другой—на значительномъ пространствѣ съ правой брюшной стѣнкой, почти на уровнѣ нижняго края печени. Отдѣлить эти срощенія представлялось возможнымъ не иначе, какъ по извлеченіи опухоли наружу, что удалось только послѣ продолжительныхъ усилій, удлиннивъ разрѣзъ брюшной стѣнки кверху. Сальниковое срощеніе было перевязано въ два пучка и затѣмъ отрѣзано. Чтобы подойти къ отдѣленію срощенія опухоли съ правой брюшной стѣнкой, необходимо было значительно оттянуть эту послѣднюю въ сторону.

Срощеніе это оказалось настолько короткимъ и мясистымъ, что рискованно было перевязать его одною лигатурою, изъ опасенія соскальзыванія послѣдней съ оставшейся культи, послѣ отдѣленія опухоли отъ брюшной стѣнки.

Поэтому черезъ середину срощенія, помощью иглы, проведена была толстая двойная лигатура, которою оно и перевязано было въ два пучка. Такъ какъ изъ опухоли, послѣ отдѣленія ея, неминуемо должно было послѣдовать кровотеченіе, то на ножку, соединявшую ее съ нижнею опухолью, предварительно наложена была эластическая лигатура, а затѣмъ произведена перерѣзка описаннаго срощенія.

Только съ этого момента получилась возможность извлечь наружу и нижнюю опухоль. Верхняя часть брюшной раны была зашита нѣсколькими провизорными лигатурами. При изслѣдованіи нижняго сегмента матки было обнаружено, что онъ глубоко идетъ въ полость малаго таза, такъ что шейка матки едва замѣтна, что вполнѣ согласовалось съ нашимъ клиническимъ діагнозомъ укороченія port. supra vaginalis. Наложенная на основаніе опухоли толстая (0,8 cim.) эластическая трубка глубоко опустилась въ полость малаго таза.

Она укрѣплена была на своемъ мѣстѣ шелковыми лигатурами. Послѣ этого вся опухоль вмѣстѣ съ яичниками въ 3 пріема была ампутирована. Оставшаяся культя имѣла около 5 сант. въ высоту надъ лигатурой, поверхность ея была значительна.

При туалетѣ брюшной полости и при отрѣзаніи лигатуръ, положенныхъ на срощеніе съ правой брюшной стѣнкою, изъ поверхности разрѣза замѣчено было незначительное паренхиматозное кровотеченіе, для остановки котораго она прижена была аппаратомъ Pacquelin'a. Вслѣдъ затѣмъ, верхняя часть брюшной раны до культи была зашита 11 глубокими шелковыми швами. Сама культя, съ прижженной аппаратомъ Pacquelin'a поверхностью разрѣза, была укрѣплена въ брюшной ранѣ помощью прямой Пеановской иглы, проходившей чрезъ культю и чрезъ брюшныя стѣнки. Что же касается до пришиванія (по Hegar'y) краевъ peritonei parietalis къ брюшному покрову культи, ниже эластической лигатуры, то оно не было произведено потому, что, вслѣдствіе слишкомъ глубокаго положенія послѣдней, для этого требовалось такое вытягиваніе культи наружу, которое частью могло сопровождаться опасными разрывами связочнаго аппарата матки, а частью оказало бы въ послѣопераціонномъ періодѣ сильное раздражающее вліяніе на всю тазовую брюшину. Поэтому культя свободно опущена была въ брюшную полость настолько, насколько это требовалось, что бы избѣжать всякаго напряженія тканей. При этомъ эластическая лигатура и значительная часть находившейся подъ нею культи, долженствовавшей впослѣдствіи омертвѣть, неизбѣжно погрузились въ полость peritonei.

Для предупрежденія возможнаго выпаденія кишекъ, при обычной послѣопераціонной рвотѣ, кожные края брюшнаго разрѣза по всей окружности были пришиты къ верхушкѣ культи. Свободные концы эластической лигатуры помѣщались въ нижнемъ углу брюшной раны, которая въ лобковой области была закрыта наложенными здѣсь нѣсколькими шелко-

выми лигатурами, такъ что въ общемъ на брюшную рану потребовалось 22 шва. Полная листеровская повязка на всю брюшную рану, исключая культи, на которую не былъ положенъ протективъ, чтобы тѣмъ не препятствовать ея мумификаціи. Операція продолжалась 1 ч. 40 м.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ соотвѣтственно тяжести самой операціи. Уже на 2 день замѣчено было нерѣдко наступающее послѣ hysteromyomatomi'и осложненіе со стороны легкихъ; была констатирована правосторонняя пневмонія. Это осложненіе наступило безъ ознобa, но сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ и кровянистою мокротою. Происхожденіе этой пневмоніи нужно отнести вѣроятнѣе всего насчетъ доброкачественной эмболіи, наступившей вслѣдствіе заноса кровяной пробки изъ обширныхъ венозныхъ сплетеній, расположенныхъ по бокамъ матки и затромбированныхъ кровью вслѣдствіе сдавленія эластическимъ жгутомъ.

Этимъ-же, вѣроятно, нужно объяснить и пораженіе средняго уха съ правой стороны, окончившееся перфораціей барабанной перепонки. Всѣ эти осложненія окончились благополучно, такъ что къ 10 дню, когда удалены были швы съ верхняго отдѣла брюшной раны, пневмонія вполнѣ разрѣшилась. Если-же оставить въ сторонѣ указанныя осложненія, то теченіе процесса на мѣстѣ операціи было весьма благопріятно. Не смотря на значительный объемъ омертвѣвавшей культи, помощью обильной присыпки іодоформа удалось держать ее въ состояніи полной асептичности. Къ тому-же, начиная съ 10 дня, мы старались уменьшить объемъ ея, удаляя мертвую ткань по частямъ и время отъ времени прижигая поверхность аппаратомъ Pacquelin'a. Эластическая лигатура удалена была только на 16 день. Но и послѣ ея снятія, долго еще продолжалась секвестрація омертвѣлой ткани, которую удаляли обыкновенно при перевязкѣ больной.

Послѣдніе остатки культи были удалены только 15 апрѣля, т. е. болѣе чѣмъ черезъ мѣсяцъ послѣ операціи. Послѣ этого оказалось, что образовавшійся въ брюшныхъ стѣнкахъ свищевой ходъ стоитъ въ прямомъ сообщеніи съ влагалищемъ черезъ цервикальный каналъ, отъ котораго осталось только короткое кольцо. (Теперь, когда мы имѣли свободный стокъ для гноя чрезъ влагалище, намъ оставалось только, путемъ простой пластической операціи, закрыть свищевой ходъ брюшныхъ стѣнокъ, чтобы достигнуть заживленія и получить такимъ образомъ полное выздоровленіе).

Постепенная облитерація свища путемъ нагноенія шла довольно успѣшно. Оперированная гуляла совершенно свободно, пищевареніе ея было вполнѣ нормально, такъ что общее состояніе ея здоровья съ каждымъ днемъ становилось лучше. По случаю наступившаго закрытія клиники (на лѣто), оперированная переведена въ женское хирургическое отдѣленіе.

№ 5.

Л. К. поступила въ клинику 12 марта 1886 года. Крестьянка Выборгской губерніи, лютеранскаго вѣроисповѣданія, 42 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація на 16 году. Обыкновенно онѣ

бывали черезъ 4 нед. по 3—4 дня, за время же болѣзни неправильно, смѣняясь иногда кровотеченіями. Замужъ вышла на 30 году. Рожала 1 разъ на 35 году; вторая беременность окончилась выкидышемъ на 4 мѣсяцѣ. Больна 3 года.

Жалуется на опухоль и боли въ животѣ и кровотеченія.

Status praesens. Шатенка, средняго роста и тѣлосложенія, слабаго питанія. Животъ увеличенъ. Окружность его на уровнѣ пупка—89, наибольшая—94, разстояніе отъ пупка до мечевиднаго отростка—15, до лоннаго соединенія—14, до правой sp. ant .sup.—16, до лѣвой—15 ctm. Брюшныя стѣнки напряжены, умѣренной толщины. Внизу живота опредѣляется плотная, бугристая опухоль, занимающая главнымъ образомъ срединную линію, но больше заходящая влѣво. Верхняя граница ея на 3 пальца ниже уровня пупка. Она подвижна какъ справа на лѣво, такъ и снизу вверхъ. При перкуссіи на опухоли тупой тонъ. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vag. цилиндрической формы, обращена сзади. Въ переднемъ сводѣ опредѣляется плотная опухоль, шаровидная, исходящая изъ передней стѣнки матки. Сзади, тотчасъ же за прикрѣпленіемъ свода, прощупывается нѣсколько плотныхъ узловъ, тѣсно связанныхъ съ задней поверхностью шейки. Тѣло матки отдѣльно не опредѣляется. Полость матки—12 ctm., она лежитъ, повидимому, между передней и задней вышеописанными опухолями.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція произведена 9 апрѣля 1886 года. Для поднятія опухоли въ вагину введенъ кольпейринтеръ.

Брюшныя стѣнки вскрыты по lin. alba на протяженіи 18 ctm., обходя пупокъ слѣва. Опухоль не безъ труда выпячена наружу и наложенъ жгутъ на ея основаніе. На широкія связки той и другой стороны наложено по одной лигатурѣ, послѣ чего опухоль ампутирована. Такъ какъ въ культѣ осталось еще нѣсколько узловъ, расположенныхъ спереди и сзади вскрытой полости матки, приступлено было къ вылущенію ихъ.

Полость матки дезинфецирована 10% растворомъ карболовой кислоты, изъ культи образованы передній и задній лоскуты и положены швы: въ первый слой 10 швовъ, петлей захватывающихъ одинъ за другой, на нижнюю часть культи обвивной шовъ и 3 узловатыхъ на брюшинный покровъ ея.

По снятіи жгута, культя опущена въ полость живота. Брюшная рана зашита 11 шел. швами. Операція длилась 2 часа.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ особенныхъ осложненій, хотя сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ температуры. На 10 день сняты швы; сращеніе полное—первымъ натяженіемъ. На 14 день больная, вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтніе мѣсяцы, переведена въ хирург. клинику проф. Богдановскаго, откуда черезъ 3 нед. выписалась вполнѣ здоровой.

При этомъ найдено: культя подвижна, величиною въ куриное яйцо, мало чувствительна. Своды свободны.

№ 7.

М. К. поступила въ клинику 18 апрѣля 1887 года. Мѣщанка Псковской губерніи, 33 лѣтъ, православная, занимается крест. хозяйствомъ, дѣвица. Первыя мѣсячныя на 13 году обыкновенно бывали черезъ 4 нед. по 4 дня. За время болѣзни крови бываютъ 2—3 нед. по 2 дня, необильны. Больною считаетъ себя 2 года, когда она впервые замѣтила внизу живота опухоль, величиною въ кулакъ. Рости опухоль стала особенно быстро съ осени прошлаго года.

Жалуется на сильныя боли внизу живота, мѣшающія ей работать, и опухоль живота.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Животъ въ нижней его половинѣ увеличенъ. Окружность его на уровнѣ пупка—76, наибольшая—79, разстояніе отъ пупка до мечевидн. отр.—13, до лобка—18, до правой sp. ant. sup.—16, до лѣвой—16. Брюшныя стѣнки тонки, дряблы. При ощупываніи, внизу живота опредѣляется бугристая, плотная, продолговатой формы, опухоль, имѣющая въ длину 24 ctm., въ ширину 12—14 ctm. Она лежитъ больше вправо, совершенно подвижна. При внутреннемъ изслѣдованіи p. vag. конической формы, нормальнаго объема, обращена кзади. Матка въ нормальномъ положеніи, плотна, ограничено подвижна, увеличена. При оттягиваніи вышеуказанной опухоли вверхъ—опредѣляется тяжъ, соединяющій ее съ правымъ угломъ матки.

Съ лѣвой стороны опредѣляется тоже бугристая опухоль, плотной консистенціи, гораздо меньшей величины, соединенная съ лѣвымъ угломъ матки. Длина полости матки=13 ctm.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri subserosum et interst.

Операція произведена 19 апрѣля 1887 года. Брюшной разрѣзъ проведенъ по бѣлой линіи, обходя пупокъ слѣва, на 19 ctm. Выведена правая опухоль, на широкую ножку ея положено 2 лигатуры, двойныхъ, послѣ чего опухоль ампутирована, а остатокъ ея вылущенъ изъ капсулы.

Такъ же точно было поступлено и съ лѣвой опухолью. Брюшная рана закрыта 16 глубокими и 6 поверхностными швами. Операція длилась 55 мин. Кастрація не была сдѣлана потому, что больная на столько дурно переносила наркозъ, что дальнѣйшее хлороформированіе представлялось опаснымъ. Кромѣ того, отсутствовало показаніе со стороны кровотеченій.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій и при нормальной t°. Вслѣдствіе закрытія клиники на лѣтніе мѣсяцы, больная переведена въ хирург. клинику проф. Богдановскаго, откуда вскорѣ и выписалась здоровой.

№ 8.

П. К. поступила въ клинику 8 октября 1887 г. Крестьянка Новгородской губ., 43 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, прислуга, не замужняя. Мѣсячныя появились на 17 году, обыкновенно были черезъ 3 недѣли по 6—7 дней. Рожала 1 разъ, 5 лѣтъ тому назадъ, совершенно правильно. До родовъ была совершенно здорова; съ этихъ-же поръ начала чувствовать боли внизу живота и лѣвой ногѣ. Регулы стали менѣе обильны и сопровождаются сильными болями въ поясницѣ и внизу живота. Въ продолженіи всего этого времени лечилась, но безъ успѣха.

Жалуется на постоянныя боли внизу живота и лѣвой ногѣ, запоры, головныя боли и общую слабость.

Status praesens. Блондинка, средняго тѣлосложенія, высокаго роста, хорошаго питанія. Окружность живота на уровнѣ пупка—41, наибольшая—43, отъ пупка до мечев. отростка — 16, до лобка — 15, до правой sp. ant. sup.—15, до лѣвой—15 ctm. При ощупываніи живота, внизу его, пальца на 4 надъ лоннымъ соединеніемъ опредѣляется эластическая опухоль, величиною въ кулакъ, подвижная справа на лѣво и нижнимъ своимъ сегментомъ теряющаяся въ полости малаго таза. Ощупываніе живота не болѣзненно. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи наружный зѣвъ представляется въ видѣ поперечной щели; p. vag. цилиндрической формы, обращена кзади. Матка плотна, увеличена въ объемѣ, подвижна. У праваго угла ея, на довольно широкомъ основаніи, прикрѣпляется вышеупомянутая опухоль эластической консистенціи. Она оттягиваетъ матку вправо и вверхъ. Длина полости матки=9 ctm. На основаніи данныхъ изслѣдованія былъ поставленъ:

Діагнозъ.—Fibromyoma uteri subserosum. Post operationem Myxo-fibroma uteri subserosum.

Операція произведена 28 октября 1887 г. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи между пупкомъ и лобкомъ на протяженіи 14 ctm. Показавшаяся въ просвѣтѣ брюшной раны опухоль, была извлечена наружу и ниже ея на матку наложенъ эластическій жгутъ. Перитонеальный покровъ опухоли и капсула ея вскрыты циркулярнымъ разрѣзомъ у основанія опухоли, послѣ чего она была ампутирована. Остатки ея вылущены изъ капсулы частью тупымъ путемъ, частью помощью ножницъ. Послѣ этого вскрытая полость матки была дезинфецирована 10% раств. карболовой кислоты и приступлено къ закрытію культи. Наложенъ непрерывный шовъ изъ кэтгута въ 4 этажа, изъ которыхъ первымъ была закрыта полость матки, а послѣднимъ зашитъ отдѣльно перитонеальный покровъ. Такъ какъ послѣ снятія жгута въ двухъ мѣстахъ показалось сильное кровотеченіе, было наложено два добавочныхъ матрацныхъ шва. Брюшная рана зашита 15 швами. Операція длилась 1 часъ. При наложеніи повязки было замѣчено довольно обильное кровотеченіе изъ влагалища, поэтому оно было проспринцовано и положенъ тампонъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій, t° оставалась все время нормальною.

На 10 день сняты швы, сращеніе полное. На 21 день больная встала съ постели. На 40 день выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи — матка небольшой величины, дно ея склеено съ передней брюшной стѣнкою.

Описаніе опухоли: Опухоль при разрѣзѣ оказалась—фибромдомъ, пронизаннымъ множествомъ разнообразной величины и формы полостей, которыя наполнены совершенно свѣтлой, прозрачной, стекловидной и тягучей жидкостью.

№ 9

М. В. поступила въ клинику 22 октября 1887 года. Крестьянка Новгородской губер., 37 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, нянька, дѣвица. Первая менструація на 14 году; обыкновенно бываетъ черезъ 4 нед. по 5—7 дней. Регулы всегда какъ и теперь—правильны. До мая мѣс. настоящаго года была здорова. Съ этого-же времени началъ сильно болѣть низъ живота, гдѣ она въ послѣднее время замѣтила опухоль. Беременною не была. Жалуется на боли внизу живота, мѣшающія ей работать.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, слабаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка—65, наибольшая—67, отъ пупка до мечевидн. отростка—12, до лоннаго соедин.—15, до правой sp. ant. sup.—14, до лѣвой—14 ctm. Брюшныя стѣнки тонки, вялы. Внизу живота прощупывается плотная, семитрично-лежащая, неподвижная опухоль, дно которой стоитъ надъ лоннымъ соедин. на 13 ctm. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: p. vagin. нормальнаго объема, конической формы, обращена кзади. Матка немного увеличена, плотна, не болѣзненна, въ anteversio. Отъ праваго угла ея отходитъ вышеупомянутая, плотная, подвижная опухоль, соединяющаяся съ маткою посредствомъ ножки.

При оттягиваніи опухоли вверхъ матка переходитъ въ retroversio и p. vaginalis поворачивается впередъ и вправо. Длина полости матки=10 ctm.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri subserosum.

Операція произведена 31 октября 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты на протяженіи 15 ctm., по бѣлой линіи, между пупкомъ и лобкомъ. Опухоль извлечена и ниже ея на матку положенъ эластическій жгутъ, послѣ чего опухоль вылущена. Оставшаяся ея часть вырѣзана ножницами, причемъ была вскрыта полость матки. Дезинфецирована послѣдняя 10% растворомъ карболовой кислоты, на нее наложенъ непрерывный шовъ изъ кэтгута. Такимъ-же швомъ зашитъ и перитонеальный покровъ культи. Послѣ снятія жгута появилось довольно обильное кровотеченіе, вслѣдствіе котораго культя была прошита еще двумя матрацными швами. Брюшная рана закрыта 18 швами, изъ которыхъ 4—поверхностныхъ. Продолжительность операціи 1 ч. 15 мин. Послѣопераціонное теченіе осложнилось небольшимъ абсцессомъ, образовавшимся въ нижней трети раны. Онъ вскрылся на 11 день послѣ снятія швовъ. Остальная часть брюшной раны срослась per primam. t° начиная со вторыхъ сутокъ была лихорадочная, причемъ изрѣдка достигала 39°. Съ 10 дня t° нормальна. На мѣстѣ

абсцесса остался фистулезный ходъ, сообщающійся съ полостью матки. Во время менструаціи изъ него постоянно выдѣлялось небольшое количество крови. Благодаря этому осложненію, была выписана изъ клиники черезъ 2½ мѣс. послѣ операціи.

При выпискѣ найдено: брюшная рана представляется зарубцевавшеюся; p. vag. по проводной оси таза; матка нечувствительна. Своды свободны.

Описаніе препарата: Удаленная опухоль—фиброидъ, круглой формы, вѣсомъ—405 grm. на поверхности его нѣсколько небольшихъ узловъ. Ширина опухоли—9 ctm., длина—10 ctm. При разрѣзѣ внутри опухоли находится неправильной формы полость, наполненная прозрачною, желтоватою жидкостью, тянущеюся въ нити. Наибольшій діаметръ полости 6 ctm., поперечный—3½ ctm.

№ 10.

А. В. поступила въ клинику 24 марта 1888 года. Дворянка Симбирской губерніи, 38 лѣтъ, православная, дѣвица занимается домашнимъ хозяйствомъ. Менструируетъ съ 16 лѣтъ, менструаціи обыкновенно бывали черезъ 3⅓ недѣли по 7 дней; обильныя и прежде за послѣднія пять лѣтъ онѣ на столько усилились, что больная начала лечиться. Года два тому назадъ больная замѣтила увеличеніе живота и опухоль внизу и слѣва. Съ этихъ поръ животъ постепенно увеличивался. Жалуется на обильныя кровотеченія во время регулъ опухоль живота и общую слабость.

Status praesens. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, высокаго роста, средняго питанія. Животъ увеличенъ въ объемѣ. Окружность его на уровнѣ пупка—100, наибольш. 104; отъ пупка до мечевид. отростка 18, до лоннаго соединенія—19, до правой sp. ilci ant. sup.—18, до лѣвой—19. При ощупываніи внизу живота опредѣляется плотная, бугристая, подвижная съ право на лѣво и сверху внизъ—опухоль. Она исходитъ изъ полости таза и дномъ своимъ стоитъ пальца на 4 выше пупка.

Въ области опухоли—тупой тонъ, переходящій вверху и съ боковъ въ тимпаническій. Наружные половые органы нормальны для нерожавшей. P. vag. конической формы, небольшаго объема, обращена кзади. Матка нормальной величины и плотности, оттянута вверхъ. Черезъ передній и задній своды опредѣляется сегментъ опухоли, выполняющій брюшную полость. Она тѣсно связана съ маткою и исходитъ изъ дна ея, слѣва. Полость матки=7 сант.

Діагнозъ—Fibromyoma fundiciteri subserosum.

6 апрѣля 1888 года произведена операція. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи между пупкомъ и лобкомъ, но такъ какъ при попыткѣ извлечь опухоль этого оказалось недостаточно, разрѣзъ былъ продолженъ выше пупка, обходя его слѣва. По извлеченіи опухоли ниже ея на тѣло матки положенъ эластическій жгутъ и опухоль ампутирована. На культю наложенъ непрерывный шовъ въ 2 этажа изъ хромокислаго кэтгута, поверхъ котораго она прошита 9 шелковыми матрацными швами. Такъ

какъ брюшныя стѣнки были очень толсты (больше 4 пол. пальцевъ), брюшина была зашита непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, поверхъ котораго были наложены еще 24 шелковыхъ шва. Операція продолжалась 1 час. 15 минутъ.

Послѣоперацiонное состоянiе прошло безъ осложненiй, хотя въ теченiи первыхъ трехъ сутокъ температура колебалась между 38 и 39° при пульсѣ не выше 88. Начиная съ 4 сутокъ температура нормальная. На 10 день сняты швы; сращенiе полное per primam. На 16 день больная встала съ постели и на 20 день выписалась изъ клиники.

Описанiе опухоли: Опухоль вѣситъ 1350 grm., продолговато-овальной формы, равномѣрно-плотной консистенцiи. Длина ея 21 cim., поперечникъ — 13 cim. Ножка ея элипсоидной формы; имѣетъ 5—6 cim. въ наибольшихъ поперечныхъ размѣрахъ.

№ 11.

П. И. поступила въ клинику 1 октября 1888 года. Больная 30 лѣтъ, цыганка, замужняя, родилась и живетъ въ Новгородской губернiи. Первыя крови явились на 16 году и повторялись постоянно черезъ 3 нед. по 7 дней. Беременна никогда не была. Замужъ вышла на 26 году; до того, какъ больная замѣтила опухоль, года 2 тому назадъ, бывали постоянныя боли въ первый день наступленiя регулъ; когда же появилась опухоль, эти боли прекратились и замѣнились постоянной ноющей болью внизу живота. Во время регулъ опухоль увеличивается.

Жалуется теперь на присутствiе опухоли въ полости живота, ноющiя боли внизу живота, особенно слѣва, мѣшающiя ей работать.

Status praesens. Больная брюнетка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенiя съ плохимъ питанiемъ. При пальпацiи живота опредѣляется въ нижней части опухоль плотной консистенцiи, величиной въ 2 кулака. Опухоль легко смѣщается кверху и можетъ быть приподнята до пупка.

При бимануальномъ изслѣдованiи матка значительно увеличена въ объемѣ, правый уголъ ея вытянутъ въ сторону, такъ что матка имѣетъ видъ однорогой съ развитымъ правымъ рогомъ. Отъ дна матки отходитъ съ правой стороны плотная опухоль величиной съ головку новорожденнаго; опухоль эта легко выводится изъ полости таза и соединена непосредственно съ маткой.

Съ правой стороны и нѣсколько кзади на этой опухоли опредѣляется выступъ величиной въ куриное яйцо. Отъ лѣваго угла отходитъ другая опухоль, идущая вверхъ въ лѣвую fossa iliaca. Эта опухоль эластической консистенцiи имѣетъ колбасовидную форму, къ наружному концу увеличивается постепенно до размѣровъ кулака. Лѣвая опухоль имѣетъ совершенную подвижность. Длина полости матки 16 cim. направленiе ея вправо и кпереди.

Діагнозъ. Fibromyoma subserosum fundi uteri et salpingooophoritis (Hydrosalpinx) sinistra.

Операція 8 октября 1888 г. Разрѣзъ 14 cim. Опухоль, представлявшая изъ себя фиброміому дна матки, была выведена наружу вмѣстѣ съ увеличенными придатками. На лѣвую и правую широкую связку было наложено по 5 шелковыхъ лигатуръ, захватывающихъ цѣпеобразно одна другую; такимъ же образомъ вся широкая связка перевязана въ 5 пучковъ; затѣмъ яичники и трубы были отдѣлены выше легатуръ, оставаясь въ соединенiи съ фиброміомой. Появившееся при этомъ внезапное кровотеченiе изъ тѣхъ участковъ широкихъ связокъ, которые были отдѣлены съ придатками,—остановлено наложенiемъ Т-образныхъ пинцетовъ. Затѣмъ по наложенiи эластическаго жгута подъ основанiе фиброміомы, послѣдняя была отдѣлена, причемъ полость матки осталась не вскрытой.

Послѣ этого изъ культи былъ удаленъ еще кусокъ ткани для того, чтобы получилось клиновидное углубленiе и чтобы такимъ образомъ лучше можно было приладить одинъ лоскутъ къ другому именно: передній къ заднему. Лоскуты соединены 6 шелковыми лигатурами спереди назадъ. Появившееся изъ культи кровотеченiе послѣ снятiя жгута, потребовало наложенiя еще одной лигатуры. Брюшная рана закрыта 14 глубокими швами. Операція продолжалась 55 мин.

Послѣоперацiонный перiодъ. Температура до 10 дня не поднималась выше 37,8°. На 10 день сняты швы; рана зажила первымъ натяженiемъ. На 10 сутки къ вечеру температура поднялась до 38,3° и съ этого времени въ теченiи 1½ мѣсяца бывали временныя поднятiя t° до 38° съ небольшимъ; при этомъ лихорадочная t° держалась 1—2 дня и затѣмъ опять смѣнялась нѣсколькими днями нормальной t°. Это повышенiе t° обусловливалось образованiемъ эксудата на мѣстѣ культи матки и широкихъ связокъ. Когда t° окончательно установилась на нормальной высотѣ и когда эксудатъ сдѣлался плотнымъ, были примѣнены горячiя души, подъ вліянiемъ которыхъ эксудатъ сталъ быстро уменьшаться и на 99 день послѣ операцiи въ день выписки больной, эксудатъ небольшой величины опредѣлялся соотвѣтственно дну матки, откуда въ видѣ двухъ тяжей, толщиной въ палецъ, эксудатъ распространялся въ стороны, соотвѣтственно культямъ широкихъ связокъ. При выпискѣ больная имѣла здоровый видъ и не предъявляла никакихъ жалобъ, кромѣ бывающаго по временамъ сердцебiенiя.

Описанiе препарата. Препаратъ представляетъ фиброміому дна матки, по обѣ стороны ея находятся растянутыя трубы и яичники. Вѣсъ всего препарата 610 grm. Величина фиброміомы равняется размѣрамъ большаго кулака. Окружность 29 cim. Поверхность ровная, покрыта гладкой прозрачной оболочкой. Разстоянiе между видимымъ окончанiемъ трубъ на опухоли 10 cim. Соотвѣтственно участкамъ трубъ, проходящимъ по опухоли, на поверхности ея видны валики, выступающiе подъ брюшиной, толщиной въ гусиное перо.

Правая труба, начиная отъ мѣста отхожденiя отъ фиброміомы имѣетъ въ длину 18 cim.; вначалѣ имѣетъ толщину карандаша и въ первыхъ двухъ третяхъ почти сохраняетъ свой объемъ, лишь нѣсколько утолщаясь къ наружному концу; наружная ⅓ имѣетъ въ діаметрѣ 2 cim. Бахромки сохранены, но онѣ склеены у основанiя. Труба имѣетъ извилистое направленiе, причемъ во внутреннихъ третяхъ ея изгибы, очевидно, обусловливаются

тѣмъ, что брюшина не растягивается соотвѣтственно удлиненію трубы. Въ наружной трети брюшина плотно соединена съ тканью стѣнки трубы; но поверхность брюшины гладка, блестяща и не имѣетъ ложныхъ перепонокъ.

Внутри трубы находится около 2 столовыхъ ложекъ мутной жидкости, содержащей подъ микроскопомъ гнойные шарики въ небольшомъ количествѣ. Просвѣтъ трубы во внутренней части выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Въ наружномъ расширеніи, внутренняя поверхность мѣшка усажена продольными гребнями значительно утолщенныхъ складокъ, имѣющихъ въ вышину до ½ ctm. Лѣвая труба имѣетъ въ длину 37 ctm. Отходя отъ фиброміомы имѣетъ толщину карандаша, на разстояніи 2—3 ctm. начинаетъ дѣлать изгибы и постепенно увеличивается въ діаметрѣ. Затѣмъ труба быстро расширяется и образуетъ длинную колбасовидную опухоль, имѣющую на всемъ протяженіи почти одинаковый діаметръ, именно: 3—4 ctm. Эта опухоль сложена вдвое и обѣ половины срощены другъ съ другомъ. Наружный конецъ закрытъ, бахромки смотрятъ наружу, но сближены другъ съ другомъ и въ такомъ положеніи перетянуты соединительнотканными перепонками. Труба содержитъ 100 grm. густаго сливкообразнаго, желтоватаго гноя съ примѣсью крови; гной безъ запаха. Подъ микроскопомъ главная масса содержимаго трубы, представляется состоящей изъ зернистыхъ, гнойныхъ шариковъ; кромѣ того видны простые кровяные шарики и темноватыя, сильно зернистыя тѣла въ 2—3 раза большей величины. Яичники имѣютъ на видъ нормальныя свойства. Въ лѣвомъ яичникѣ находится свѣжее желтое тѣло.

№ 12.

Е. Т. *) поступила въ клинику 6 октября 1888 года. Больная пріѣхала изъ Тифлиса, 47 лѣтъ. Первая менструація появилась на 15 году и въ дальнѣйшемъ теченіи представляла правильный типъ, появляясь черезъ 4 недѣли и продолжаясь по 3—4 дня. Замужъ вышла 22 лѣтъ, перваго ребенка родила на 25 году. Всѣхъ беременностей было 10, изъ нихъ 3 выкидыша: два по шести недѣль и одинъ 3 мѣсяцевъ. При однихъ родахъ была оказана акушерская помощь, состоявшая въ ручномъ извлеченіи послѣда, которое сопровождалось значительнымъ кровотеченіемъ. Всѣхъ дѣтей кормила сама, причемъ одинъ разъ еще во время кормленія забеременѣла другимъ. Послѣ предпослѣднихъ родовъ (13 лѣтъ тому назадъ) она перенесла какую то послѣродовую форму заболѣванія, удержавшую ее въ постели въ теченіи болѣе 3 недѣль (мѣстные врачи опредѣлили при этомъ воспаленіе обоихъ яичниковъ).

Вскорѣ затѣмъ у больной стали появляться боли въ желудочно-кишечномъ каналѣ, поносы, тяжесть во всей области живота и въ особенности въ лѣвой нижней его части.

---

*) Доложено въ обществѣ русскихъ врачей 12 января 1889 года, студ. *Новицкимъ* и *Поповымъ*.

Во время послѣдней беременности больная мучилась головной болью, частою тошнотой, рвотой слизью и кашлемъ, причемъ кашель со рвотой являлся постоянно въ извѣстные часы дня. Послѣдніе роды (10 лѣтъ 5 мѣс. тому назадъ) прошли весьма благополучно, почти безъ болей, и тотчасъ по рожденіи плода ясно обнаружилась со стороны брюшныхъ покрововъ въ лѣвой части живота опухоль, признанная тифлисскими врачами за кисту лѣваго яичника. Ростъ опухоли шелъ неодинаково: вначалѣ она росла мало, но была сильно болѣзненна при всякомъ прикосновеніи; такимъ образомъ, дѣло шло въ продолженіе 1 года 8 мѣсяц., въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзненность значительно уменьшилась, но ростъ быстро увеличивался до послѣдняго времени. Менструація прекратилась 3 года тому назадъ на 45 году. Полгода спустя появилось кровотеченіе, продолжавшееся 5—7 дней, причемъ дня черезъ 4 послѣ его окончанія повторилось болѣе обильное истеченіе крови, содержащей крупные сгустки; послѣднее кровотеченіе было въ іюлѣ 1888 года въ теченіи 7 дней.

Больная жалуется на непрерывно въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ растущую у нея въ животѣ опухоль и кровотеченіе.

Status praesens. Продолжительное лежаніе на спинѣ для больной крайне затруднительно, такъ какъ тотчасъ же начинается шумъ въ головѣ, сердцебіеніе и боль въ области сердца; но это еще сравнительно самое удобное положеніе, ибо при лежаніи на правомъ боку является удушье, а на лѣвомъ — сильная болѣзненность. Лѣтомъ нынѣшняго года былъ отекъ лѣвой ноги.

При изслѣдованіи больной оказалось, что животъ неравномѣрно увеличенъ; черезъ кожу его просвѣчиваютъ вены, отдѣльныхъ выступовъ не замѣчается. Наибольшая окружность на уровнѣ пупка 101 ctm.; разстояніе отъ proc. xyphoid. до пупка 24 ctm. отъ пупка до лоннаго соединенія 14 ctm., отъ правой spina ilei ant. sup. до пупка 14 ctm., отъ лѣвой 19 ctm.

Черезъ брюшныя стѣнки прощупывается одиночная опухоль съ голову взрослаго человѣка, лежащая больше въ лѣвой сторонѣ внизу живота, надъ входомъ въ тазъ и распространяющаяся вверхъ пальца на 3 выше пупка.

Опухоль съ ясными контурами, мягкой консистенціи, въ лѣвой части своей ясно флюктуирующая, съ гладкой поверхностью, мало подвижна въ боковомъ направленіи, вверхъ и внизъ почти неподвижная. При давленіи сильно болѣзненна слѣва, справа меньше, по серединѣ еще меньше. При перкуссіи получается тупой тонъ на самой опухоли, а вокругъ нея совершенно ясный кишечный тонъ. При внутреннемъ изслѣдованіи per vaginam оказалось, что portio vaginalis uteri отодвинута далеко вверхъ и отклонена вправо; лѣвый сводъ глубже праваго, въ обоихъ прощупываются сегменты опухоли мягкой консистенціи. Опухоль непосредственно соприкасается съ лѣвымъ краемъ матки, положеніе которой въ ante-lateropositione dextra.

Зѣвъ и цервикальный каналъ свободно пропускаютъ зондъ, который идетъ вправо и нѣсколько впередъ. Длина полости матки 19 ctm.; при боковыхъ движеніяхъ опухоли portio vaginalis uteri смѣщается очень мало.

На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія опредѣлено, что

опухоль лежитъ интралигаментарно и что наиболѣе вѣроятнымъ въ данномъ случаѣ діагнозомъ является „fibromyoma uteri intralig.“

26 октября 1888 года была произведена лапаратомія. Больная приготовлена къ ней обычнымъ способомъ (ванны, спринцеванія растворомъ 1:2000 сулемы, производившіяся во все время пребыванія ея въ клиникѣ, слабительное, magisterium, bismuthi и промывательное предъ самой операціей).

Въ 10 час. 40 мин. приступлено къ хлороформированію, въ 10 час. 50 мин. произведенъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ отъ пупка до symphisis oss. pubis, причемъ въ области пупка брюшные покровы оказались чрезвычайно тонкими, совершенно лишенными подкожнаго жирнаго слоя. По мѣрѣ приближенія къ лонному соединенію, они дѣлались все толще и толще, постепенно достигая 3—6 ctm въ поперечникѣ. По вскрытіи брюшной полости, показалась опухоль неправильно-шарообразной формы, мягкой консистенціи, темнобагроваго цвѣта съ синими полосками (венными стволами), берущая свое начало на задней лѣвой стѣнкѣ матки у ея дна. Для извлеченія опухоли разрѣзъ продоженъ еще на 6 ctm. вверхъ и влѣво отъ пупка на губкѣ, вложенной подъ эту часть крайне истонченныхъ (приблизительно до ½ ctm.) брюшныхъ покрововъ. Послѣ извлеченія опухоли наружу вмѣстѣ съ прилежавшими къ ея дну съ правой стороны яичникомъ и фаллопіевой трубой, былъ наложенъ рядъ лигатуръ на lig. lata и при этомъ перевязаны aa. spermaticae; верхній отдѣлъ раны временно закрытъ 5 швами.

На нижній отдѣлъ матки наложена провизорная эластическая лигатура, концы которой завязаны крѣпкой шелковой ниткой и произведена циркулярнымъ разрѣзомъ amputatio uteri supravaginalis; въ разрѣзъ попала полость матки, которая послѣ тщательнаго обеззараживанія (10 % растворомъ карболовой кислоты) закрыта 4 швами тонкаго шелка. Изъ культи, выравненной скальпелемъ и куперовскими ножницами, выкроены передній и задній лоскуты, соединенные идущими спереди назадъ 6 матрацными швами. Вслѣдствіе повторявшагося нѣсколько разъ кровотеченія при опусканіи культи въ полость таза, наложены еще 3 лигатуры въ правомъ углу раны и 2 въ лѣвомъ. Рана брюшныхъ стѣнокъ защита 22 глубокими и 4 поверхностными швами, присыпана іодоформомъ и закрыта обычной повязкой. Продолжительность наркоза 1 часъ 35 мин., самой операціи 1 час. 20 мин.

Теченіе послѣоперацiоннаго періода представляло слѣдующія явленія: рвоты не было, хотя въ продолженіи первыхъ сутокъ и появлялась часто тошнота; въ области живота небольшая зудящая боль, мало безпокоющая больную.

Температура въ первые сутки держалась въ предѣлахъ нормы; въ 3 часа дня слѣдующихъ поднялась до 39,0°, но вскорѣ (къ вечеру того же дня) опустилась. Частота пульса и дыхательныхъ движеній шла параллельно температурѣ. Съ 4 дня назначено больной молоко и бульонъ, съ 8—бѣлый хлѣбъ и 10—мясо. Швы сняты на 12 день (7 ноября), причемъ въ нижнемъ швѣ замѣчено нагноеніе, въ остальныхъ prima intentio. Въ

настоящее время больная, выписавшаяся изъ клиники, чувствуетъ себя вполнѣ удовлетворительно.

Вѣсъ удаленной опухоли=2850 gr., справа и нѣсколько спереди опухоли находится полость матки, по вскрытіи которой ея слизистая оболочка оказалась гладкой, блѣдной и на видъ мало измѣненной; маточныя отверстія фаллопіевыхъ трубъ не могутъ быть прозондированы. Толщина стѣнки матки=1, 3 ctm. длина удаленной матки=8, 6 ctm., ширина=5 ctm. Размѣръ лежащаго на опухоли лѣваго яичника: длина=4, 5 ctm., ширина 2, 5 ctm., фаллопіева труба очень утончена, ширина ея 2 mlm; длина, которую удалось прослѣдить=18 ctm. Сзади и слѣва у матки располагается фиброміоматозная опухоль, окруженная соединительно—тканною капсулою, толщиною около 2 mlm., очень легко отдѣляющеюся. Въ разрѣзѣ опухоль представляется гнѣзднаго строенія, съ различной величины полостями, раздѣленными то большой, то меньшей толщины перекладинами и участками опухоли. Полости эти особенно ясно выражены между соединительно-тканною капсулой и самой опухолью. Содержимое полостей совершенно прозрачная жидкость съ зеленоватымъ оттѣнкомъ, свертывающаяся на воздухѣ въ желатинообразную массу. На поверхности опухоли имѣется придатокъ элипсоидной формы, величиною съ грецкій орѣхъ, на ощупь эластическій; при его разрѣзѣ оказалось, что онъ содержитъ полость небольшой величины съ густымъ, свѣтлосѣрымъ содержимымъ; стѣнки плотны, толщиною 7 mlm., размѣры самаго придатка: справа налѣво 2,8 ctm., сверху внизъ 2,1 ctm.

№ 13.

А. З. поступила въ клинику 26 ноября 1888 года. Повивальная бабка 44 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія уроженка г. С.-Петербурга, вдова. Менструируетъ съ 17 лѣтъ, черезъ 3 нед. по 5—6 дней. Замужъ вышла на 21 году, ни разу не была беременна. До 1888 года была всегда здорова. Съ этого же времени страдаетъ болями въ ногахъ, преимущественно въ лѣвой, которая очень часто отекаетъ.

5 лѣтъ тому назадъ появились сильныя боли и начались частые позывы къ мочеиспусканію. Послѣдніе прогрессируютъ съ каждымъ годомъ, иногда сопровождаясь сильными болями. 4 года тому назадъ больная замѣтила опухоль внизу живота. Регулы за это время появляются правильно, но стали гораздо обильнѣе.

Жалуется на частое и болѣзненное мочеиспусканіе, нервное разстройство и опухоль внизу живота.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, довольно хорошаго питанія. Окружность живота на уровнѣ пупка—72, наибольшая 77, отъ пупка до мечевиднаго отростка—17, до лоннаго соединенія—19, до правой sp. ant. sup.—16, до лѣвой—16 сант. При ощупываніи живота, внизу его, опредѣляется плотная, нечувствительная опухоль, стоящая пальца на 3 надъ лоннымъ соединеніемъ. Наружные половые органы нормальны. Per. vaginam: p. vagin. конической формы, небольшаго объема, направлена

кзади. Матка неравномѣрно—плотной консистенціи, совершенно подвижна. На передней поверхности ея опредѣляется плотный узелъ, величиною въ кулакъ взрослаго человѣка.

Длина полости матки=10 ctm., зондъ идетъ кзади.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція произведена 30 ноября 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по lin. alba, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 17 ctm. Послѣ наложенія провизорныхъ лигатуръ на края брюшнаго разрѣза, опухоль извлечена наружу и на основаніе ея наложенъ эластическій жгутъ. Ампутирована опухоль циркулярнымъ разрѣзомъ, культя была осмотрѣна, причемъ оказалось, что въ толщѣ ея находятся два фиброзныхъ узла, величиною въ горошину. Удаливъ эти фиброиды, культя была дезинфецирована 10% карболов. растворомъ и зашита, причемъ швы положены были въ два этажа: глубокій слой состоялъ изъ 8 шелковыхъ швовъ, въ поверхностномъ же слоѣ было положено 22 шва, изъ которыхъ 3 матрацныхъ. Жгутъ снятъ и брюшная рана зашита 16 швами. Операція длилась 1 час.

Послѣоперацiонное состояніе прошло безъ осложненій; высшая t° 37,6. На 10 день сняты швы, сращеніе полное на всемъ протяженіи. На 20 день больная встала; на 48 выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи найдено: p. vagin. обращена кзади; матка ограничено подвижна, въ переднеправомъ сводѣ небольшой эксудатъ, плотной консистенціи, безболѣзненный.

Описаніе опухоли: Опухоль круглаго очертанія, одѣта плотной капсулой.

Вѣсъ опухоли—565 grm., длина ея—12 ctm., ширина 10 ctm.

№ 14.

Е. Ж. *) поступила въ клинику 16 декабря 1888 года. Больная, 45 лѣтъ. Первая менструація появилась на 16 году и дальнѣйшій типъ регулъ до настоящаго времени былъ совершенно правильный: черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Замужъ вышла на 20 году и первые роды были на 22 году. Всѣхъ беременностей 6; изъ нихъ одинъ выкидышъ и одинъ разъ двойни. Послѣдніе роды 13 лѣтъ тому назадъ; акушерской помощи ни при однихъ родахъ не понадобилось. Семь лѣтъ тому назадъ больная впервые обратила вниманіе на опухоль въ полости живота, величиною въ кулакъ, смѣщающуюся при движеніи больной, такъ что при лежаніи больной на какомъ-либо боку опухоль отходила въ сторону противоположную; въ первое время ощущалось всегда опусканіе опухоли внизъ послѣ мочеиспусканія.

Ростъ новообразованія шелъ неодинаково: первыя шесть лѣтъ опухоль росла медленно, постепенно достигши до пупка; въ послѣдній-же годъ стала быстро увеличиваться въ объемѣ и приняла тѣ размѣры, которые мы видимъ въ настоящее время. Больная жалуется на тяжесть въ области живота вслѣдствіе опусканія его, одышку, боли въ бокахъ, отдающія

*) Этотъ случай доложенъ въ обществѣ русскихъ врачей 12 января 1889 года студ. *Новицкимъ* и *Поповымъ*.

въ поясницу. По временамъ замѣчаетъ отекъ ногъ и вздутіе живота въ области epigastrii.

Status praesens. Больная малаго роста, средняго тѣлосложенія, съ плохимъ питаніемъ; замѣчаются отеки, варикозныя вены, рубцы на животѣ; брюшныя стѣнки напряжены, подкожныя вены растянуты, по всему животу рѣзкая флюктуація, вслѣдствіе водянки его; кромѣ того, у больной замѣчается грыжевое выпячиваніе пупка. Наибольшая окружность живота 118 ctm., на уровнѣ пупка 113 ctm., разстояніе отъ правой spina il. ant. sup. до пупка 34 ctm., а отъ лѣвой до пупка 37 ctm. Черезъ брюшныя стѣнки прощупывается одиночная, совершенно гладкая опухоль, величиною съ голову взрослаго человѣка, лежащая больше въ лѣвой части живота. Она безболѣзненна, подвижна, съ ясными контурами, довольно плотной консистенціи и не флюктуирующая. При перкуссіи кишечный тонъ появляется, не доходя 16 ctm. до мечевиднаго отростка; тоже проясненіе получается на боковыхъ сторонахъ живота при томъ или другомъ боковомъ положеніи больной; при при пальпаціи рѣзко замѣтно ballotement опухоли. Промежность цѣла, слизистая оболочка влагалища блѣдна, гипертрофирована и замѣчается prolapsus задней стѣнки vaginae. Матка увеличена въ объемѣ, плотной консистенціи и безболѣзненна при давленіи. При изслѣдованіи per vaginam оказалось, что portio vaginalis uteri отклонена влѣво; своды свободны и только въ переднемъ какъ-бы прощупывается передне-нижній сегментъ опухоли. Изслѣдованіе per rectum обнаружило rectocele и неизмѣненную по своему анатомическому положенію lig. rectouterinum. Внутреннее ручное изслѣдованіе не дало замѣтить движенія матки при сдвиганіи опухоли вверхъ; однако инструментальное изслѣдованіе доказало связь опухоли съ маткой, ибо пулевые щипцы, которыми была извлечена portio vaginal. uteri, при оттягиваніи черезъ брюшныя стѣнки вверхъ, втягивались во влагалище на 4 ctm. Длина полости матки при изслѣдованіи металлическимъ и мягкимъ зондами дала одинаковую величину—12 ctm.

На основаніи анамнестическихъ данныхъ, теченія, формы, величины, плотности, связи съ маткой и длины полости этой послѣдней, значительно превосходящей обычныя цифры, діагностика склонялась въ сторону новообразованія матки (fibromyoma uteri subserosum).

11 января 1889 года была произведена лапоротомія. По вскрытіи брюшной полости отъ лоннаго соединенія на 28 ctm. изъ нея вылилось около 1/2 ведра серозной янтарно-желтаго цвѣта прозрачной жидкости. Ближайшее изслѣдованіе, произведенное по вскрытіи брюшныхъ стѣнокъ, обнаружило, что опухоль соединена обильными сращеніями съ окружающими частями. Выведенная изъ полости брюшины опухоль, величиною съ голову взрослаго человѣка, фиброзной плотности, съ расширенными до толщины мизинца венами, имѣла форму шара, сплюснутаго по вертикальной оси. По верхней своей поверхности, ближе къ задней периферіи, она была срощена съ сальникомъ. Расширенныя (до толщины гусинаго пера) вены его непосредственно исчезали въ массѣ опухоли; наложенныя en masse въ двухъ мѣстахъ 2 двойныя лигатуры изъ толстаго шелка дали возможность подойти къ другимъ сращеніямъ. По передней и боковой (преимущественно лѣвой), а также и по нижней периферіи опухоль имѣла

сплошныя сращенія съ peritoneum parietale и viscerale. По причинѣ плотности сращеній разрываніе и отслаиваніе ихъ представило большія трудности. На нѣкоторыя изъ нихъ, гдѣ предполагались сосуды, наложены лигатуры (одна слѣва и двѣ спереди); по разсѣченіи однихъ сращеній представлялся цѣлый рядъ другихъ, съ которыми поступлено предыдущимъ образомъ.

Кромѣ того, произведено отдѣленіе опухоли отъ верхушки мочеваго пузыря. Опухоль была соединена съ маткой ножкой толщиною въ 2 поперечныхъ пальца и въ 1 ctm. длины; мѣстомъ прикрѣпленія ножки былъ лѣвый уголъ дна матки. Ножка, прошитая 2 двойными лигатурами и затѣмъ перевязанная, была перерѣзана; концы лигатуръ, выведенные изъ раны, обрѣзаны, сальникъ и культя ножки опущена въ брюшную полость. Рана брюшной стѣнки соединена 27 глубокими и 4 поверхностными швами. Первые 7 глубокихъ швовъ наложены, начиная отъ нижняго угла раны, послѣдующіе 20 сверху, съ предварительной резекціей истонченныхъ лоскутовъ брюшной стѣнки на мѣстѣ пупочнаго кольца, съ цѣлью предупредить послѣдующее развитіе грыжи, отчего направленіе соединенныхъ краевъ раны у пупка имѣло видъ ломанной линіи. Наложена обычная повязка.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ очень гладко. T° тотчасъ же послѣ операціи 36,8°, пульсъ 44. Къ ночи t° поднялась до 38°; а затѣмъ все время держалась въ предѣлахъ нормы. На 11 день (22 января) сняты швы, вездѣ prima intentio. 20 февраля 1889 года больная выписалась изъ клиники совершенно здоровой.

Вѣсъ удаленной опухоли 2144½ grm., по формѣ она представляетъ сплюснутый шаръ, наибольшій размѣръ котораго 18 ctm., наименьшій 15 ctm.; толщина или, лучше, размѣръ по оси сплюснутости 11½ ctm.; отдѣльныхъ бугровъ не наблюдается. По задней верхней периферіи находится спаянная съ опухолью часть резецированнаго сальника; по передней и боковымъ поверхностямъ видна шероховатость—мѣсто сращенія съ брюшной стѣнкой; на нижней поверхности замѣчается углубленіе въ 1 ctm., неправильной ладьеобразной формы—мѣсто прикрѣпленія ножки.

На ощупь опухоль значительной плотности, разрѣзывается съ трудомъ; въ разрѣзѣ представляетъ ясный характеръ строенія фиброміомъ.

№ 15.

Л. Б. поступила въ клинику 24 октября 1889 г. Больная 33 лѣтъ, родилась въ г. Петербургѣ, православнаго вѣроисповѣданія, по занятію гувернантка, не замужняя. Первые регулы на 13 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 3 дня. До настоящаго заболѣванія была здорова. Года 4—5 тому назадъ ушибла животъ, чему приписываетъ очень обильные регулы, появившіеся въ то время и продолжающіеся въ такомъ видѣ и досихъ поръ (черезъ 4 недѣли по 6—12 дней); кровь менструальная иногда бываетъ очень густая, дегтеобразная, сгустками. Съ тѣхъ поръ страдаетъ сильными запорами, такъ что безъ клизмы не бываетъ стула. Во время

регулъ появляется боль въ правомъ паху и учащаются позывы къ мочеиспусканію.

Жалуется на обильные регулы, на боли въ правой сторонѣ живота, постоянные запоры, плохой аппетитъ, сонъ и разстройство нервной системы.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, умѣреннаго питанія, крайне анемична. Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія ничего не нормальнаго не замѣчается. При ощупываніи живота опредѣляется плотная опухоль, бугристая, шаровидной формы, стоящая на 3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ, весьма подвижная. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей находимъ: hymen цѣлъ, съ двумя отверстіями; одно изъ нихъ свободно пропускаетъ указательный палецъ; влагалищн. часть немного увеличена, конической формы; тѣло матки увеличено и отклонено немного вправо; на задней стѣнкѣ ея опредѣляется весьма плотная опухоль, тѣсно связанная съ маткою. Другая опухоль тоже весьма солидной консистенціи имѣетъ также связь съ задней стѣнкой матки, сидитъ, повидимому, на ножкѣ, величиною съ апельсинъ, легко перемѣщается справа на лѣво, вверхъ и внизъ. Изслѣдованіе было подъ хлороформеннымъ наркозомъ, въ виду чувствительности больной и ея нервозности.

Діагнозъ. Fibromyoma uter interst. et subserosum.

Терапія.—Міомотомія 11 октября 1889 года.

Разрѣзъ въ 14 сант. проведенъ по бѣлой линіи ниже пупка, не доходя на 2 поперечныхъ пальца до лоннаго соединенія. На края брюшной раны наложены двѣ провизорныхъ лигатуры, для удержанія кишекъ; въ брюшную полость введено 3 губки. Войдя рукой въ брюшную полость, операторъ захватилъ опухоль и вывелъ ее наружу. Послѣдняя сидѣла на мясистой ножкѣ длиной приблизительно въ 6 сант. Острой иглой проведена черезъ ножку двойная шелковая лигатура (№ 13) и завязана въ 2 пучка; ножка перерѣзана и опухоль удалена.

Послѣ этого, въ виду существованія внутри стѣночныхъ міомъ тѣла матки, рѣшено сдѣлать кастрацію. Оба яичника удалены послѣ наложенія на ихъ ножки двойныхъ шелковыхъ лигатуръ и перевязки ихъ въ 2 пучка. Брюшная рана зашита 14 глубокими швами. Продолжительность операціи 30 минутъ. Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ. Въ первый день и въ началѣ 2-го больную нѣсколько разъ вырвало и жаловалась нѣкоторое время на боль въ животѣ. На 9 день сняты швы—первое натяженіе. На 15 день встала, а на 19 выписалась изъ клиники здоровой. Изслѣдованіе при выпискѣ: матка въ anteflexio, подвижна, безболѣзнена, величина ея та же, что и раньше; своды свободны. Описаніе препарата. Опухоль, величиною въ 2 кулака, представляетъ изъ себя субсерозный фибріодъ, развившійся изъ задней стѣнки матки. Вѣсъ ея 500 grm.

№ 16.

А. Н. поступила въ клинику 19 декабря 1889 года. Больная духовнаго званія, 46 лѣтъ отъ роду, родилась въ Тверской губерніи и мѣстожительство имѣетъ тамъ же, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ. Первые регулы на 14 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 3 недѣли по 5—6 дней, довольно обильные. Замужъ вышла на 36 году, беременной не была. Три года тому назадъ больная случайно замѣтила опухоль въ животѣ, которая быстро стала увеличиваться, боли сдѣлались сильнѣе и регулы обильнѣе и чаще являлись (черезъ 2 нед. по 5—6 дней). Жалуется на боли въ поясницѣ, спинѣ и обильные регулы, запоры.

Status praesens. Шатенка, роста ниже средняго, съ довольно хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, костная и мышечная системы развиты въ достаточной степени. Со стороны органовъ кровообращенія—сердце въ поперечникѣ довольно увеличено; со стороны же органовъ дыханія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается.

Въ нижней части живота, не смотря на довольно толстыя брюшныя стѣнки, прощупывается плотная, бугристая, подвижная опухоль, величиной съ голову новорожденнаго ребенка; подвижность опухоли ограничена слѣва на право и при этомъ передвиженіи является сильная боль. Размѣры живота: на уровнѣ пупка=106, наибольшая окружность=112 ctm.

отъ пупка до лобка	18½ ctm.
„ „ „ мечевиднаго отростка . .	29 „

При бимануальномъ изслѣдованіи находимъ слѣдующее: влагалищная часть матки конической формы, непосредственно переходитъ въ плотную бугристую опухоль, которая, повидимому, сидитъ въ днѣ матки, расположившись нѣсколько въ правой сторонѣ, въ толщѣ стѣнки ея. Зондированіе полости матки показало, что опухоль ея равняется 10 ctm. Зондъ идетъ влѣво и кзади.

Діагнозъ. Fibromyoma fundi uteri interstitiale.

Терапія—laparomyomotomia 31 января 1890 года.

Брюшные покровы вскрыты послойно разрѣзомъ по бѣлой линіи, который сперва былъ начатъ отъ пупка внизъ до лоннаго соединенія и затѣмъ продолженъ вверхъ выше пупка на 2 поперечныхъ пальца. Рукой, введенной въ полость живота, опухоль была извлечена, подъ основаніе ея положенъ эластическій жгутъ; опухоль, согласно сдѣланному раньше предположенію, оказалась сидящей на днѣ матки. Разрѣзомъ, проведеннымъ по передней поверхности увеличенной матки, въ продольномъ направленіи сверху вправо и внизъ вскрыта капсула, имѣвшая толщину не болѣе 4 ctm.; изъ нея была вылущена шарообразная, плотная опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Полость матки была не вскрыта. На основаніе и дно капсулы наложены шелковые матрацные швы. Послѣ наложенія 8 такихъ швовъ эластическій жгутъ снятъ; послѣдовало довольно значительное кровотеченіе, вслѣдствіе чего наложены еще въ различныхъ мѣстахъ раны 3

шелковыхъ шва; излишнія стѣнки капсули срѣзаны ножницами; культя опущена въ брюшную полость.

Вслѣдствіе чрезмѣрно развитаго подкожнаго жирнаго слоя наложенъ обвивной кэтгутовый шовъ на брюшину и апоневрозъ. Кожная рана была зашита 14 глубокими и 7 поверхностными шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція длилась 1 ч. 30 минутъ. Хлороформа потрачено 82 grm. Послѣ операціи больная умерла на 8 день при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Т.° все время была нормальная и только передъ смертью она опустилась ниже нормы до 34,5, но въ самый моментъ смерти она опять поднялась до 37,1°; пульсъ же постепенно учащался и слабѣлъ. Въ продолженіи всего этого времени у больной повременамъ была рвота, вначалѣ боли въ животѣ, которыя вскорѣ прошли, и боли въ лѣвомъ боку.

При вскрытіи оказалось: въ полости живота, особенно въ маломъ тазу, скопленіе темнокрасной кровяной жидкости, брюшина не измѣнена; въ другихъ органахъ особенныхъ измѣненій нѣтъ.

Описаніе препарата, полученнаго при операціи:

Опухоль шарообразной формы, въ окружности 27 сант., продольный діаметръ 9 сант., поперечный 8 сант. Вѣситъ 290 граммовъ; довольно плотной консистенціи, бугристая. По составу своему принадлежитъ къ отдѣлу фиброміомъ.

№ 17.

Е. К. поступила въ клинику 11 сентября 1890 г. Крестьянка Олонецкой губерніи, 39 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хлѣбопашествомъ. Первая менструація на 15 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 6 дней; теперь-же 2 года регулъ нѣтъ. Замужъ вышла на 18 году, беременна не была. 1½ года тому назадъ больная впервые замѣтила внизу живота слѣва опухоль, плотной консистенціи, совершенно безболѣзненную. Животъ съ этихъ поръ сталъ постепенно увеличиваться.

Жалуется больная на тяжесть въ животѣ, затрудненное мочеиспусканіе, уменьшеніе количества мочи и сильную одышку.

Status praesens. Больная очень исхудалая, истощенная особа, средняго тѣлосложенія и роста. При перкуссіи грудной клѣтки оказывается, что сердце приподнято вверхъ; верхняя граница печени по сосковой линіи на 5 ребрѣ, нижняя граница не опредѣляется. Въ органахъ дыханія и пищеварительныхъ ничего не нормальнаго не найдено. Суточное количество мочи 320 куб. сант., уд. вѣсъ 1,025, бѣлка не содержитъ.

Животъ представляется увеличеннымъ во всѣхъ размѣрахъ. Окружность на уровнѣ пупка 125 сант., наибольшая окружность 132 сант., отъ пупка до мечевидн. отростка 38,5 сант., отъ пупка до лоннаго соединенія 28½ сант., отъ пупка до правой sp. il. ant. sup. 35 сант., отъ пупка до лѣ-

вой sp. il. ant. sup. 37 сант. Брюшныя стѣнки сильно напряжены, опредѣляется большое количество асцитической жидкости въ полости живота. Влагалищная часть матки находится на нормальной высотѣ, стоитъ по проводной оси таза; зондъ опредѣляетъ длину полости матки въ 10 сант.

18 сентября сдѣлана пункція и выпущено аппаратомъ Potain'a 21,460 куб. сант. жидкости, уд. вѣса 1,004. При изслѣдованіи осадка жидкости подъ микроскопомъ, найдено обильное количество разнородныхъ форменныхъ элементовъ, какъ-то: коллоидные шары, зернистые, пигментированные, блѣдные лимфоидные элементы и кровяные шарики.

При изслѣдованіи больной на другой день констатирована твердая, бугристая, болѣзненная опухоль, плавающая въ оставшейся жидкости, занимаетъ она больше лѣвую половину полости живота ниже пупка. При бимануальномъ изслѣдованіи матка прощупывается отдѣльно отъ опухоли, увеличена и отклонена влѣво. Опухоль величиною въ голову взрослаго человѣка. При оттягиваніи опухоли снаружи вверхъ и въ стороны, матка слѣдуетъ за этими движеніями. Опухоль, повидимому, исходитъ изъ дна матки и сидитъ на ножкѣ.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri subperitoneale.

Терапія. Laparo-myomotomia 22 сентября 1890 г.

Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 22 сант. (Начало разрѣза на 3 пальца выше пупка). Тотчасъ-же по вскрытіи брюшины изъ ея полости стала изливаться водяночная, серозная жидкость въ очень большомъ количествѣ. Опухоль величиною съ голову взрослаго человѣка, плотной консистенціи, бугристая, исходитъ изъ дна матки на ножкѣ. Опухоль была срощена какъ съ пристѣночной брюшиной, такъ и съ кишками; нѣкоторыя сращенія удалось разорвать рукой, другія-же перерѣзаны ножницами, послѣ предварительнаго наложенія на нихъ шелковыхъ лигатуръ; мѣстами пришлось срѣзать частицы опухоли и оставить ихъ въ брюшной полости приращенными къ кишечной стѣнкѣ.

Послѣ этого на ножку опухоли былъ наложенъ резиновый жгутъ, опухоль срѣзана, изъ остатка ножки вырѣзаны клиновидные куски, для образованія лоскутовъ, и культя зашита матрацными и обыкновенными узловатыми шелковыми швами (8 лигатуръ). Культя опущена въ брюшную полость, изъ которой губкой удалены кровяная жидкость и сгустки крови. Брюшная рана зашита 19 глубокими и 3 поверхностными швами и наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 1 час. 20 мин. При вполнѣ благопріятномъ теченіи послѣопераціоннаго періода на 11 день post operationem у больной появилась pneumonia crouposa dextra, а затѣмъ и sinistra съ летальнымъ исходомъ, послѣдовавшимъ очень быстро. На 10 день сняты швы, причемъ рана зажила первымъ натяженіемъ; никакихъ явленій со стороны органовъ брюшной полости не замѣчалось.

При вскрытіи найдено: Pneumonia crouposa duplex et nephritis interstitial. chr.

Описаніе препарата, полученнаго послѣ операціи. Опухоль плотная, мѣстами ткань ея рыхлая, какъ-бы отечная; разрѣзы, сдѣланные въ нѣсколькихъ мѣстахъ черезъ опухоль, показали повсюду плотную, фиброзную, въ нѣкоторой степени отечную ткань.

Размѣры опухоли: Длина 20 сант.
Высота 10 „
Ширина 18 „
Вѣсъ 2138 граммовъ.

№ 19.

М. Б. поступила въ клинику 29 ноября 1890 года. Дворянка, уроженка г. Риги, православнаго вѣроисповѣданія, 47 лѣтъ, занимается хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови на 15 году, типъ ихъ теперь какъ и до болѣзни черезъ 4 нед. по 3—4 дня. Вышла замужъ на 17 году, беременна не была. Все время пользовалась удовлетворительнымъ здоровьемъ. 10 лѣтъ тому назадъ было воспаленіе яичниковъ, отъ котораго лечилась въ Крейцнахѣ. Около 5 лѣтъ замѣтила ростущую опухоль въ животѣ, въ лѣвомъ паху, величиной съ апельсинъ, плотную, безболѣзненную; въ дальнѣйшемъ она постепенно стала увеличиваться; болей особенныхъ не причиняла. Около года тому назадъ было воспаленіе брюшины—3 недѣли лежала въ постели. Съ этихъ поръ чувствуетъ неловкость при сидѣніи, которая сильна особенно за послѣдніе мѣсяцы. Жалуется на тяжесть, боль и опухоль внизу живота, запоры.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, хорошаго питанія и тѣлосложенія. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ не замѣчается ничего не нормальнаго.

При наружномъ изслѣдованіи: въ полости живота опредѣляется на 2 пальца надъ пупкомъ плотная, бугристая, безболѣзненная опухоль, которая легко смѣщается справа на лѣво, труднѣе снизу вверхъ. Высота стоянія опухоли надъ лобкомъ 22 ctm., ширина ея 21 ctm. Окружность на уровнѣ пупка 76 ctm.

Отъ пупка до мечевиднаго отростка . .	12	ctm.
„ „ „ лоннаго соединенія. . . .	17	„
„ „ „ правой sp. il. ant. sup. . .	18	„
„ „ „ лѣвой sp. il. ant. sup. . . .	18	„

При изслѣдованіи катстромъ черезъ мочевой пузырь, онъ оказывается приподнятымъ надъ лонной дугой. При внутреннемъ изслѣдованіи: port. vaginal. обращена книзу и впередъ, конической формы, увеличена; зѣвъ въ видѣ поперечной щели. Бугристая, плотная опухоль выполняетъ весь малый тазъ, преимущественно лѣвую половину его, и исходитъ, повидимому, изъ существа матки и сидитъ интерстиціально, въ заднемъ сводѣ помѣщается такая же опухоль, повидимому, субсерозная, которая легко выводится изъ крестцовой впадины.

Длина полости матки 15 ctm.; зондъ направляется впередъ и немного влѣво. Во время пребыванія въ клиникѣ до операціи у больной нѣсколько разъ были регулы, необильные, во время нихъ замѣчено небольшое увеличеніе опухоли. Въ общемъ чувствовала себя хорошо.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex.

Терапія. Myomotomia 30 января 1890 г.

Разрѣзъ проведенъ по бѣлой линіи, начатъ пальца на 3 выше пупка и оконченъ на 2 пальца надъ лоннымъ соединеніемъ, длиною 21 ctm.; брюшина вскрыта по lin. alba; небольшое кровотеченіе остановлено Pean' пинцетами. На края раны ниже пупка наложены 2 провизорныхъ лигатуры, сальникъ и кишки были удержаны на мѣстѣ введенными губками; послѣ этого удалось выкатить изъ брюшной полости весь tumor. Вынутая опухоль синеватаго цвѣта, слѣва значительно налиты вены, по верхнему краю слѣва тянется лѣвая фаллопіева труба съ яичникомъ; опухоль величиною съ голову взрослаго человѣка; за узкимъ мѣстомъ—шейкой опухоли слѣдуетъ новый tumor равномѣрной формы, распознанный, какъ значительно увеличенная матка; съ правой стороны ея, вверху, помѣщаются 2 субсерозныхъ фиброида величиной въ вишню, ниже также субсерозный—величиной съ апельсинъ, на передней стѣнкѣ находится нѣсколько маленькихъ фиброидовъ. Ниже всѣхъ этихъ опухолей на мѣстѣ шейки матки наложенъ эластическій жгутъ, который крѣпко стянутъ и завязанъ шелковой ниткой; верхняя опухоль удалена циркулярнымъ разрѣзомъ помощью ампутаціоннаго ножа; изъ art. spermatica sinistra показалось кровотеченіе, въ виду чего наложена на нее лигатура и завязана; субсерозный фиброидъ, сидящій справа, удаленъ, послѣ перевязки его ножки двойной толстой лигатурой въ 2 пучка, причемъ лигатура была еще разъ обведена кругомъ ножки. Затѣмъ помощью бистури удалено тѣло матки, при этомъ была вскрыта ея полость, изъ культи вылущены интерстиціальные фиброиды разныхъ величинъ, отъ апельсина до горошины, находившіеся здѣсь въ значительномъ количествѣ. Изъ передней и задней стѣнокъ культи эксцидированы куски ткани для сформированія двухъ хорошо прилегающихъ другъ къ другу лоскутовъ; послѣ этого культя зашита матрацными швами изъ толстаго шелка, идущими спереди назадъ, такихъ швовъ наложено 6; когда былъ снятъ жгутъ, показалась кровь изъ лѣваго угла культи, поэтому здѣсь была еще наложена одна лигатура. Кровотеченіе остановилось вполнѣ, лигатуры коротко обрѣзаны. Сдѣланъ туалетъ брюшины и брюшная рана зашита 17 шелковыми (№ 8) узловатыми швами; поверхъ наложена обычная повязка.

Продолжительность хлороформированія 1 ч. 25 м. Издержано хлороформа 65 куб. ctm. Продолжительность операціи 1 часъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій при нормальномъ пульсѣ и t°, разъ только она поднялась до 38°. Въ первые сутки была сильная рвота и боль внизу живота, на 9 день сняты швы—повсюду первое натяженіе. 20 марта больная выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата: вѣсъ опухоли 2175 grm. Удаленныя опухоли представляютъ изъ себя субсерозные и интерстиціальные фиброиды. Первый tumor величиной съ голову взрослаго человѣка, сидѣлъ слѣва на углу дна матки, развился отчасти интралигаментарно; по его поверхности тянется лѣвая увеличенная труба съ распластаннымъ яичникомъ, остальные фиброиды разныхъ величинъ.

№ 20.

М. К. поступила въ клинику 29 января 1891 года. Больная 42 лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, дворянка Петербургской губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови явились на 14 году и до болѣзни являлись правильно черезъ 3 нед., продолжаясь по 5—7 дней. За время болѣзни онѣ сдѣлались неправильными и обильными.

Жалуется на увеличеніе живота, отекъ ногъ, неправильные и обильные регулы. Больна 2 года.

Status praesens. Брюнетка средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія. Внизу живота и на бедрахъ замѣчаются варикозныя расширенія венъ. Брюшныя стѣнки упруги. При ощупываніи внизу живота замѣчается чувствительность. Въ области опухоли перкуссія даетъ тупой тонъ. Наружные половые органы нормальны. Слизистая оболочка нормальна складки ея сглажены.

Матка въ anteversio lateropositio dextra плотна, болѣзненна и незначительно подвижна. Длина ея полости 13 сант. Влагалищная, часть конической формы, направлена кзади, неувеличена.

Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается эластическая опухоль, съ голову новорожденнаго ребенка, въ правомъ сводѣ прощупывается маленькая опухоль, плотной консистенціи.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri subserosum et cystofibroma uteri intraligament. sinistrum.

Операція—Laparotomyotomia 20 февраля 18°1 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 16 сант. Сначала выведена правая опухоль (субсерозный фиброидъ), ножка ея перевязана въ два пучка и опухоль отрѣзана, затѣмъ съ трудомъ извлечена лѣвая межсвязочная, на основаніе ея наложены двѣ лигатуры и опухоль удалена.

Культи опущены въ полость брюшины. Операція продолжалась 40 м.

Брюшная рана зашита 14 глубокими швами и наложена обычная повязка.

Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. Швы сняты на 10 день, рана зажила первымъ натяженіемъ, на 55 день больная выписалась изъ клиники здоровой.

№ 21.

Ф. Ц. поступила въ клинику 4 октября 1891 года. Родилась въ городѣ Томскѣ, гдѣ и имѣетъ жительство. Дворянка, 50 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ, іудейскаго вѣроисповѣданія. Первыя мѣсячныя крови на 16 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 3 недѣли по 4 дня, теперь являются рѣже, но продолжительнѣе; вышла замужъ на 18 году, беременна не была. Три года тому назадъ было сильное кровотеченіе, сопровождавшееся значительными болями въ лѣвой сторонѣ живота, крово-

теченіе вскорѣ прекратилось. Полтора года тому назадъ крови стали путаться и запаздывать, годъ тому назадъ замѣтила увеличеніе живота и врачъ, къ которому она обратилась, нашелъ у нея опухоль матки. Теперь крови приходятъ черезъ 2—3 мѣсяца, продолжаются по 4—5 дней.

Жалуется на сильныя боли тяжесть внизу живота и опухоль.

Status praesens. Больная очень полная, пожилая женщина, средняго роста, хорошаго питанія. Тоны сердца чисты, нѣсколько слабы, со стороны органовъ дыханія и пищеварительныхъ ничего особенно не замѣчается.

При ощупываніи живота находили въ полости его круглое тѣло, плотное, величиной съ голову взрослаго человѣка, подвижное справа на лѣво, но мало подвижное сверху внизъ.

При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалище значительно вытянуто вверхъ, влагалищная часть обращена кзади. Тѣло матки въ положеніи anteflexio. Длина ея полости бужомъ 13 сант.. зондомъ 11 сант. Въ правомъ и заднемъ сводѣ прощупываются сегменты плотной опухоли, опредѣляемой наружными пріемами. Опухоль, повидимому, исходитъ изъ дна матки, сидитъ на ножкѣ; при движеніи ея вверхъ, двигается и матка въ томъ же направленіи.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri subperitoneale et interstitiale

Терапія. Laparotomotomia 2 октября 1891 года.

Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ въ 27 сант., начало его выше пупка на 3 пальца. На края брюшной раны наложено двѣ провизорныхъ лигатуры. Опухоль, сидѣвшая на днѣ матки, захвачена рукой и выведена наружу; ножка опухоли перевязана въ 2 пучка толстой шелковой лигатурой и опухоль срѣзана; на культю наложено еще три матрацныхъ шва и культя опущена въ брюшную полость. На задней стѣнкѣ матки найденъ незначительный интерстиціальный фиброидъ, который оставленъ на мѣстѣ. Брюшина соединена непрерывнымъ швомъ изъ хромокислаго кэтгута. На брюшные покровы наложено 18 глубокихъ и 5 поверхностныхъ узловатыхъ шелковыхъ шва и обычная повязка.

Операція продолжалась 1 часъ; хлороформированіе 1 ч. 15 мин., истрачено хлороформа 75 граммъ.

Первые 1½ сутки больная чувствовала себя относительно хорошо, температура нормальная и пульсъ не превышалъ 85; начиная съ этого времени, пульсъ началъ падать въ своей силѣ и учащаться, дошелъ до 140 и наконецъ сдѣлался совершенно — неощутимымъ; температура оставалась все время нормальной. Въ началѣ 4 сутокъ больная тихо скончалась. Все время больная жаловалась на боль въ спинѣ, подъ ложечкой отрыжку, на сухость во рту, жаръ внутри живота. Изъ объективныхъ явленій замѣчалась одышка и значительное вздутіе живота, которое не удалось устранить никакимъ образомъ.

Животъ при ощупываніи былъ совершенно безболѣзненъ; подъ конецъ больная была безпокойна, все время двигалась, много говорила и жаловалась на неудобство своего положенія.

Протоколъ вскрытія: По вскрытіи брюшной полости, соотвѣтственно кожной ранѣ брюшина склеена съ подлежащими петлями кишекъ фибринозно-гнойнымъ экссудатомъ. Серозный покровъ кишекъ мутенъ, гиперемированъ и такъ-же покрытъ тонкимъ слоемъ фибринозно-гнойнаго экссудата. Въ полости малаго таза съ ½ стакана кровянисто-серозной жидкости; на прилежащихъ частяхъ замѣчаются кровяные свертки въ небольшомъ количествѣ. Петли какъ тонкихъ, такъ и толстыхъ кишекъ наполнены газомъ и склеены рыхлыми фибринозными перепонками. Діафрагма сильно поднята вверхъ, такъ что нижнія доли легкихъ нѣсколько сдавлены; сердце смѣщено вверхъ, полости его растянуты, стѣнки лѣваго желудочка истончены до 8 milim. Въ бороздахъ сердца довольно значительное отложеніе жира. Endocardium и intima аорты сильно имбибированы кровью. На intima аорты разсѣяны склеротическія бляшки и одна изъ нихъ достигаетъ величины серебрянаго пятачка. Края сальника склеены фибринозными перепонками съ серознымъ покровомъ матки. На передней поверхности матки находится культя, на основаніе которой наложена лигатура. Культя имѣетъ грибовидную форму, ткань ея довольно рыхла и пропитана кровяными сгустками. Полость матки растянута, на слизистой ея оболочкѣ находятся полипозныя опухоли, величиной въ орѣхъ; въ толщѣ стѣнки ея нѣсколько межуточныхъ фиброидовъ величиной отъ орѣха до куринаго яйца. Смерть произошла отъ внезапно развившагося фибринозно-гнойнаго воспаленія брюшины. Описаніе препарата, полученнаго при операціи: Опухоль величиной съ голову взрослаго человѣка, вѣситъ 2000 граммъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась чистой фиброміомой.

№ 22.

Р. С. поступила въ клинику 1 декабря 1891 года. Дворянка, родилась въ г. Вологдѣ, имѣетъ мѣстожительство въ Новгородской губер., 32 лѣтъ отъ роду, незамужняя, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя мѣсячныя крови пришли на 16 году и появлялись черезъ 3 недѣли по 6 дней какъ до болѣзни, такъ и во время нея. Въ первый разъ больная замѣтила увеличеніе живота въ февралѣ 1891 года и прощупывала опухоль въ нижней части живота, слѣва, величиной въ небольшое яблоко. До этого была совершенно здорова. Въ маѣ мѣсяцѣ 1891 года больная обратилась къ мѣстному врачу, который опредѣлилъ у нея опухоль въ нижней части живота. Въ ноябрѣ у больной были сильныя боли въ животѣ, повышенная температура. Лечившимъ врачемъ былъ поставленъ діагнозъ перитонита.

Жалуется на боли внизу живота, сильный кашель, одышку, плохой сонъ, аппетитъ и пр.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, очень плохаго питанія. При изслѣдованіи органовъ дыханія найдено: притупленіе перкуторнаго тона, жесткое дыханіе и выдохъ въ верхушкахъ легкихъ. Въ мокротѣ найдены Коховскія палочки, эластическія волокна. Пульсъ учащенный; тоны сердца чисты. Животъ неравномѣрно увеличенъ, именно: съ правой стороны онъ болѣе выстоитъ, чѣмъ съ лѣвой. Перкуссія даетъ

на мѣстѣ нахожденія опухоли тупой тонъ, который переходитъ рѣзко въ ясно-кишечный. При ощупываніи опредѣляется въ полости живота плотная, бугристая опухоль съ рѣзкими контурами, значительно болѣзненная при ощупываніи; опухоль имѣетъ небольшую подвижность во всѣ стороны. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка—67 ctm., наибольшая окружность—73 ctm. Отъ пупка до мечевиднаго отростка—17 ctm., отъ пупка до лобка—19 ctm., отъ пупка до правой sp. il. ant. sup.—17 ctm., отъ пупка до лѣвой sp. il. ant. sup.—17 ctm.

При бимануальномъ изслѣдованіи port. vagin. конической формы, направлена впередъ; тѣло матки опредѣляется въ заднемъ сводѣ (retroversio); матка небольшая, плотная и очень болѣзненная. Длина ея полости $7^1/_2$ ctm. Черезъ боковые и передній своды прощупывается бугристая, плотная опухоль, находящаяся, повидимому, въ связи съ маткою. При оттягиваніи опухоли вверхъ, двигается и матка въ томъ-же направленіи; при отодвиганіи опухоли слѣва направо матка приподнимается кверху и тянется за опухолью; при другихъ движеніяхъ опухоли, матка остается почти неподвижной. Выдѣленія — слизистыя. Внезапно развившійся перитонитъ объясненъ перекручиваніемъ длинной ножки.

Діагнозъ Fibromyoma uteri subserosum.

Терапія—Laparotomyomotomia 22 января 1892 г.

Разрѣзъ по l. alba внизъ отъ пупка къ лонному соединенію, не доходя на три пальца до него, затѣмъ, въ виду болѣе значительнаго объема опухоли, разрѣзъ увеличенъ на 2 пальца выше пупка; длина разрѣза 20 ctm. На края раны наложено двѣ провизорныхъ лигатуры. Опухоль оказалась дѣйствительно субсерознымъ фиброидомъ, сидѣвшимъ на длинной ножкѣ, которая исходила отъ лѣваго угла матки; ножка была перекручена справа на лѣво 3 раза.

Опухоль имѣла сращенія только съ сальникомъ. Ножка опухоли перевязана въ два пучка двойной шелковой лигатурой и опухоль удалена.

Культя опущена въ брюшную полость. Брюшная рана закрыта 17 глубокими и 2 поверхностными шелковыми швами. Продолжительность операціи 30 минутъ. Хлороформа издержано 40 граммовъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій; въ 1 день больную нѣсколько разъ вырвало. На 10 день сняты швы, рана повсюду зажила первымъ натяженіемъ. На 18 день больная встала; на 29 день выписалась изъ клиники. Кашляетъ очень мало; чувствуетъ себя отлично. Черезъ мѣсяцъ мы видѣли больную, нашли ее вполнѣ здоровой, она очень поправилась, пополнѣла.

Описаніе препарата: опухоль—фиброидъ съ весьма незначительнымъ количествомъ мышечной ткани, величиной съ голову взрослаго человѣка. Вѣсъ ея 2420 граммовъ. Длина 20 ctm., ширина 14 ctm.

КАСТРАЦІИ.

№ 1.

Е. М. *) поступила въ клинику 18 сентября 1884 года. Больная, вдова есаула, уроженка земли войска Донскаго; 44 лѣтъ отъ роду, вышла замужъ на 19 году, первыя менструаціи появились на 16 году; сначала появлялись черезъ 3 недѣли, продолжались 4—5 дней; были обильны, но неболѣзненны; съ 24 лѣтъ типъ ихъ измѣнился: промежутки становятся короче, а продолжительность каждой менструаціи длиннѣе; не смотря однако на это, здо овье г-жи М. было все время относительно въ хорошемъ состояніи; но вотъ уже около 5 лѣтъ оно прогрессивно подрывается почти непрерывными кровотеченіями изъ матки. Въ 1881 г. больная впервые узнала о присутствіи въ животѣ опухоли, которая однако долго сама по себѣ мало безпокоила ее; только въ послѣднее время она приняла значительные размѣры, а вмѣстѣ съ тѣмъ появилось чувство полноты и тяжести въ животѣ, регулы начали приходить черезъ 7—8 дней, стали настолько болѣзненны и обильны, что заставляютъ больную лежать въ постели по нѣсколько дней; всякая же попытка встать сопровождается сердцебіеніемъ и обмороками. Рожала 2 раза, первые роды на 21 году двойнями, послѣдніе на 22 году; оба раза роды и послѣродовой періодъ прошли вполнѣ благополучно

Жалобы больной главнымъ образомъ сосредоточены на кровотеченіи и сильномъ упадкѣ силъ. До поступленія въ клинику она много лечилась, годъ тому назадъ подверглась въ теченіи 4 мѣсяцевъ леченію подкожными вспрыскиваніями эрготина, которыя мѣсяца на $1^1/_2$ немного задержали кровотеченія, но потомъ всѣ припадки возобновились съ прежнею силою.

Status praesens. Больная брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія, но очень плохаго питанія; наружные покровы и слизистыя оболочки блѣдны, лицо отечно, стѣнки живота умѣренной толщины, при перкуссіи на палецъ ниже пупка тупой тонъ, идущій до лоннаго соединенія по бокамъ и выше пупка тонъ тимпаническій, при пальпаціи въ полости

*) Описана въ дисс. д-ра Заварыкина.

живота въ области тупаго тона прощупывается опухоль равномѣрно плотной консистенціи, продолговато-овальной формы величиною съ голову взрослаго человѣка.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	80	сант.
Наибольшая окружность	83	„
Отъ конца мечевид. отростка до пупка .	14	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія . . .	17	„
Отъ правой sp. ant. s. до пупка	15	„
Отъ лѣвой sp. ant. s.	15	„
Высота дна опухоли	15	„
Поперечникъ	14,5	„

При внутреннемъ изслѣдованіи per.vaginam найдено слѣдующее: Port. vagin. гипертрофирована, плотна, смотритъ влѣво и взадъ; зѣвъ въ видѣ поперечной щели и немного расширенъ; шейка матки непосредственно переходитъ въ опухоль, нижній сегментъ которой занимаетъ большую часть малаго таза; опухоль мало подвижна, болѣзненна слѣва, равномѣрной плотности, овальной формы и простирается вверхъ до пупка. Полость матки= 15,5 сант. Яичники легко прощупываются, правый помѣщается позади опухоли въ заднемъ сводѣ. На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія поставленъ діагнозъ.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Больная принята въ клинику. Во время довольно продолжительнаго наблюденія ея здѣсь замѣчено было, что опухоль съ приближеніемъ регулъ и въ первые дни появленія ихъ рѣзко увеличивается въ объемѣ.

Наибольшіе размѣры:

Окружность живота на 3 пальца надъ пупкомъ	84	сант.
Отъ конца мечев. отростка до пупка . . .	18	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія.	18	„
Отъ sp. ant. s. правой с. до пупка	19	„
„ „ „ „ лѣвой с.	19	„
Наибольшая длина опухоли	16½	„
„ ширина	18	„

Эти колебанія въ величинѣ указывали на кавернозный характеръ строенія опухоли. Съ цѣлью уменьшить кровотеченія и, такимъ образомъ, поднять силы больной назначено было подкожное вспрыскиваніе эрготина; не смотря однако на довольно значительное количество такихъ вспрыскиваній—около 70 въ теченіи почти 3½ мѣсяцевъ — результатъ былъ мало замѣтный; кровотеченія, правда, стали менѣе обильны и промежутки между ними увеличились, но опухоль не уменьшилась и, какъ только вспрыскиваніе прекратилось, менорраги возобновились съ прежнею силою; тогда рѣшено было приступить къ радикальной терапіи; принимая во вниманіе чрезвычайный упадокъ силъ больной, о Hysteromyomotomi'и какъ операціи трудной, требующей значительнаго времени, нечего было и думать, съ другой стороны, такъ какъ опухоль имѣла кавернозное строеніе, а менорраги были главнымъ угрожающимъ симптомомъ, кастрація обѣщала несомнѣнный успѣхъ.

Производство операціи 20 января 1885 года.

Послѣ предварительнаго тщательнаго обмыванія наружныхъ покрововъ живота, по linea alba проведенъ разрѣзъ внизъ отъ пупка на 15 ст.; идя послойно, вскрыта брюшная полость, въ которую тотчасъ же, чтобы удержать напоръ кишекъ, введено было нѣсколько губокъ; вслѣдъ за этимъ довольно легко выведенъ въ брюшную рану лѣвый яичникъ. У его основанія чрезъ lig. ovarii проведена тупой иглой двойная шелковая лигатура; послѣ перевязки ея ножки en masse яичникъ былъ срѣзанъ, на оставшуюся въ культѣ часть паренхимы наложены еще 2 лигатуры выше первыхъ, затѣмъ концы лигатуръ были отрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость. Удаленіе праваго яичника, вслѣдствіе глубокаго положенія за опухолью и короткости его связки, было гораздо труднѣе; только послѣ поворота опухоли вокругъ ея продольной оси, онъ сдѣлался вполнѣ доступенъ, и также, какъ и лѣвый, былъ удаленъ; вслѣдъ за этимъ края брюшной раны соединены 6 глубокими, 11 поверхностными швами и наложена обыкновенно употребляющаяся въ клиникѣ при лапоротоміяхъ повязка. Операція продолжалась 50 мин.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ въ первые дни больная страдала нѣсколько разъ рвотою, жаловалась на боли въ животѣ; на 3 день показалось кровотеченіе изъ rima pudendi, а черезъ 4 дня оно прекратилось; t° все время была нормальна. На 9 день сняты поверхностные, а на 11 глубокіе швы; рана зажила per prim. intent. Чрезъ 3 недѣли больная первый разъ встала съ постели; самочувствіе ея удовлетворительно. Въ теченіи 1½ мѣсяцевъ послѣ операціи повторились нѣсколько разъ неправильныя незначительныя кровотеченія, затѣмъ наступила менопауза; въ 2 срока, когда должны быть менструаціи, появлялись разныя molimena, но кровотеченія изъ матки не было. Опухоль постепенно уменьшалась, а къ концу пребыванія больной въ клиникѣ объёмъ ея не превышалъ размѣра дѣтской головки.

Послѣдовательные размѣры:

10 февраля	высота опухоли	13	с.,	поперечникъ	14	с.
21 „	„	10	„	„	7	„
13 марта	„	7	„	„	7	„

10 апрѣля больная выписалась; къ этому времени здоровье ея настолько поправилось, что нельзя было желать ничего лучшаго.

9 января 1886 г., почти ровно черезъ годъ послѣ операціи, д-ръ Гольденбергъ демонстрировалъ больную въ обществѣ русскихъ врачей; при этомъ изслѣдованіе показало слѣдующее: матка увеличена, въ anteflexio плотна, неподвижна и безболѣзненна; дно ея доходитъ до входа въ тазъ; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается незначительное затверденіе, полость матки равна 9—9½ сант. Больная чувствуетъ себя совершенно здоровой.

№ 2.

М. Г. поступила въ клинику 5 января 1886 г. Больная—крестьянка, прислуга, дѣвица. Въ раннемъ возрастѣ страдала эпилептическими припадками, но затѣмъ была совершенно здорова. Первыя мѣсячныя на 17 году, всегда болѣзненны; первое время продолжались всего лишь по 1 дню; вскорѣ установился правильный типъ ихъ: черезъ 3 недѣли, по 1—2—3 дня, но въ большинствѣ случаевъ не болѣе 1 дня, всегда въ незначительномъ количествѣ. За нѣсколько дней до появленія кровей появлялись: угнетенное состояніе духа, плохой сонъ, боли въ лѣвой половинѣ головы, предсердечная тоска, сердцебіеніе, слабость и онѣмѣніе конечностей, большею частью одной, дизурія, боли въ обоихъ пахахъ и надъ лобкомъ. Боли эти продолжались и въ первый день мѣсячныхъ, причемъ общее нервное разстройство усиливалось; являлась боль въ крестцѣ и истерическій шаръ. Судорогъ не было. Всѣ эти припадки были сначала очень слабы, но съ теченіемъ времени стали сильнѣе и появлялись, въ легкой степени, уже внѣ мѣсячныхъ. Больная жалуется на дизменоррею, сильныя боли въ обоихъ пахахъ послѣ ходьбы, а иногда и безъ видимыхъ причинъ, и на различныя нервныя явленія во время мѣсячныхъ.

Status praesens. Блондинка (съ просѣдью), роста выше средняго, хорошаго сложенія, съ умѣренно развитымъ подкожнымъ жиромъ. Цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдный. Брюшныя стѣнки напряжены, чувствительность въ области обоихъ яичниковъ. Болящія точки по направленію позвоночника, въ области подвздошныхъ костей и ключицъ; непостоянныя мѣстныя анэстезіи. Внутренніе органы нормальны. Матка перегнута впередъ, въ первой степени, невелика, плотна, вполнѣ подвижна, при давленіи болѣзненна. Шейка невелика; зѣвъ круглый; ссадинъ вокругъ него нѣтъ. Влагалище небольшое; columnae rugarum сохранены. Въ сводахъ прощупываются увеличенные, очень болѣзненные яичники. Оба сильно увеличиваются передъ мѣсячными. Прямая кишка и мочевой пузырь нормальны. Давленіемъ на яичники можно вызвать истерическіе припадки. Такъ какъ яичники были увеличены и болѣзненны, явленія истеріи совпадали съ мѣсячными и давленіемъ на яичники можно было вызвать припадокъ, чего при давленіи на другія точки не замѣчалось, то, послѣ тщетнаго примѣненія другихъ мѣръ, 27 февраля было приступлено къ двухсторонней кастраціи. Разрѣзъ наружныхъ покрововъ въ 15 сан. Брюшина надрѣзана ножемъ и по пальцу разрѣзъ продоженъ вверхъ и внизъ. Правый яичникъ выведенъ безъ затрудненія; на связку его наложена лигатура въ 2 пучка, причемъ брюшной конецъ фаллопіевой трубы оставленъ внѣ ея. Яичникъ удаленъ выше лигатуры. Удаленіе лѣваго яичника сдѣлано по тому-же способу, но выведеніе его встрѣтило нѣкоторое затрудненіе, вслѣдствіе сращеній съ окружавшими частями небольшими ложными перепонками. Рана закрыта 6 глубокими и 7 поверхностными швами. Послѣопераціонный періодъ прошелъ благополучно. Рвота прекратилась на другой день. Боли по направленію разрѣза

и нервная дрожь безпокоили больную въ теченіи первыхъ 3 дней. На 3 день было нѣкоторое вздутіе живота и температура поднялась въ первый разъ до 38,2°, но послѣ промывательнаго упала къ вечеру до 37,2°. На десятый день сняты швы. Первое натяженіе. На 30 день, при выпискѣ больной изъ клиники, матка перегнута впередъ; въ лѣвомъ сводѣ уплотнѣніе съ горошину. Чувствительности нѣтъ нигдѣ. Общее состояніе значительно лучше; нервныя явленія исчезли; мѣсячныхъ не было. Черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи больная, вполнѣ оправившись, уѣхала въ деревню.

Черезъ годъ мы имѣли отъ нея извѣстіе, что она чувствуетъ себя хорошо.

Описаніе препарата. Лѣвый яичникъ имѣлъ въ длину $3^1/_2$, въ ширину 3 и въ толщину 2 сант. Поверхность его была ноздреватая, мѣстами просвѣчивающая. При разрѣзѣ паренхима его почти сплошь состояла изъ полостей, отъ булавочной головки до лѣснаго орѣха. На нѣкоторыхъ разрѣзахъ остовъ яичника состоялъ лишь изъ перекладинъ разной толщины, раздѣлявшихъ полости одну отъ другой.

Кромѣ полостей, почти на всѣхъ разрѣзахъ попадались приблизительно такой-же величины тѣла разнообразной формы, просвѣчивавшія, блѣдноокрашенныя. Правый яичникъ имѣлъ въ длину $3^1/_2$, а въ ширину $2^1/_2$ и толщину 2 сант. Поверхность его тоже ноздреватая; въ одномъ мѣстѣ было возвышеніе, съ крупную горошину, темно-краснаго цвѣта (кровяная киста).

№ 3.

А. Р. *) поступила въ клинику 27 февраля 1885 года. Уроженка Тверской губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ, 35 лѣтъ отъ роду. Первыя менструаціи на 17 году, сначала приходили черезъ 3 недѣли и продолжались 2—3 дня, въ теченіи же 2 послѣднихъ лѣтъ, хотя и появлялись также черезъ 3 недѣли, но продолжаются по 6—7 дней. Больная никогда не рожала, раньше была всегда здорова.

Жалуется на тяжесть въ животѣ, чувство напиранія на низъ и обильныя регулы.

Status praesens. Блондинка, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія; стѣнки живота умѣренной толщины, слегка напряжены; при пальпаціи въ животѣ прощупывается опухоль плотной консистенціи, безболѣзненная и легко подвижная; верхняя граница ея—на $1^1/_2$ пальца выше пупка.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	89	stm.
Отъ конца мечевидн. отростка до пупка.	19	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія	21	„
Отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка . .	18	„
„ лѣвой „ „ „ „ „ „ . .	20	„
Наибольшая окружность	94	„

Наружные половые органы нормальны; слизистая оболочка вагины

*) Описана въ дисс. д-ра Заварыкина.

слегка разрыхлена, port. vagin. стоитъ высоко, конической формы, плотна увеличена и направлена взадъ; зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія; шейка матки непосредственно переходитъ въ опухоль, занимающую большую часть полости малаго таза; кромѣ того, въ правомъ сводѣ находится круглое, плотное тѣло съ гладкою поверхностью, величиною въ куриное яйцо и сидящее на главной опухоли соотвѣтственно supra-vaginal'ной части шейки матки; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается такое же тѣло, величиною въ орѣхъ и также тѣсно примыкающее къ нижнему сегменту главной опухоли. Полость матки—21 сант; зондъ при изслѣдованіи ея направляется позади опухоли. Яичники, расположенные по обѣимъ сторонамъ опухоли и приподнятые ею высоко надъ входомъ въ тазъ, легко узнаются черезъ брюшныя стѣнки; оба они, особенно лѣвый, немного увеличены.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale parietis anterioris multiplex.

Терапія—castratio.—На другой день поступленія въ клинику у больной начались менструаціи, которыя продолжались 6 дней и были очень обильны. Колебаній въ величинѣ опухоли во время и послѣ регулъ не было замѣчено. Такъ какъ опухоль достигла такихъ размѣровъ, что вызывала припадки давленія и дѣлала такимъ образомъ существованіе больной не выносимымъ, была вполнѣ показана радикальная терапія. Принимая во вниманіе техническія трудности для Hysteromiomotomia и, благодаря вышеописанному расположенію фибромiомъ въ шейкѣ матки, рѣшено было примѣнить кастрацію, тѣмъ болѣе, что послѣдняя, вслѣдствіе приподнятія опухолью обоихъ яичниковъ, представлялась сравнительно легкою.

Операція 10 марта 1885 г. Предварительное изслѣдованіе органовъ грудной полости не обнаружило ничего патологическаго; разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ былъ сдѣланъ по lin. alb., начиная немного выше пупка—внизъ, длиною въ 20 сант.; тотчасъ же былъ выведенъ въ рану лѣвый яичникъ, который оказался сидящимъ на очень короткой ножкѣ; тѣмъ не менѣе, у его основанія чрезъ lig ovarii была проведена двойная шелковая лигатура; послѣ перевязки ею ножки en masse—яичникъ удаленъ; въ этотъ моментъ замѣчено было кровотеченіе изъ культи, которое потребовало наложенія вокругъ послѣдней еще двухъ лигатуръ, и тогда только кровотеченіе остановилось. Затѣмъ концы лигатуръ были отрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость; правый яичникъ удаленъ безъ труда; вслѣдъ за этимъ, послѣ тщательнаго осмотра полости peritonei края брюшной раны соединены 8 глубокими и 12 поверхностными швами, а сверху наложена повязка. Операція продолжалась 52 минуты.

Послѣопераціонный періодъ. Въ первые дни была нѣсколько разъ рвота и метеоризмъ, замѣчалась аритмія пульса, а на 3 день появилась изъ rima pudendi кровотеченіе; t° все время нормальна; 21 марта сняты швы; рана срослась per primam intent.; на 15 день кровотеченіе прекратилось; 1 апрѣля больная въ первый разъ встала съ постели, 10 выписалась изъ клиники. Послѣднее изслѣдованіе показало, что опухоль не уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. Дальнѣйшая судьба больной, несмотря

на неоднократно посылаемыя письма, осталась неизвѣстна; такимъ образомъ нѣтъ данныхъ для рѣшенія вопроса о результатахъ кастраціи.

№ 4.

М. А. *) поступила въ клинику 6 февраля 1886 г. Еврейка, уроженка Витебской губ; 34 лѣтъ, вдова, вышла замужъ на 17 году. Первыя менструаціи на 16 году, типъ регулъ до заболѣванія чрезъ 3 нед. по 6 дней, но уже около 8 лѣтъ менструаціи неправильны, приходятъ чрезъ 1—2 нед., продолжаются по 4—5 дней. Каждый менструальный періодъ сопровождается болями въ поясницѣ и внизу живота; къ этому въ послѣднее время присоединились упорные запоры и частые болѣзненные позывы къ мочеиспусканію. Съ каждымъ мѣсяцемъ силы больной слабѣютъ, появились продолжительныя головныя боли, приступы сердцебіенія; все это причиняетъ ей невыносимыя страданія и лишаетъ возможности работать. Рожала 1 разъ на 18 г. вполнѣ благополучно.

Status praesens. Объективное изслѣдованіе показало слѣдующее. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, но плохаго питанія, наружные покровы и слизистыя оболочки блѣдны; стѣнки живота вялы и умѣренной толщины. При глубокой пальпаціи внизу живота, тотчасъ за лоннымъ соединеніемъ прощупывается слегка болѣзненная опухоль.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка.	69	сант.
Наибольшая окружность	69	„
Отъ конца мечев. отрос. до пупка	11	„
Отъ пупка до лоннаго соедин.	16	„
Отъ правой sp. ant. sp.	14	„
„ лѣвой	14	„

При бимануальномъ изслѣдованіи per vaginam найдено слѣдующее: слизистая оболочка разрыхлена, покрыта слизисто-катарральнымъ отдѣленіемъ; port. vag. увеличена, цилиндрической формы, отклонена вправо и взадъ; наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели, проходимъ для зонда; въ переднемъ сводѣ прощупывается опухоль, величиною съ апельсинъ, плотной консистенціи и неправильной конфигураціи; слѣва соотвѣтственно supravagin. части шейки матки она въ видѣ небольшаго сегмента замѣтно выдается въ сторону. Оба яичника слегка увеличены и чувствительны при надавливаніи; положеніехъ нормально; длина полости матки—9 сант. Зондъ при изслѣдованіи ея направляется прямо и позади опухоли. Катетеризація пузыря ничего особеннаго не открываетъ. Моча нормальнаго цвѣта и реакціи.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale, сидящая на передней стѣнкѣ шейки и тѣла матки и отчасти вдающаяся въ ligament. latum.

Терапія—castratio.

Наблюденіе въ клиникѣ впродолженіи мѣсяца подтвердили жалобы больной; кромѣ того за это время выяснилось, что опухоль въ менструальный періодъ немного увеличивается въ объемѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ уси-

*) Описана въ дисс. д-ра Заварыкина.

ливаются тенезмы со стороны мочеваго пузыря. Палліативная терапія только на время успокаивала страданія больной; а такъ какъ трудъ былъ ея единственнымъ средствомъ къ существованію, то требовалась радикальная помощь. Принимая во вниманіе то обстоятельство, что опухоль вдавалась въ lig. lat., слѣдовательно представлялись большія техническія трудности для Hysteromiomotomi'и проф. А. И. Лебедевъ 5 марта 1886 г. произвелъ кастрацію. Предварительно во влагалище введенъ былъ кольпейринтеръ, брюшныя стѣнки тщательно дезинфецированы, затѣмъ по linea alba, на палецъ ниже пупка, проведенъ разрѣзъ длиною въ 12 сант. и послойно вскрыта полость peritonei, при этомъ оказалось, что сальникъ на большемъ протяженіи сращенъ съ передней брюшной стѣнкой. По отдѣленіи сращеній, что не сопровождалось сколько нибудь значительнымъ кровотеченіемъ, былъ сравнительно легко найденъ правый яичникъ; у его основанія чрезъ lig. ovar. проведена двойная шелковая лигатура, которой и была перевязана ножка en masse. Послѣ чего яичникъ былъ удаленъ, концы лигатуры отрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость. Лѣвый яичникъ найти и удалить было гораздо труднѣе, такъ какъ онъ сидѣлъ позади опухоли на очень короткой связкѣ и кромѣ того былъ спаянъ съ окружающими частями ложными перепонками; только отклонивши опухоль вправо, удалось освободить его отъ спаекъ и чрезъ lig. ovarii провести двѣ двойныя лигатуры; вслѣдъ за этимъ онъ также какъ и правый былъ удаленъ, кровотеченія почти небыло. Брюшная рана зашита 10 шелковыми швами и наложена повязка. Операція продолжалась 57 мин.

Послѣопераціонное теченіе. Первые дни была нѣсколько разъ рвота, кишки немного вздуты; на 3 день показалось кровотеченіе изъ vagin'ы Тенезмы со стороны пузыря въ такой же степени, какъ и до операціи, t° все время нормальная; на 6 день самочувствіе больной удовлетворительно, на 10 сняты швы; брюшная рана зажила per prim. intent.; кровотеченіе изъ матки прекратилось. 25-аго, т. е. на 20 день, больная первый разъ встала съ постели; тенезмы немного меньше. 5 апрѣля у больной вдругъ сдѣлался знобъ, t° 40°, на другой день она понизилась до нормы; также колебалась t° еще нѣсколько дней; на 4 день появился Herpes labialis; спустя 7 дней t° пришла въ норму. Съ этого времени самочувствіе больной съ каждымъ днемъ становилось лучше, тенезмы и боли внизу живота значительно ослабѣли. 22 апрѣля больная выписалась изъ клиники. Послѣднее изслѣдованіе дало слѣдующее: опухоль чувствительна при надавливаніи; рѣзкаго измѣненія въ величинѣ ея не замѣчено, на мѣстѣ яичниковъ небольшое уплотненіе, слегка болѣзненное. Дальнѣйшая судьба больной неизвѣстна; такимъ образомъ неизвѣстнымъ осталось и то обстоятельство, наступило-ли окончательное излеченіе; во всякомъ случаѣ наблюденія, впродолженіи 1½ мѣс. въ клиникѣ, говорятъ за то, что начавшееся улучшеніе вѣроятно пойдетъ дальше, такъ какъ мучительные позывы къ мочеиспусканію значительно ослабѣли, а кровотеченія не было около мѣсяца.

Данный случай продставляется интереснымъ и въ томъ отношеніи, что опухоль, хотя и незначительнаго размѣра, но благодаря своему положенію въ передней стѣнкѣ тѣла и шейки матки, весьма рано вызвала

припадки со стороны мочеваго пузыря, что главнымъ образомъ и заставило больную обратиться за медицинскою помощью.

№ 5.

А. К. *) поступила въ клинику 23 сентября 1886 года. Крестьянка Тверской губ., 40 лѣтъ, вышла замужъ на 18 году; первыя менструаціи на 17 году; типъ регулъ до заболѣванія чрезъ 4 недѣли по 7 дней; за время болѣзни, около 5 лѣтъ, типъ этотъ не измѣнился, но кровотеченіе стало настолько обильнымъ, что больная должна нѣкоторое время лежать въ постели; при этомъ бываютъ боли въ поясницѣ и внизу живота. Родила 1-й разъ на 20 году; роды и послѣродовой періодъ прошли вполнѣ правильно.

Status praesens. Больная средняго роста, брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія, стѣнки живота довольно упруги, съ обильнымъ подкожнымъ жиромъ. При пальпаціи въ нижней части живота прощупывается плотная опухоль, слегка подвижная и болѣзненная, верхняя граница ея приблизительно пять поперечныхъ пальцевъ надъ лоннымъ соединеніемъ.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка . . .	90	сант.
Отъ пупка до мечевид. отростка. . .	14	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія . .	15	„
Отъ правой sp. ant. sp. до пупка . .	16	„
Отъ лѣвой sp. ant. sp.	17	„
Наибольшая окружность	93	„
Высота опухоли надъ simphis. . . .	9	„

При изслѣдованіи per vagin. обнаружилось слѣдующее: наружные половые органы нормальны; port. vag. цилиндрической формы, гипертрофирована, плотна и смотритъ взадъ; зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія, проходимъ для зонда; чрезъ своды прощупывается нижній сегментъ опухоли, величиною съ голову ребенка; шейка матки непосредственно переходитъ въ опухоль; всѣ движенія опухоли передаются тотчасъ и влагалищной части; кромѣ того въ лѣвомъ и переднемъ сводахъ можно констатировать присутвіе еще нѣсколькихъ плотныхъ узловъ, которые тѣсно примыкаютъ къ главной опухоли; одинъ изъ нихъ, величиною съ голубиное яйцо, сидитъ какъ разъ на передней стѣнкѣ ея. Отдѣльнаго движенія они не имѣютъ, ихъ незначительное перемѣщеніе возможно только съ большою опухолью. Полость матки=12 сант. Зондъ при изслѣдованіи ея направляется немного вправо и позади опухоли. Правый яичникъ легко опредѣляется; лѣваго же, благодаря присутствію съ этой стороны вышеуказанныхъ узловъ, найти не удалось.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale parietis anterioris multiplex.

Терапія—castratio. Наблюденія въ клиникѣ впродолженіи мѣсяца подтвердили жалобы больной, указанныя въ анамнезѣ; кровотеченіе во время

*) Описана въ дис. *Заварыкина*.

менструаціи дѣйствительно было такъ обильно, что приходилось нѣсколько разъ въ сутки мѣнять бѣлье; боли въ поясницѣ и внизу живота, сопутствующія только этому періоду, требовали примѣненія наркотическихъ средствъ. Величина опухоли мало измѣнилась. Во время менструаціи больная должна была лежать; всякая попытка встать сопровождалась головокруженіемъ. По окончаніи этого періода самочувствіе довольно быстро улучшалось. До поступленія въ клинику, больная много лечилась, но всѣ лекарства помогали только на короткое время. Такъ какъ клиническое наблюденіе выяснило зависимость болѣзненныхъ припадковъ отъ менструацій, сама же опухоль мало безпокоила больную, кастрація въ данномъ случаѣ представлялась вполнѣ цѣлесообразной, тѣмъ болѣе, что hysterotyomotomia, благодаря присутствію фиброзныхъ узловъ въ нижнемъ отдѣлѣ матки, могла оказаться весьма трудною при выполненіи. Операція была произведена 25 октября 1886 года.

Послѣ тщательнаго обмыванія брюшныхъ стѣнокъ былъ произведенъ по lin. alba внизъ отъ пупка разрѣзъ, длиною въ 18 сант. и послойно вскрыта брюшная полость; при этомъ оказалось какъ въ подкожной, такъ и подсерозной клѣтчаткѣ большое количество жира; показавшіяся въ просвѣтъ раны кишки удержаны были введеніемъ въ полость губокъ. Взатѣмъ выведенъ лѣвый яичникъ; у его основанія чрезъ lig. ovar. проведена двойная шелковая лигатура; послѣ перевязки ею ножки en masse, яичникъ былъ удаленъ, концы лигатуры отрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость. Такимъ-же образомъ былъ удаленъ и правый яичникъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопіевой трубы. Брюшная рана зашита 8 глубокими и 3 поверхностными швами и наложена обыкновенно употребляющаяся въ клиникѣ повязка при ляпоротоміяхъ. Операція продолжалась 1 ч. 10 мин.

Послѣопераціонный періодъ. Въ первые дни послѣ операціи замѣчено было тошнота, рвота и метеоризмъ; на другой день небольшое кротеченіе изъ rima pudeidi, а на 4 день оно кончилось; t° все время была нормальна; больная жаловалась на боли въ животѣ и сильные приливы къ головѣ. 4 ноября сняты швы; рана зажила per primam intent. 9 ноября больная первый разъ встала съ постели; самочувствіе прекрасное; 29 оставила клинику. Послѣднее изслѣдованіе показало слѣдующее: полость матки—9,5 сант.; высота опухоли надъ лоннымъ соединеніемъ 8 сант.; подвижность ея значительно увеличилась; небольшой узелъ въ переднемъ сводѣ совсѣмъ почти исчезъ; менструаціи цѣлый мѣсяцъ не появлялись.

Черезъ два мѣсяца больная вторично явилась въ клинику; изслѣдованіе показало, что отъ вышеупомянутаго узла въ переднемъ сводѣ не осталось и слѣда; полость матки—9 сант., матка безболѣзненна, вполнѣ подвижна; замѣчено уменьшеніе ея въ передне-заднемъ размѣрѣ; менструацій за все время не было. Больная имѣетъ цвѣтущій видъ.

Такимъ образомъ операція вполнѣ оправдала тѣ ожиданія, которыя на нея возлагались; менорраги, главный симптомъ, противъ котораго боролись, прекратились, а вмѣстѣ съ этимъ и опухоль начала свое обратное развитіе.

№ 6.

О. [illegible]И.[1]) поступила въ клинику 19-го ноября 1886 года года. Мѣщанка Новгородской губ., 40 лѣтъ, вышла замужъ на 27 году; первыя менструаціи на 18 году; типъ регулъ до заболѣванія чрезъ 3 недѣли по 7 дней. Въ послѣдніе шесть лѣтъ менструаціи появляются чрезъ 2—$2^1/_2$ недѣли, продолжаются также по 7 дней, но чрезвычайно обильны, сопровождаются болями въ поясницѣ и внизу живота. Рожала 2 раза; первые роды на 28 году, вторые на 30 г.; какъ первые, такъ и вторые прошли вполнѣ благополучно. Въ дѣтствѣ больная перенесла оспу, нѣсколько лѣтъ уже страдаетъ запорами, въ послѣднее время сильно похудѣла, стала раздражительна. Около 2 лѣтъ тому назадъ замѣтила впервые опухоли въ животѣ и съ тѣхъ поръ много лечилась, но припадки мало уступали лекарствамъ.

Status praesens. Брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія, но плохаго питанія; наружные покровы и слизистая оболочка блѣдны; въ передней области шеи, справа отъ срединной линіи находится довольно плотная опухоль, величиною съ апельсинъ; время появленія ея больная не помнитъ; ростъ опухоли медленный и присутствіе ея мало безпокоитъ больную; опухоль по изслѣдованіи спеціалиста хирурга оказалась Strum'ой. Брюшныя стѣнки вялы, съ незначительнымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ; при пальпаціи въ нижней части живота прощупывается опухоль величиною съ голову ребенка, гладкая, подвижная, слегка болѣзненная и довольно упругая.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка.	79 сант.
Отъ конца мечев. отрост. до пупка. . .	12 „
Отъ пупка до лоннаго соед.	18 „
Отъ правой sp. ant. sup.	17 „
Отъ лѣвой „ „ „	16 „
Наибольшая окружность	80 „
Высота опухоли надъ лон. соед.	10 „
Ширина опухоли	9 „

Изслѣдованіе per vagin. дало слѣдующее: наружные половые органы нормальны: port. vag. смотритъ взадъ, цилиндрической формы немного увеличена, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, вполнѣ проходимъ для зонда; чрезъ своды, главнымъ образомъ задній, прощупывается нижній сегментъ опухоли; шейка матки непосредственно переходитъ въ эту опухоль и вмѣстѣ съ нею одновременно движется. Полость матки=11,5 сант., направленіе зонда къ лонному соединенію впереди опухоли.

Діагнозъ. Fibromyoma interstitiale pariet. posterior. uteri.

Изъ яичниковъ удалось опредѣлить только правый. Наблюденія въ клиникѣ впродолженіи мѣсяца показали слѣдующее: больная за это время

[1]) Описана въ дис. Заварыкина.

2 раза менструировала; регулы были весьма обильны и болѣзненны; передъ и въ первые дни менструацій опухоль увеличивалась во всѣхъ своихъ размѣрахъ на 1 сант. Вслѣдствіе упорныхъ запоровъ часто приходилось прибѣгать къ клизманъ. У больной спеціалистомъ терапевтомъ опредѣлено dilatatio cordis, во время регулъ всякая попытка ходить усиливала боли въ поясницѣ внизу живота и кровотеченіе.

Терапія—castratio. Принимая во вниманіе желаніе больной вочтобы то ни было избавиться отъ болѣзненныхъ и обильныхъ менструацій и такъ какъ опухоль повидимому имѣла кавернозный характеръ, рѣшено было сдѣлать кастрацію.

Операція произведена 17 декабря 1886 года. Послойнымъ разрѣзамъ по linea alba длиною въ 16 с. была вскрыта брюшная полость; чтобы задержать напоръ кишекъ, тотчасъ-же введено нѣсколько губокъ. Затѣмъ первымъ выведенъ въ просвѣтъ раны вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопіевой трубы лѣвый яичникъ; чрезъ lig. ovar. проведена двойная шелковая лигатура, которой была перевязана ножка и конецъ трубы en masse; послѣ того яичникъ и часть трубы удалены, концы лигатуръ обрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость. Точно такимъ-же образомъ поступлено съ яичникомъ и абдоминальнымъ концомъ трубы правой стороны. Брюшная рана соединена 14 шелковыми швами и наложена повязка. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ. Въ первые два дня послѣ операціи у больной была рвота и весьма сильный потъ; кровотеченія изъ rima pudend; не было; t° за исключеніемъ 3 сутокъ, когда она вечеромъ поднималась до 38,2 была все время нормальна. На 4 день больная жаловалась на боли въ животѣ, сильное вздутіе его; на другой день послѣ назначенія соотвѣтствующаго леченія эти припадки прошли. На 10 день сняты швы; рана зажила per prim. intent.; самочувствіе больной быстро улучшалось. Потъ, особенно ночью во время сна, все еще довольно обильный. 7 января 1887 года больная первый разъ встала съ постели, а 14 выписалась изъ клиники.

Послѣднее изслѣдованіе показало слѣдующее: матка вполнѣ подвижна, безболѣзненна; длина полости=9 сант.; высота дна надъ лоннымъ соединеніемъ=9 сант.; поперечникъ=8 сант. Менструаціи въ теченіи мѣсяца не появлялись. Такимъ образомъ результатъ операціи чрезъ мѣсяцъ выразился во первыхъ—въ уменьшеніи размѣровъ матки на 1 сант. и во вторыхъ въ прекращеніи менструацій. Черезъ полтора мѣсяца отъ больной получено извѣстіе, что кровотеченіе не появлялось совсѣмъ; чувствуетъ себя она въ настоящее время прекрасно, только по временамъ бываютъ незначительныя боли въ животѣ.

№ 7.

Е. Д. поступила въ клинику 5 января 1887 г. Уроженка С.-Петербургской губ., 42 лѣтъ дѣвица. Первыя менструаціи на 13 г., типъ регулъ до заболѣванія чрезъ 4 недѣли по 2—3 дня. Съ 1880 г. каждыя менструаціи стали затягиваться и сопровождаться сильными болями въ животѣ и поясницѣ, рвотою и приступами сердцебіенія. Въ послѣднее время кровотеченіе въ каждый менструальный періодъ продолжается обыкновенно по 3 недѣли. До заболѣванія больная была всегда здорова, чрезвычайно дѣятельна и имѣла спокойный, ровный характеръ; въ настоящее-же время обильные регулы и упадокъ силъ лишили ее возможности работать, а боли и необыкновенная раздражительность дѣлаютъ невыносимой ея жизнь.

Status praesens. Средняго роста, шатенка, очень плохаго питанія; наружные покровы и слизистыя оболочки чрезвычайно блѣдны; подкожный жирный слой плохо развитъ; стѣнки живота упруги и средней толщины. При пальпаціи въ нижней части живота прощупывается опухоль, мало подвижная, плотная и болѣзненная; верхняя граница ея приблизительно 4 поперечныхъ пальца надъ лоннымъ соединеніемъ.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка . . .	66	сант.
Отъ конца мечевидн. отр. до пупка . .	12	„
Отъ пупка до лоннаго соед.	16	„
Отъ правой sp. ant. sup.	14	„
Отъ лѣвой „ „ „	14	„
Наибольшая окружность	68	„
Высота опухоли надъ лоннымъ соед. .	9	„

При изслѣдованіи per. vagin. найдено слѣдующее: наружные половые органы нормальны; hymen цѣлъ съ большимъ отверстіемъ, свободно пропускающимъ палецъ; слизистая оболочка вагины нормальна, port vagin. конической формы, не увеличена и смотритъ немного взадъ; зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія, проходимъ для зонда. Въ сводахъ, главнымъ образомъ въ заднемъ и лѣвомъ, прощупывается нижній сегментъ опухоли, величиною съ голову 7 мѣсячнаго плода, довольно плотной консистенціи, мало подвижной и болѣзненной при пальпаціи. Шейка матки непосредственно переходитъ въ эту опухоль и, насколько возможно, съ нею вмѣстѣ движется; правая сторона опухоли бугриста; здѣсь ясно можно прощупать нѣсколько плотныхъ узловъ; одинъ самый большой, величиною съ куриное яйцо весьма рельефно выдается вправо и впередъ и тѣсно сливается съ главною опухолью. Полость матки=12 сант., зондъ при изслѣдованіи направляется влѣво и впереди опухоли; изъ яичниковъ удалось опредѣлить только лѣвый.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale parietis posterioris et subserosum multiplex.

Наблюденія въ продолженіи мѣсяца дали слѣдующее: на 4 день послѣ поступленія начались менструаціи; кровотеченіе и боли при этомъ настолько были интенсивны, что въ первые-же дни принуждены назначить препаратъ Secale Corn. и наркотика; 26 января кровотеченіе кончилось. Все это время больная лежала въ постели, была чрезвычайно раздражительна и просила во что-бы то ни стало избавить ее отъ страданій. Такъ какъ палліативная терапія была неоднократно испытана больной еще до поступленія въ клинику и не принесла существенной пользы, рѣшено было прибѣгнуть къ оперативной помощи.

Терапія castratio—5 Февраля 1887 года.

Послѣ тщательнаго обмыванія кожи живота, по lin alba проведенъ размѣръ отъ пупка до лоннаго соединенія, длиною 14 с., затѣмъ, идя послойно, вскрыта полость peritonei. Въ этотъ моментъ у больной начались рвотныя движенія, вслѣдствіе чего въ брюшную рану разомъ появилось много петель кишекъ; напоръ былъ такъ силенъ, что попытки вправить и удержать ихъ оказались тщетны; а потому, покрытыя теплымъ марлевымъ компресомъ, кишки оставлены были до конца операціи внѣ полости. Затѣмъ сравнительно легко выведенъ въ просвѣтъ раны лѣвый яичникъ; у его основанія, чрезъ lig. ovar., проведена двойная шелковая лигатура; послѣ того какъ ножка была перевязана, яичникъ былъ удаленъ, концы лигатуръ отрѣзаны, а культя опущена въ брюшную полость. Правый яичникъ найти было гораздо труднѣе, этому, главнымъ образомъ, мѣшало присутствіе вышеупомянутыхъ узловъ съ правой стороны, которые симулировали собою яичникъ; послѣ довольно продолжительныхъ поисковъ удалось, однако, найти и его, причемъ оказалось, что онъ помѣщался позади опухоли, имѣлъ очень короткую ножку и былъ спаянъ ложными перепонками съ сосѣдними частями. Чтобы облегчить доступъ къ нему, потребовалось опухоль отклонить въ лѣвую сторону; вслѣдъ за этимъ отдѣленный отъ сращеній, онъ былъ выведенъ въ брюшную рану и также, какъ лѣвый, удаленъ.

Затѣмъ приступлено къ вправленію кишекъ. Такъ какъ состояніе больной къ этому времени было таково, что продолженіе наркоза угрожало опасностью, а между тѣмъ m. recti сильно напрягались, вправленіе представляло чрезвычайныя трудности; для этого на края брюшной раны предварительно наложено было нѣсколько лигатуръ съ той и съ другой стороны, кишки покрыты свѣжимъ компрессомъ, края котораго подведены подъ края брюшныхъ стѣнокъ и тогда только, производя давленіе на компрессъ съ разныхъ сторонъ en masse, удалось, наконецъ, вправить ихъ обратно. Послѣ того брюшная рана была зашита 12 шелковыми лигатурами и наложена обыкновенная, употребляющаяся въ клиникѣ при лапаротоміяхъ, повязка. Операція продолжалась 1 ч. 10 м.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдалось слѣдующее: въ первый же день къ вечеру замѣчено кровотеченіе изъ rima pudend; больная жаловалась нѣсколько дней на тошноту и головную боль; была 2 дня подрядъ рвота, на 3-й день ночью появился обильный потъ, на 5-й частыя жидкія испражненія. T° нѣсколько дней была ниже нормы; пульсъ держался около 72 ударовъ въ минуту. Черезъ 8 дней кровотеченіе прекратилось; открылся кашель; при выслушиваніи легкихъ—многочисленные крупнопузырчатые хрипы съ лѣвой стороны; притупленія тона въ этомъ мѣстѣ нѣтъ; t° тѣла нормальна. На 10-й день поносъ прекратился; чрезвычайно сильный потъ, особенно ночью, все еще продолжается, кашель тоже. На 11 день сняты швы, соединеніе краевъ раны получилось, но на мѣстѣ 2-хъ нижнихъ швовъ нагноеніе; на 13-й день къ вечеру t° поднялась до 38,5; послѣ снятія повязки оказалось порядочное количество гноя, а вокругъ свѣжаго рубца воспалительная инфильтрація. Назначенъ согрѣвающій компрессъ. Спустя 4 дня, количество гноя уменьшилось и воспалительная инфильтрація совершенно исчезла; t° нормальна; наложена обыкновенная повязка съ іодоформомъ; 18-го потъ и кашель по прежнему. 27-го больная первый разъ встала съ постели, чувствуетъ слабость, но болей нѣтъ. 9-го Марта, въ срокъ, когда должны быть менструаціи, появились приступы сердцебіенія, тошнота, открылся поносъ, но кровотеченія не было. 12-го всѣ эти непріятные симптомы исчезли, больная чувствуетъ себя хорошо; 13-го выписалась изъ клиники. Послѣднее изслѣдованіе въ этотъ день показало, что небольшая опухоль въ правомъ сводѣ совсѣмъ исчезла, главная опухоль вполнѣ подвижна, длина полости матки 10 с.

Такимъ образомъ, не смотря на слишкомъ кратковременное наблюденіе больной, результаты кастраціи выразились довольно рельефно: опухоль уменьшилась, менструаціи прекратились и боли исчезли.

№ 8.

Е. С. поступила въ клинику 3 февраля 1887 года. Жена ремесленника, уроженка С.-Петербургской губерніи, 27-ми лѣтъ отъ роду, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ. Мѣсячныя получила на 13 году; обыкновенно онѣ бывали черезъ 3 недѣли по 5 дней. На 17 году вышла замужъ и въ этомъ же возрастѣ первый разъ родила. Рожала 4 раза правильно и имѣла 1 выкидышъ на 3 мѣсяцѣ беременности. Послѣдніе роды—5 лѣтъ тому назадъ. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1885 года ей была сдѣлана операція въ этой же клиникѣ по поводу дермоидной кисты праваго яичника. (см. ист. бол. случай 2). Выписавшись тогда изъ клиники, она чувствовала себя здоровой до декабря 1886 года. Menstrua были нормальны и въ обыкновенномъ для нея количествѣ. 5 декабря 1886 года впервые появилось обильное кровотеченіе. Съ этого времени кровотеченія съ небольшими промежутками тянутся и до сего дня.

Жалуется на кровотеченія и боли справа, внизу живота.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, довольно хорошаго питанія, анемична. Стѣнки живота дряблы; по бѣлой линіи между пупкомъ и simphisis рубецъ (слѣды сдѣланной операціи.)

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	67
Наибольшая	68
Разстояніе между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ	12
Отъ пупка до лоннаго соединенія	14
до праваго Sp. ant. sup.	13
до лѣвой	13

При ощупываніи, справа внизу живота опредѣляется небольшая плотная опухоль, исходящая изъ малаго таза. Наружные половые органы нормальны. Per vaginam: port. vaginal. цилиндрической формы, значительно увеличена, обращена кзади и влѣво. Тѣло матки увеличено до размѣровъ 3 мѣсяцевъ беременности, плотно неболѣзненно, отклонено вправо. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется вытянутой формы эластическая опухоль, не-

посредственно соединенная съ лѣвымъ угломъ матки. Значительный сегментъ ея находится въ заднемъ сводѣ. Полость матки 7 сантиметровъ.

Діагнозъ Fibromyoma uteri interstitiale. Hydrosalpinx sinistra.

Операція была произведена 7 февраля 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ по лѣвому краю рубца, на протяженіи 12 сант. Такъ какъ оказалось, что сальникъ былъ приращенъ къ передней брюшной стѣнкѣ на всемъ протяженіи разрѣза и отдѣленіе его крайне затруднительно,—онъ былъ вскрытъ разрѣзомъ, соотвѣтствующимъ направленію брюшной раны. Кровотеченіе ничтожное. При изслѣдованіи полною рукою, слѣва матки оказались обширныя и крѣпкія сращенія, которыя врядъ ли позволили бы наложить жгутъ на нижній отрѣзокъ матки. Правая фаллопіева труба была выведена наружу и пунктирована, что бы уменьшить препятствіе къ нахожденію праваго яичника. Послѣ внимательнаго изслѣдованія правой стороны этотъ яичникъ оказался глубоко заложеннымъ среди ложныхъ перепонокъ, такъ что не только подвести его къ брюшной ранѣ, но и освободить отъ окружающей среды оказалось невозможнымъ. Однако путемъ долгой настойчивости ложныя перепонки были разорваны и подъ него вмѣстѣ съ фаллопіевой трубой подведены лигатуры и перевязаны. Указанные придатки затѣмъ были удалены Брюшная рана закрыта 9 шелковыми швами. Продолжительность операціи 30 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій, за исключеніемъ однократнаго повышенія температуры до 38,3°.—теченіе безлихорадочное. На 10 день сняты швы, на 19 больная выписалась изъ клиники.

№ 9.

А. С. поступила въ клинику 12 января 1887 года. Дворянка, 25 лѣтъ, католическаго вѣроисповѣданія, уроженка г. Вильно, незамужняя, занимается хозяйствомъ. Первые регулы имѣла на 15 году; до заболѣванія они приходили правильно—черезъ 4 недѣли по 5 дней. Заболѣла 5 лѣтъ тому назадъ, когда вслѣдствіе простуды, по словамъ больной, у нея пріостановились на 2 мѣсяца регулы и появились сильныя боли внизу живота и поясницѣ, и бѣли. Съ этого времени регулы являются черезъ неопредѣленные сроки и всегда сопровождаются мучительными болями. Беременною не была. Все время болѣзни лечилась. Осенью прошлаго года въ Госп. Ак. клиникѣ ей была произведена операція—amputatio port. vaginal Жалуется на боли въ поясницѣ, которыя во время мѣсячныхъ дѣлаются нестерпимыми, на головныя боли и бѣли.

Status praesens. Шатенка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія,—плохаго питанія, анемична. Животъ нормальнаго объема. При ощупываніи—болѣзненность внизу его. Влагалищная часть укорочена, обращена впередъ. Цервикальн. каналъ эктропированъ. Тѣло матки прощупывается въ заднемъ сводѣ неподвижно фиксированнымъ. Оба яичника болѣзненны и окружены ложными перепонками, причемъ лѣвый смѣщенъ нѣсколько кзади.

Діагнозъ—Retroversio uteri fixata. Perioophoritis duplex. 29 января сдѣлано подъ хлороформомъ redressatio uteri и матка фиксирована въ ея положеніи тампономъ. 1 февраля появились крови. Тампонъ пришлось удалить. При изслѣдованіи 6 февраля—матка найдена вновь въ состояніи retroversio Menstrua съ такими же невыносимыми болями какъ это и раньше всегда было. Послѣднія доводили больную до отчаянія и она просила настойчиво избавить ее отъ этихъ болей. На предложенную ей кастрацію она съ радостью согласилась. Операція произведена 9 февраля 1887 года. Брюшныя стѣнки вскрыты между пупкомъ и лобкомъ по бѣлой линіи на протяженіи 16 ctm. Оба яичника были заложены въ ложныхъ перепонкахъ. Послѣ отдѣленія этихъ сращеній былъ выведенъ сначала правый яичникъ, на lig. ovarii наложено двѣ лигатуры и яичникъ отрѣзанъ. Такъ же поступлено и съ лѣвымъ. Брюшная рана зашита 10 шелковыми швами. Операція длилась 45 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе, за исключеніемъ времени повышенія температуры до 38,4° въ первые сутки, прошло безъ осложненій. На 11 день сняты швы; сращеніе полное. Черезъ 3 дня больная встала съ постели. На 40 день послѣ операціи выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи оказалось: матка въ retroversio, задній сводъ немного чувствителенъ.

Боковые своды свободны, безболѣзненны. Самочувствіе хорошее, боли въ поясницѣ есть, но менѣе интенсивны.

Правый яичникъ оказался при осмотрѣ кистовидно-перерожденнымъ.

№ 10.

А. И. поступила въ клинику 27 февраля 1887 года. Крестьянка Тверской губерніи, 25 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ, замужняя съ 18 лѣтъ. Менструаціи никогда не было. Только 2 года спустя послѣ выхода замужъ разъ было кровотеченіе, довольно значительное, которое длилось цѣлый день.

Затѣмъ, спустя 3 мѣсяца, снова было выдѣленіе крови, но въ незначительномъ количествѣ. (То и другое кровотеченіе вѣроятно было изъ мочеваго пузыря). Была всегда здорова, за исключеніемъ изрѣдка появлявшихся болей внизу живота. Года 4 назадъ боли начали усиливаться и съ этихъ поръ обыкновенно являлись ежемѣсячно, продолжаясь каждый разъ дня по 2. Въ это-же время обыкновенно болѣла и голова. Часто, особенно лѣтомъ, бывали носовыя кровотеченія.

Жалуется на отсутствіе кровей, указанныя выше боли внизу живота и невозможность половаго сношенія.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, довольно анемична. Груди и соски нормально развиты. Наружные половые органы нормальны, значительно расширены. Вмѣсто vaginae существуетъ слѣпой мѣшокъ въ 2 сант. глубиною. При оттягиваніи малыхъ губъ въ сторону это углубленіе выравнивается. Съ той и другой стороны introitus, на мѣстѣ нахожденія отверстій протоковъ бартолиновыхъ железъ,

существуютъ два отверстія, свободно пропускающія тонкій зондъ. При изслѣдованіи p. rectum никакого слѣда vaginae выше указаннаго мѣшка не опредѣляется. Прощупать ее не удается даже при комбинированномъ изслѣдованіи per rectum et p. vesicam. Введеніе пальца въ послѣдній черезъ расширенную уретру удавалось совершенно легко. На мѣстѣ матки опредѣлялось небольшое, величиною въ бобъ, тѣло и отъ него въ обѣ стороны идущіе два тяжа незначительной толщины.

Съ правой стороны, вблизи свободнаго конца этого тяжа опредѣляется круглой формы, эластической консистенціи болѣзненное при давленіи тѣло, величиною въ небольшое куриное яйцо. Съ лѣвой стороны тоже опредѣляется въ соотвѣтственномъ мѣстѣ тѣло, но значительно меньшей величины, болѣе плоское и мало болѣзненное.

Діагнозъ. Atresia vaginae congen. Atrophia uteri. Molimina menstrual. Cystoma ovarii incipiens.

Операція произведена 4 марта 1887 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, длиною въ 14 сант. При изслѣдованіи полною рукою оказалось, что имѣлась двурогая матка въ рудиментарномъ состояніи и что тѣло, прощупываемое на мѣстѣ матки, было пунктомъ схожденія обоихъ роговъ. Сначала былъ извлеченъ лѣвый яичникъ, подъ него подведены 2 лигатуры и перевязаны, послѣ чего яичникъ отрѣзанъ. Также поступлено и съ правымъ, при чемъ одна полость его лопнула. Брюшная рана зашита 14 швами. Операція длилась 40 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ сопровождался легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ. Высота t° 38,8. При снятіи швовъ на 10 день оказалось нагноеніе въ нѣкоторыхъ уколахъ съ лѣвой стороны раны. На 19 день больная встала съ постели; на 30 день выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи per rectum найдено: съ лѣвой стороны плотный эксудатъ, слегка болѣзненный. Правая сторона свободна.

Описаніе препарата: правый яичникъ значительно увеличенъ, вслѣдствіе развитія въ немъ кистовидной полости величиною въ грецкій орѣхъ; на поверхности его рядъ такихъ же полостей меньшей величины. Содержимое ихъ—серозно кровянистая жидкость. Лѣвый яичникъ меньшаго объема; поверхность его покрыта старыми рубцами—слѣды лопнувшихъ граафовыхъ пузырьковъ. Въ одномъ концѣ его находится кистовидная полость съ лѣсной орѣхъ, наполненная кровянистою жидкостью.

№ 11.

М. П. поступила въ клинику 28 сентября 1887 года. Крестьянка Олонецкой губ., 38 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, прислуга, дѣвица. Первая менструація на 15 году; до болѣзни менструировала по типу черезъ 3 недѣли по 7 дней. До августа 1886 года была здорова. Въ это время замѣтила, что животъ постепенно увеличивается, тогда же стали неправильными и мѣсячныя, приходили, обыкновенно, раньше срока, сдѣлались обильнѣе и продолжительнѣе.

Жалуется на опухоль живота, неправильность мѣсячныхъ, головныя боли и тошноту во время мѣсячныхъ, которыя иногда сопровождаются судорогами, запоры.

Status praesens. Блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, анемична. Брюшныя стѣнки упруги, напряжены. Животъ увеличенъ въ нижней его половинѣ.

Окружность живота на уровнѣ пупка . .	79 сант.
Наибольшая	82 „
Отъ пупка до мечевидн. отростка . . .	11 „
„ „ до лоннаго соединенія	16 „
До правой sp. ant. sup.	17½ „
„ лѣвой sp. ant sup.	13½ „

Въ полости живота опредѣляется опухоль овальной формы, величиною съ голову новорожденнаго, плотная, крупно-бугристая, нечувствительная, подвижная какъ справа на лѣво, такъ и по продольной оси. Она занимаетъ больше правую половину живота. На поверхности ея опредѣляются отдѣльные узлы, величиною въ куриное яйцо. Кромѣ того, влѣво отъ бѣлой линіи на опухоли прощупывается тѣло, чрезвычайно подвижное и чувствительное, круглой формы (лѣвый ovarium?) Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи въ глубинѣ малаго таза опредѣляется неподвижная, плотная, безболѣзненная опухоль, вдающаяся значительнымъ своимъ сегментомъ между vagina и rectum. Слизистыя оболочки ихъ подвижны надъ опухолью. Просвѣтъ влагалища сдавленъ, оно вытянуто вверхъ. Въ глубинѣ его едва достигается небольшой величины port. vaginalis, переходящая въ опухоль, находящуюся въ правой половинѣ живота. Rectum сдавлено вышеупомянутою опухолью.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale et retroperitoneale.

Операція—castratio произведена 10 октября 1887 г. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, выше пупка, съ лѣвой его стороны и не доходя до лоннаго соединенія сант. на 5. Матка выведена наружу. Правый яичникъ очень легко найденъ, подъ него наложены 2 лигатуры и онъ отрѣзанъ. Что касается лѣваго яичника, то на мѣстѣ его находились только два фиброзной консистенціи узла. Одинъ изъ нихъ, лежащій ближе къ мѣсту отхожденія фаллопіевой трубы, имѣлъ круглую форму; другой же, лежащій въ той части широкой связки, которая находится вблизи абдоминальнаго конца фаллопіевой трубы—былъ вытянутъ въ длину и имѣлъ сплюснутую форму, весьма напоминающую форму яичника. Широкая связка ниже фаллопіевой трубы и указанныхъ выше тѣлъ была перевязана въ 5 пучковъ и поверхъ лигатуръ удалена, вмѣстѣ съ этими образованіями. Матка вправлена и брюшная рана, длиною въ 18 сант., закрыта 18 шелковыми швами. Операція длилась 1 часъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій. Температура, за исключеніемъ однократнаго повышенія въ теченіи первыхъ сутокъ до 38,1°, оставалась нормальной. Швы сняты на 10 день; сращеніе полное. На 21 день больная встала съ постели. На 34 выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи рѣзкаго уменьшенія опухоли не констатировано.

№ 12.

П. И. поступила въ клинику 15 сентября 1887 года. Крестьянка Новгородской губ., 44 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, прислуга, незамужняя. Первыя мѣсячныя пришли на 16 году, обыкновенно бывали черезъ 4 нед. по 5—8 дней. На 21 году правильно родила. Черезъ 3 года послѣ этихъ родовъ страдала сильнымъ кровотеченіемъ, продолжавшимся недѣли 3. Съ этихъ поръ кровотеченія повторялись раза 4. Послѣднее продолжалось больше мѣсяца и окончилось дня 3 тому назадъ.

Жалуется на кровотеченія, общую слабость и тяжесть внизу живота.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, плохаго питанія, очень малокровна. Брюшныя стѣнки толсты, упруги, животъ имѣетъ слѣдующіе размѣры:

Окружность на уровнѣ пупка	81 сант.
Наибольшая	84 „
Отъ пупка до мечевид. отростка	15 „
До лоннаго соединенія :	14 „
До правой sp. ant. sup.	16 „
До лѣвой sp. ant. sup.	16 „

При ощупываніи внизу живота опредѣляется плотная неподвижная опухоль; дно ея стоитъ на 8 ctm. надъ лоннымъ соединеніемъ. Наружные половые органы нормальны. P. vaginalis нормальнаго объема, цилиндрической формы, обращена кзади. Тѣло матки увеличено до размѣровъ кулака, опредѣляется въ переднемъ сводѣ. Въ правомъ и лѣвомъ сводахъ прощупываются плотные, безболѣзненные, рѣзко ограниченные узлы, величиною въ большое куриное яйцо, очень тѣсно сливающіеся съ соотвѣтственною стѣнкой матки. Лѣвый узелъ сидѣлъ глубоко въ клѣтчаткѣ свода. На передней стѣнкѣ ея опредѣляется такого же характера выступъ. Подвижность матки очень ограничена. Длина полости 9½ сант.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri multiplex.

Операція произведена 14 октября 1887 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и Symphisis, на протяженіи 16 ctm. Лѣвый яичникъ, лежащій болѣе кпереди, легко былъ захваченъ и выведенъ въ брюшную рану. Подъ него наложено 2 лигатуры и онъ удаленъ ножницами. Правый яичникъ оказался позади матки, въ глубинѣ малаго таза. Вывести его было невозможно, онъ былъ перевязанъ на мѣстѣ подведенными подъ него двумя лигатурами. Такъ какъ ампутировать яичникъ пришлось бы безъ контроля зрѣнія, глубоко въ полости таза, что не представлялось безопаснымъ,—этого не было сдѣлано.—Брюшная рана закрыта 12 швами. Операція продолжалась 50 мин.

Послѣопераціонное состояніе—безъ осложненій. Температура, за исключеніемъ первыхъ часовъ послѣ операціи, когда она достигла до 38.5°,—оставалась все время нормальной. Швы сняты на 10 день, сращеніе полное. На 21 день больная встала съ постели; на 30 выписалась изъ клиники. Опухоль стояла на 7 ctm. надъ лоннымъ соединеніемъ.

Описаніе препарата. Яичникъ оказался кистозно перерожденнымъ; двѣ большія полости были наполнены прозрачнымъ содержимымъ.

№ 13.

А. Н. поступила въ клинику 11 ноября 1887 года. Мѣщанка, Минской губ., 25 лѣтъ, іудейскаго вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ. Первыя менструаціи на 18 году, вторыя черезъ 2 мѣсяца. Регулы обыкновенно бывали черезъ 4 недѣли по 5—6 дней, всегда очень обильныя сгустками. Замужъ вышла на 23 году и вскорѣ забеременела. Черезъ 3 мѣсяца послѣдовалъ выкидышъ, послѣ котораго была больна больше двухъ недѣль, при t° до 40°. 25 мая 1887 года появились сильныя боли въ правомъ паху и задержаніе мочи. Черезъ два дня показались запоздавшіе на двѣ недѣли регулы и боли эти нѣсколько утихли. Съ этого времени боли, однако, не покидали больную, также и нѣкоторая задержка при мочеиспусканіи.

Жалуется на сильныя боли внизу живота справа и затрудненность при мочеиспусканіи.

Status praesens. Брюнетка, высокаго роста, средняго тѣлосложенія, хорошаго питанія, малокровна. Брюшныя стѣнки нормально упруги.

Окружность живота на уровнѣ пупка . .	74 сант.
Наибольшая.	76 „
Отъ пупка до мечевиднаго отростка . .	15 „
До лоннаго соединенія.	15 „
До правой sp. ant. sup.	14 „
До лѣвой sp. ant. sup.	14 „

Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: P. vaginalis нормальнаго объема, цилиндрической формы, обращена впередъ. Въ переднемъ сводѣ на передней поверхности матки опредѣляется узелъ плотной консистенціи. Такой же узелъ, величиною въ куриное яйцо, опредѣляется справа и сзади; внизу онъ близко подходитъ къ соотвѣтственному своду, сбоку же вдается въ правую широкую связку. На передней поверхности этой опухоли опредѣляется фаллопіева труба и подвижной яичникъ. Лѣвый яичникъ опредѣляется на его нормальномъ мѣстѣ. При зондированіи зондъ идетъ прямо, причемъ конецъ его прощупывается почти по бѣлой линіи, пальца на 3 выше лоннаго соединенія. Длина полости матки 11½ сант,

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale multiplex.

Операція произведена 2 декабря 1887 года. Во влагалище поставленъ колпейринтеръ. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, отъ пупка къ лонному соединенію, длиною 15 ctm. Яичники послѣ предварительной перевязки—2 лигатуры съ каждой стороны—удалены. Брюшная рана закрыта 15-ю швами. Операція продолжалась 45 мин.

Послѣопераціонное состояніе безъ осложненій и при нормальной температурѣ, высшая 37,8. Швы сняты на 10 день. Сращеніе полное. На 20 день больная начала ходить, на 40 день выписалась изъ клиники.—Длина

полости матки опредѣлена 8½ сант., причемъ значительно уменьшилась и величина опухоли.

№ 14.

П. Б. поступила въ клинику 30 декабря 1887 года. Дворянка, 36 л., уроженка города Риги, православнаго вѣроисповѣданія. Первая менструація на 14 году; обыкновенно бывали черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Замужъ вышла на 21 году, на 22 году первые роды. Рожала 3 раза, всегда правильно. Выкидышей не было. Послѣдніе роды 11 лѣтъ тому назадъ. Лѣтъ около 6 тому назадъ передъ регулами начали появляться боли; регулы приходили правильно, но стали обильнѣе, въ особенности послѣдніе 3 года, послѣ того какъ она перенесла воспаленіе брюшины. Года два тому назадъ замѣтила внизу живота опухоль.

Жалуется на опухоль, тяжесть и боли внизу живота, запоры, нервное состояніе и потерю аппетита.

Status praesens. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, высокаго роста, умѣреннаго питанія. Брюшныя стѣнки вялы. Животъ увеличенъ въ объемѣ.

Окружность на уровнѣ пупка	92	сант.
Наибольшая.	97	„
Отъ пупка до мечевид. отростка . . .	14	„
До лоннаго соединенія	18	„
До правой sp. ant. sup.	15	„
До лѣвой sp. ant. sup.	16	„

При ощупываніи внизу живота опредѣляется опухоль, стоящая дномъ своимъ пальца на 4 ниже пупка, плотная, мало подвижная. На опухоли тупой тонъ. Наружные половые органы нормальны. P. vaginalis обращена кзади, задняя губа ея сглажена и переходитъ непосредственно въ опухоль, занимающую задній и правый своды. Тѣло матки опредѣляется спереди этой опухоли, дно ея направлено кзади; оно тѣсно прилежитъ къ опухоли на всемъ своемъ протяженіи и подвижно вмѣстѣ съ нею. Длина полости матки 10,5 сант. До операція были регулы, продолжавшіеся 4 дня.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri retrocervicale.

Операція произведена 27 января 1888 года. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 17 ctm. При отыскиваніи праваго яичника, оказалось, что правая труба была значительно растянута жидкостью, яичникъ же сплошь покрытъ ложными перепонками и помѣщался глубоко справа и кзади. Хотя сращенія съ трубой и были разъединены, короткость широкой связки все таки не позволяла вывести яичника въ брюшную рану. По этому широкая связка, ниже яичника и фаллопіевой трубы, перевязана въ глубинѣ двумя лигатурами и поверхъ лежащій яичникъ съ фаллопіевой трубой удалены ножницами. При изслѣдованіи придатковъ лѣвой стороны было найдено, что лѣвая фаллопіева труба также была растянута жидкостью, хотя и меньше, чѣмъ правая; лѣвый яичникъ сращенъ. Послѣ отдѣленія его отъ этихъ сращеній, онъ вмѣстѣ съ фаллопіевой трубой выведенъ въ брюшную рану, а ихъ широкая связка перевязана въ два пучка; послѣ чего придатки

удалены. Брюшная рана закрыта 18 шелковыми швами. Операція продолжалась 56 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій и при нормальной температурѣ (высшая 38,0°). Швы сняты на 10 день; сращеніе полное. На 21 день больная встала съ постели; на 31 день выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи, опухоль остается пока въ томъ же видѣ.

№ 15.

П. Л. [1]) поступила въ клинику 1888 года. 28 лѣтъ. Въ дѣтствѣ была совершенно здорова. Первыя мѣсячныя на 21 году, съ сильными болями внизу живота за нѣсколько дней передъ тѣмъ. Крови были очень обильны. Черезъ 3 недѣли послѣ того она вышла замужъ за пожилаго человѣка, слабаго здоровья. Вторыя мѣсячныя пришли черезъ 6 недѣль послѣ первыхъ. Боли за день до нихъ и во время ихъ были такъ сильны, а кровотеченіе такъ велико, что больная подозрѣвала выкидышъ.

Затѣмъ установился правильный типъ мѣсячныхъ: черезъ мѣсяцъ по 7—8 дней, съ болями внизу живота за день передъ и въ первые два дня Черезъ 4 года заболѣла, по опредѣленію врача, обоюдостороннимъ воспаленіемъ яичниковъ, послѣ чего была здорова 3 года. Затѣмъ у нея снова было нѣчто, по ея разсказу, похожее на выкидышъ. Послѣ этого установился прежній видъ мѣсячныхъ, но боли дѣлались все сильнѣе; прибавились приступы грудной жабы, угнетенное состояніе духа, наклонность плакать безъ всякой причины, истерическій жаръ, судороги отдѣльныхъ мышцъ, особенно въ лицѣ, а порою и галлюцинаціи.

Колѣнные рефлексы повышены; болящія точки въ областяхъ позвоночника, повздошныхъ костей, ключицы и, въ особенности, яичниковъ, давленіемъ, на которые можно вызвать припадокъ. Геміанэстезія лѣвой половины тѣла. Упорные запоры. Всѣ эти явленія сначала сказывались только во время мѣсячныхъ, но потомъ стали показываться и въ промежуткахъ, только въ слабой степени.

Больная жалуется на сильныя боли внизу живота, особенно же въ обоихъ пахахъ, усиливающіяся во время мѣсячныхъ, меноррагію и нервное разстройство.

Status praesens. Средняго роста, хорошаго тѣлосложенія; питаніе плохое. Цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдный. Брюшныя стѣнки напряжены; чувствительность по всему животу, но въ особенности въ областяхъ обоихъ яичниковъ. Внутренніе органы груди и живота здоровы. Наружные половые органы нормальны. Матка наклонена впередъ, невелика, плотна, подвижна, болѣзненна; длина полости 7 стм.; влагалищная часть направлена кзади, небольшая, коническая, безъ ссадинъ на шейкѣ. Въ переднемъ сводѣ—тѣло матки, въ правомъ—небольшой, подвижной, чувствительный при давленіи яичникъ. Въ лѣвомъ тоже нащупывается яичникъ, большей величины, менѣе подвижный, чувствительный. Оба яичника нѣсколько опущены; лѣвый сдвинутъ кзади.

[1]) Описана врачемъ Филимоновой.

Изъ этого видно, что со стороны яичниковъ особыхъ измѣненій не было, но такъ какъ у больной было поставлено распознаваніе истеріи не на наслѣдственной почвѣ, яичники же представляли, все-таки, болѣзненныя точки, давленіемъ на которыя можно было вызвать судороги, и нервные припадки совпадали съ мѣсячными и, наконецъ, такъ какъ у больной были дизменоррея и менорраги, 18 февраля 1883 г. ей и была сдѣлана обоюдосторонняя кастрація.

Разрѣзъ въ 15 стм. Правый яичникъ выведенъ безъ затрудненія. На собственную связку яичника наложена лигатура въ 2 пучка, причемъ брюшной конецъ фаллопіевой трубы оставленъ внѣ лигатуры. Яичникъ удаленъ выше лигатуры; выведеніе лѣваго яичника встрѣтило нѣкоторое затрудненіе, такъ какъ пришлось разорвать ложныя перепонки, которыми онъ былъ сращенъ съ окружавшими его частями. Удаленіе произведено по тому же способу какъ и праваго.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ благополучно. Рвота прекратилась t 37,4°. На 4 день появилось кровотеченіе изъ половыхъ частей, продолжавшееся 5 дней. На 11 день сняты швы, первое натяженіе. Болей нѣтъ. На 25 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники Матка перегнута впередъ, подвижна, небольшая, нечувствительная. Въ правомъ сводѣ не прощупывается ничего. Въ лѣвомъ болѣзненное тѣло съ голубиное яйцо. Въ слѣдовавшіе за тѣмъ 5 мѣсяцевъ мѣсячныхъ не было; больная чувствовала себя очень хорошо; не было ни болей, ни нервныхъ припадковъ. Въ августѣ, послѣ непріятности, появились боли въ животѣ и кровотеченіе, продолжавшееся 7 дней. Послѣ этого кровотеченія стали повторяться, сопровождаясь каждый разъ нервными припадками и болями внизу живота.

Легкіе нервные припадки бываютъ и въ промежуткахъ между кровотеченіями. Показались кромѣ того и бѣли. Такимъ образомъ, данную больную можно считать неизлеченною.

Правый яичникъ имѣетъ въ длину 5, въ ширину 2 и въ толщину 2 стм. Поверхность его ноздреватая, мѣстами просвѣчивающая. Свѣжее желтое тѣло. На макроскопическихъ разрѣзахъ паренхима имѣетъ видъ продырявленной пластинки: полости отъ булавочной головки до лѣснаго орѣха.

Лѣвый яичникъ имѣетъ въ длину 5, въ ширину—3, а въ толщину—2 стм. Поверхность его не такъ бугриста; на микроскопическихъ разрѣзахъ мы находимъ въ немъ тоже различной величины полости въ большомъ количествѣ.

№ 16.

М. М. поступила въ клинику 2 марта 1888 года. Дочь чиновника, уроженка г. Петербурга, 41 года, православнаго вѣроисповѣданія, классная дама, дѣвица. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ; обыкновенно бывали черезъ 3 недѣли по 7 дней и сопровождались болями внизу живота. Года 3 тому назадъ крови стали обильнѣе, а два года уже какъ идутъ по 14 дней и больше. Годъ тому назадъ замѣтила внизу живота опухоль. Лечилась въ Рождественской больницѣ, гдѣ ей сдѣлано было около 20 впрыскиваній эрготина, но безъ успѣха.

Жалуется на чрезвычайно обильныя крови во время мѣсячныхъ, боли внизу живота, въ особенности справа; общую слабость и угнетенное состояніе духа.

Status praesens. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія и питанія, средняго роста. Брюшныя стѣнки упруги. Животъ нѣсколько увеличенъ въ объемѣ.

Окружность на уровнѣ пупка	76 сант.
Наибольшая	80 „
Отъ пупка до мечевид. отростка	13 „
До лоннаго соединенія.	14 „
Отъ правой sp. ant. sup.	14 „
До лѣвой sp. ant sup.	14 „

При ощупываніи надъ лобкомъ выдается плотная опухоль, мало подвижная, теряющаяся нижнимъ своимъ отдѣломъ въ полости малаго таза; ощупываніе этой области живота чувствительно. Наружные половые органы нормальны. P. vaginalis конической формы, небольшаго объема, обращена кзади. Въ переднемъ и въ лѣвомъ сводахъ опредѣляется плотный узелъ, величиной въ большое куриное яйцо, исходящій изъ передне-лѣвой стѣнки матки. Послѣдняя увеличена въ объемѣ, плотна, ограниченно подвижна. Полость матки—10 стм., идетъ вправо и кзади. Лѣвый яичникъ опредѣленъ сбоку опухоли, а правый на нормальномъ мѣстѣ.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція—castratio произведена 19 марта 1888 года. Введенъ кольпейринтеръ. Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи, между пупкомъ и лобкомъ, длиною въ 14 стм. При изслѣдованіи черезъ рану найдено, что опухоль частью вдается въ лѣвую широкую связку. Оба яичника удалены, послѣ перевязки lig. ovar. двойными лигатурами. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операція длилась 27 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло при небольшихъ лихорадочныхъ движеніяхъ t°, державшейся по вечерамъ на 38,0°—38,3°. При снятіи швовъ, на 10 день, это объяснилось небольшимъ абсцессомъ въ нижнемъ углу раны. На остальномъ протяженіи рана зажила первымъ натяженіемъ. На 17 день больная встала съ постели, а на 33 выписалась изъ клиники. Опухоль замѣтно уменьшилась въ своемъ объемѣ.

№ 17.

А. И. поступила въ клинику 7 марта 1888 года. Мѣщанка Петербургской губ., 31 года, православнаго вѣроисповѣданія, портниха, дѣвица. Первыя мѣсячныя на 16 году. Обыкновенно бывали черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. 10 лѣтъ тому назадъ безъ всякой видимой причины появилось сильное кровотеченіе, длившееся около недѣли. Тогда же больная замѣтила опухоль внизу живота, которая съ тѣхъ поръ увеличивается съ каждымъ годомъ. Регулы вскорѣ послѣ этого стали обильнѣе, шли сгустками. Въ послѣднее время появляются черезъ неправильные сроки и длятся-

иногда по нѣсколько недѣль. Лѣтъ 7 тому назадъ лечилась подкожными впрыскиваніями, но безъ улучшенія.

Жалуется на опухоль живота, сильныя кровотеченія, боль въ крестцѣ и внизу живота, запоры.

Status praesens. Брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, умѣреннаго питанія. Брюшныя стѣнки напряжены, растянуты. Животъ къ низу представляется рѣзко увеличеннымъ.

Окружность на уровнѣ пупка	75 сант.
Наибольшая	82 „
Отъ пупка до мечевидн. отростка . . .	13 „
До лоннаго соединенія	22 „
До правой sp. ant. sup.	16 „
До лѣвой sp. ant. sup.	16 „

Внизу живота прощупывается плотная, шаровидной формы, подвижная опухоль, дно которой стоитъ надъ лоннымъ соединеніемъ на 14 сант.; ширина ея 17 сант. Нижній отрѣзокъ опухоли теряется въ полости малаго таза. Наружные половые органы—нормальны. P. vagin. небольшой величины, цилиндрической формы, укорочена и приподнята кверху. Она непосредственно переходитъ въ нижній сегментъ вышеупомянутой шаровидной опухоли, выполняющей главнымъ образомъ передній и лѣвый своды. Полость матки 26 ctm., при измѣреніи ея бужемъ. Металлическій зондъ, вѣроятно вслѣдствіе извилистаго хода полости, не могъ быть введенъ на достаточную длину.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція—castratio—произведена 23 марта 1888 года. Брюшныя стѣнки вскрыты по linea alba, между пупкомъ и лобкомъ, на протяженіи 21 ctm. При изслѣдованіи придатковъ правой стороны, фаллопіева труба оказалась значительно растянутою и поэтому послѣ перевязки двойною лигатурою удалена вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ. Лѣвый яичникъ и фаллопіева труба лежали позади опухоли, причемъ труба была найдена таковою же, какъ и правая. Для удаленія этихъ придатковъ, опухоль была повернута по своей продольной оси и значительнымъ сегментомъ своимъ извлечена наружу. Брюшная рана закрыта 19 швами. Операція продолжалась 45 мин.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій, при нормальной температурѣ. Швы сняты на 10 день; сращеніе полное. На 14 день больная встала съ постели, на 28 выписалась изъ клиники.

Описаніе препарата. Лѣвый яичникъ вѣсомъ 20 грм., длина его—3 ctm., ширина—$3^1/_2$ ctm., толщина—1,8. Правый—вѣситъ 20,5 грм., длина—5 сант., ширина—3,5; толщина—1,6. Оба кистовидно перерождены. Правая фаллопіева труба срощена съ яичникомъ, растянута прозрачною, серозною жидкостью до 2,5 сант. въ діаметрѣ. Лѣвая наполнена такою же жидкостью, но нѣсколько менѣе растянута.

№ 18.

А. Р. поступила въ клинику 17 марта 1888 года. Крестьянка Новгородской губ., 36 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, незамужняя, прислуга. Первыя мѣсячныя на 13 году; до заболѣванія были правильны—черезъ 3 недѣли по 6 дней. На 16 году правильно родила; выкидышей не было. 19 лѣтъ тому назадъ въ первый разъ почувствовала боль внизу живота, которая продолжается до сихъ поръ. Тогда же измѣнились и регулы,—сдѣлавшись обильнѣе и продолжительнѣе. Послѣдніе годы кровотеченія появляются черезъ неправильные промежутки и длятся иногда больше мѣсяца. Годъ тому назадъ замѣтила увеличеніе живота.

Жалуется на опухоль, боли внизу живота и постоянныя кровотеченія.

Status praesens. Брюнетка, средняго тѣлосложенія, плохаго питанія, очень малокровна. Брюшныя стѣнки дряблы. Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	71 сант.
Наибольшая	76 „
Отъ пупка до мечевиднаго отростка .	13 „
До лобка	18 „
„ правой sp. ant. sup.	15 „
„ лѣвой „ „ „	15 „

Наружные половые органы нормальны P. vagin и цилиндрической формы, обращено кзади. Въ передне-лѣвомъ сводѣ опредѣляется плотная, бугристая, въ куриное яйцо опухоль, исходящая изъ лѣвой стѣнки матки. Послѣдняя увеличена въ объемѣ, отклонена впередъ и влѣво; она подвижна вмѣстѣ съ опухолью. Правый яичникъ опредѣляется на нормальномъ мѣстѣ, лѣвый смѣщенъ и прижатъ къ стѣнкѣ таза. Полость матки=10 сант.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція-castratio—произведена 28 марта 1888 г. Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, между пупкомъ и лобкомъ, на протяженіи 14 ctm. Опухоль сѣдѣла intraligamentar'но въ лѣвой широкой связкѣ. Наложено двѣ провизорныхъ лигатуры и выведенъ правый яичникъ; послѣ перевязки lig. ovarii въ два пучка шелковыми лигатурами, онъ былъ удаленъ. Точно также поступлено и съ лѣвымъ яичникомъ. Брюшная рана зашита 12 шелковыми швами. Операція длилась 35 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій. На 10 день сняты швы, сращеніе полное per primam. На 16 день больная встала съ постели, а на 22 день выписалась изъ клиники. При выпискѣ найдено: длина полости матки 8 ctm., опухоль меньше.

№ 19.

А. А. поступила въ клинику 5 октября 1888 года. Мѣщанка Петербургской губ., 49 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, дѣвица, занимается шитьемъ. Первые регулы на 15 году. Обыкновенно бывали черезъ

3 недѣли, продолжались по 5—6 дней. 2 года тому назадъ правильныя менструаціи прекратились. Съ апрѣля настоящаго года страдаетъ сильными кровотеченіями; въ промежуткахъ постоянно идутъ грязно-бурыя выдѣленія, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ.

Жалуется на кровотеченія и опухоль живота, которую она замѣтила 8 лѣтъ тому назадъ.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста и тѣлосложенія, питанія очень плохаго, малокровна. Животъ въ нижней его части увеличенъ въ объемѣ.

Окружность на уровнѣ пупка	71
Наибольшая.	78
Отъ пупка до мечевид. отростка.	14
До лоннаго соединенія	18
До правой sp. ant. sup.	17
До лѣвой sp. ant. sup.	15

Брюшныя стѣнки тонки, напряжены.

При ощупываніи низъ живота занятъ плотною, равномѣрной консистенціи опухолью, дно ея стоитъ пальца на два выше пупка. Справа вверху на поверхности ея прощупывается небольшой величины, крайне болѣзненное тѣло, напоминающее по формѣ своей правый яичникъ. Опухоль подвижна какъ справа на лѣво, такъ и снизу вверхъ. Наружные половые органы нормальны. Нутеп вполнѣ сохраненъ. При осторожномъ внутреннемъ изслѣдованіи найдено: шейка матки оттянута вверхъ, конической формы, укорочена, она непосредственно переходитъ въ опухоль, прощупываемую въ брюшной полости.

Черезъ задній сводъ опредѣляется выступъ, также сливающійся съ этою опухолью. Длина полости матки=14 сант. Зондъ идетъ впередъ и нѣсколько влѣво.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstit. retroparietale.

Операція—castratio—произведена 15 октября 1888 года.

Брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, на протяженіи 14 ctm. Правый яичникъ, какъ и было предположено, оказался вблизи раны и, послѣ перевязки, былъ удаленъ. Лѣвый яичникъ оказался на столько глубоко лежащимъ, что не могъ быть выведенъ въ брюшную рану. Поэтому перевязка и удаленіе его произведены in situ. Брюшная рана зашита 16 швами. Операція продолжалась 25 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе, въ теченіи первыхъ 2 недѣль шло безъ осложненій, при t°, непревышающей 37,8°. На 10 день сняты швы, сращеніе—первымъ натяженіемъ. Съ 16 дня больная начала ходить. Начиная съ 19 дня t° по вечерамъ лихорадочная, доходитъ до 39°. Кривая съ рѣзкими утренними паденіями. Общее состояніе хорошо. Больная выписалась 31 января здоровою. При этомъ опухоль найдена уменьшившеюся во всѣхъ своихъ размѣрахъ.

Описаніе препарата. Оба яичника макроскопическихъ измѣненій не представляютъ. Вѣсъ праваго=5 grm.; длина $4^3/_4$ ctm.; толщина—$1^1/_2$. Вѣсъ лѣваго = 4 grm., длина — $3^1/_2$; ширина — 2; толщина — $1^1/_2$.

№ 20.

Ю. В., поступила въ клинику 5 октября 1888 года. Крестьянка Ковенской губ., 47 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Менструаціи съ 14 лѣтъ; до заболѣванія—черезъ $3^1/_2$—4 недѣли по 5 дней. Замужъ вышла на 20 году. Была беременна 2 раза, но каждый разъ выкидывала. Послѣдній выкидышъ 11 лѣтъ тому назадъ. Была здорова до 1886 года. Въ мартѣ мѣсяцѣ этого года появилось въ первый разъ кровотеченіе. Съ этихъ поръ регулы обильнѣе, неправильны;—смѣняются обильными и продолжительными кровотеченіями.

Жалуется на періодически повторяющіяся кровотеченія, общую слабость и тяжесть внизу живота.

Status praesens. Блондинка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, средняго питанія, довольно малокровна.

Окружность живота на уровнѣ пупка. .	84 ctm.
Наибольшая	84 „
Отъ пупка до мечевиднаго отростка. . .	11 „
До лоннаго соединенія	16 „
До правой sp. ant. sup.	18 „
До лѣвой sp. ant. sup.	18 „

Брюшныя стѣнки со значительно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Внизу живота прощупывается симметрично расположенная, плотная, неболѣзненная и неподвижная опухоль, выдающаяся пальца на 4 надъ лоннымъ соединеніемъ. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: P. vagin. укорочена, обращена кзади; она непосредственно переходитъ въ вышеупомянутую опухоль. Черезъ задній сводъ прощупывается выступъ, выполняющій задній сводъ и составляющій одно цѣлое съ опухолью. Послѣдняя неподвижна, величиною съ голову новорожденнаго. Полость матки = $10^1/_2$ ctm. Зондъ идетъ прямо впередъ.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція—castratio—произведена 9 ноября 1888 года.

Брюшныя стѣнки вскрыты по linea alba, между лобкомъ и пупкомъ, на протяженіи 14 ctm. На края брюшной раны наложены 2 провизорныхъ лигатуры. Оба яичника сидѣли глубоко въ полости таза и были покрыты обширными сращеніями. Поэтому, не смотря на то, что сращенія были по возможности разъединены, оба яичника были перевязаны и отрѣзаны in situ. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣопераціонное состояніе прошло безъ осложненій, при высшей t° 37,8°. На 11 день сняты швы; полное сращеніе первымъ натяженіемъ. На 14 день больная встала; на 23 выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи опухоль уменьшилась въ объемѣ; подвижна.

Описаніе препарата. Оба яичника въ атрофическомъ состояніи, безъ видимыхъ микроскопическихъ измѣненій. Вѣсъ праваго—5 grm.; длина —

2½ ctm.; ширина—1½ ctm.; толщина—1 ctm. Вѣсъ лѣваго--4 grm., длина—2½ ctm.; ширина—1½; толщина—1 ctm.

№ 21.

А. Г. поступила въ клинику 5 января 1889 года. Мѣщанка Петербургской губ., 34 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, живетъ въ Петербургѣ и занимается торговлею, родилась въ Москвѣ. Первые регулы на 15 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 3 дня. Рожала 2 раза; послѣдніе роды 7 лѣтъ тому назадъ На 3 недѣлѣ послѣ родовъ было кровотеченіе, продолжавшееся 2 мѣсяца. Начало болѣзни считаетъ 7—8 лѣтъ тому назадъ. За послѣдніе два года, состояніе ея особенно ухудшилось, крови стали приходить чаще и обильнѣе.

Жалуется на боли въ поясницѣ, внизу живота и подъ ложечкой, по утрамъ иногда бываетъ тошнота и часто лихорадочное состояніе.

Status praesens. Больная брюнетка, правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, съ удовлетворительнымъ питаніемъ, анемична. При изслѣдованіи грудной полости не обнаружено патологическихъ измѣненій. При пальпаціи въ нижней части живота прощупывается опухоль, стоящая надъ лобкомъ на 14 сант., поперечный размѣръ 17, 5.

Окружность на уровнѣ пупка	76	сант.
Наибольшая	77	„
Отъ пупка до мечевид. отростка . . .	16	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія . . .	13	„
Отъ правой sp. ant. sup.	20	„
Отъ лѣвой sp. ant. sup.	19	„

Наружные половые органы нормальны. Матка въ retroversio, плотная; длина полости 9 сант., влагалищная часть не увеличена, цилиндрической формы, направлена по проводной оси таза. Матка непосредственно переходитъ въ существо опухоли. Опухоль бугриста, величиной съ дѣтскую головку, съ выступами спереди и съ боковъ. Слѣва замѣчается значительный выступъ, идущій до боковой поверхности таза. Полость матки идетъ влѣво и нѣсколько взадъ. Мочевой пузырь распластанъ по опухоли и немного приподнятъ. Передвиженія опухоли вмѣстѣ съ маткой весьма ограничены и сопровождаются болѣзненностью. Лѣвый яичникъ опредѣленъ до операціи.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція—castratio 25 января 1889 года. Больной за часъ до операціи былъ введенъ подъ кожу ⅛ gr. morphii muriat. въ виду того возбужденія, которое неоднократно вызывалось при попыткѣ хлороформировать. По разрѣзѣ (20 сант.) брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи оказалось, что опухоль дѣйствительно фибромиома, выходитъ изъ правой стороны передней стѣнки матки, причемъ раздвигаетъ правую широкую связку. Лѣвый яичникъ выведенъ безъ труда, лежалъ на поверхности, правый же помѣщался глубоко позади опухоли. Оба яичника и части фаллопіевыхъ трубъ удалены, послѣ предварительнаго наложенія на ихъ ножки двойныхъ шелковыхъ лигатуръ и перевязки ихъ въ два пучка. Брюшная рана зашита 10 шелковыми швами. Операція продолжалась 25 минутъ, хлороформированіе 45 мин., хлороформа потрачено 65 граммовъ.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ гладко. Въ первый же день послѣ операціи появились крови, которыя шли 6 дней. Наивысшая температура 38,6° была на 2—4 день. На 9 день сняты швы, первое натяженіе. На 15 день позволено ходить; на 26 день выписалась, чувствуя себя очень хорошо. Опухоль уменьшилась; надъ лобкомъ 12 сант., поперечный размѣръ—12 сант.

Описаніе препарата. Правый яичникъ удаленъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопіевой трубы. Вѣситъ 11 grm., длина 3,5 сант., ширина 2,5 сант., толщина 1,5 сант. Поверхность бугриста и покрыта бороздками. Лѣвый яичникъ также удаленъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ трубы, вѣсъ 9 grm., длина 4 сант., ширина 2,8 сант., толщина 1 сантиметръ.

№ 22.

М. Г. поступила въ клинику 23 декабря 1888 года. Больная 37 лѣтъ, незамужняя, мѣщанка. Родилась въ Минской губ., имѣетъ постоянное жительство въ Петербургѣ, по занятію портниха. Первыя менструаціи на 17 году, обыкновенно приходили черезъ 3 недѣли по 3 дня. Беременностей не было. По словамъ больной, 5 лѣтъ тому назадъ у нея появилось первое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, причиной его считаетъ паденіе въ погребъ. Съ этого времени стала чувствовать себя больной. Крови за это время сдѣлались неправильными и обильными, черезъ 1—3 недѣли по 7 дней.

Status praesens. Больная шатенка, правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, плохаго питанія. При выслушиваніи сердца обнаруженъ довольно ясный систолическій шумъ. Происхожденіе его было объяснено крайней анеміей больной.

Брюшныя стѣнки сильно напряжены. Въ области опухоли, помѣщающейся въ нижней части живота, притупленіе тона. Въ области пупка чувствительность.

Окружность на уровнѣ пупка	78	сант
Наибольшая окружность.	85	„
Отъ мечевид. отростка до пупка. . . .	18	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія . . .	15	„
Отъ правой sp. il. ant. sup.	17	„
Отъ лѣвой sp. il. ant. sup.	17	„

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій. Слизистая оболочка влагалища блѣдная и дряблая. Влагалищная часть матки конической формы, разрыхленная. Въ переднемъ и правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли, который отклоняетъ влагалищную часть матки немного влѣво и назадъ. Опухоль нераздѣльно соединена съ маткой, исходитъ изъ ея передней и правой поверхности, сама опухоль плотная, бугристая, слегка чувствительная и нѣсколько подвижная. Длина

полости матки при изслѣдованіи бужемъ 17,5, зондомъ 13 сант. Передъ регулами высота опухоли надъ лобкомъ=13 сант.; поперечный размѣръ=15 сант.; во время регулъ 20 и 27 сант. Регулы являлись 2 раза очень обильныя и продолжались по 7 дней.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri cavernosum.

Операція 8 февраля 1889 года. Castratio duplex.

Брюшной разрѣзъ по бѣлой линіи въ 15 сант. Діагнозъ вполнѣ подтвердился. Опухоль—фибромиома исходитъ изъ передней стѣнки и праваго угла матки. Правый яичникъ лежалъ очень глубоко, лѣвый поверхностно, легко достижимъ. Пульсъ у больной при этомъ сильно палъ и потому предложено было дать кислородъ. Оба яичника удалены вмѣстѣ съ абдоминальными концами фаллопіевыхъ трубъ, послѣ перевязки lig. ovar. въ два пучка двойной шелковой лигатурой. На брюшную рану наложено 11 глубокихъ швовъ. Операція продолжалась 25 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ протекъ гладко. На 10 день сняты швы,—первое натяженіе. На 30 день послѣ операціи появились крови въ небольшомъ количествѣ. На 33 день больная выписалась изъ клиники, чувствуя себя очень хорошо. Опухоль уменьшилась до величины яблока. Длина полости матки 9,5 сант.

Описаніе препарата. Правый яичникъ вѣситъ 10 grm.; длина 3,5 сант., ширина 2,2 сант., толщина 1 сант. Поверхность яичника неровная, покрыта бороздами различной глубины и направленія. Лѣвый яичникъ. Вѣсъ=11,5 grm.; длина 4 сант., ширина=2,5 сант. Поверхность его такая же, какъ и у праваго.

№ 23.

М. К. поступила въ Маріинскую больницу 11 марта 1889 года. Больная 44 лѣтъ, жена купца, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ, уроженка Архангельской губерніи. Первыя мѣсячныя крови появились на 14 году, типъ ихъ установился: черезъ 4 недѣли по 4—5 дней. Рожала 3 раза правильно. Лѣтъ 10—11 тому назадъ больная стала замѣчать опухоль внизу живота и появились боли. Регулы въ первые 6—7 лѣтъ были правильными, а затѣмъ съ теченіемъ времени дѣлались все болѣе и болѣе обильными, сопровождаются сильными болями. Года 4 тому назадъ у больной было сильное кровотеченіе изъ половой щели, которое было едва остановлено. Около двухъ лѣтъ больная начала худѣть.

Status praesens. М. К. средняго роста, умѣреннаго питанія и тѣлосложенія, очень малокровна. При изслѣдованіи органовъ дыханія и кровообращенія ничего особеннаго не обнаружено. При ощупываніи живота, въ полости его опредѣляется опухоль весьма плотной консистенціи, подвижная, величиной съ голову взрослаго человѣка; опухоль расположена по средней линіи и дномъ своимъ стоитъ на серединѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. При изслѣдованіи per rectum et per vaginam констатировано, что опухоль несомнѣнно принадлежитъ маткѣ и ростетъ изъ передне-лѣвой поверхности ея. Длина полости матки 14 сант. Яичники прощупываются немного увеличенными и болѣзненными. Операція—castratio duplex произведена 20 марта 1889 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиной 12 сант. Оба яичника удалены безъ труда. Брюшная рана зашита 10 шелковыми швами.

Послѣопераціонный періодъ. На 7 день температура повысилась до 38 и держалась на лихорадочныхъ цифрахъ 3 дня; при снятіи повязки на 10 день, найдено небольшое нагноеніе въ уколахъ среднихъ швовъ. 1 мая открылись регулы, продолжавшіеся 3 дня, въ скудномъ количествѣ. 9 мая (на 49 день послѣ операціи) выписалась.

При изслѣдованіи найдено уменьшеніе опухоли на $^1/_3$ своего объема.

№ 24.

С. К. поступила въ Маріинскую больницу 5 мая 1889 года. Больная 32 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, Ярославской губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ, незамужняя—дѣвица.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ замѣтила опухоль внизу живота и измѣнился типъ регулъ, вмѣсто нормальнаго, бывшаго раньше черезъ 4 нед. по 3—4 дня, они сдѣлались значительно обильнѣе, идутъ сгустками, съ сильными болями и затягиваются на 10—12 дней.

Status praesens. Больная крайне анемична, слаба. При ощупываніи живота, находимъ въ полости его опухоль, лежащую болѣе слѣва отъ бѣлой линіи. Опухоль эта имѣетъ гладкую поверхность, плотную консистенцію, ограниченно-подвижна, дномъ своимъ доходитъ до пупка. При осторожномъ бимануальномъ изслѣдованіи, такъ какъ больная puella intacta, найдено слѣдующее: опухоль имѣетъ очень тѣсную связь съ маткой, исходитъ изъ лѣваго ея края и вдается въ лѣвую широкую связку, раздвигая ея листки. Длина полости матки=15 сант.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операція—Castratio duplex. 13 мая 1889 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи 14 сант. Оба яичника легко найдены и удалены обычнымъ способомъ. Брюшная рана зашита 14 швами, наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 м.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій. На 7 день показались сукровичныя отдѣленія. На 10 день сняты швы=prima intentio на всемъ протяженіи раны. Сукровичныя отдѣленія продолжались 20 дней. 2 іюля выписалась изъ больницы значительно оправившись. Опухоль безъ измѣненій, сукровичныя отдѣленія прекратились.

№ 25.

Т. К. поступила въ клинику 7 января 1890 года. Больная—ремесленница, родилась въ Петербургѣ, 42 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается портняжнымъ ремесломъ. Первые регулы на 16 году, типъ ихъ

черезъ 4 недѣли по 4 дня, за время болѣзни черезъ 3 недѣли по 5 дней, беременна не была. Больна около 4 лѣтъ, когда замѣтила внизу живота небольшую, безболѣзненную припухлость, которая постепенно увеличивалась и, наконецъ, стала безпокоить больную; появилась тяжесть и боль внизу живота, учащенное мочеиспусканіе, а также наклонность къ запорамъ. Регулы сдѣлались обильнѣе.

Status praesens. Брюнетка, высокаго роста, средняго тѣлосложенія, но очень блѣдная исхудалая особа. Со стороны органовъ дыханія—небольшой бронхитъ. Органы кровообращенія не представляютъ особенныхъ измѣненій. Нижняя часть живота выпячивается впередъ опухолью, стоящей дномъ своимъ на 2 пальца выше пупка. При ощупываніи опухоль плотна, равномѣрной консистенціи, гладкая. Съ правой стороны около горизонтальной вѣтви лобковой кости прощупывается отдѣльно маленькій наростъ, исходящій изъ большой опухоли. Вся опухоль обладаетъ небольшой подвижностью вправо и влѣво, неболѣзненна при ощупываніи. При бимануальномъ изслѣдованіи опухоль оказывается принадлежащей маткѣ и находится въ передней и боковой правой стѣнкѣ ея. Въ правомъ сводѣ опредѣляется отдѣльная опухоль, небольшая, выходящая широкимъ основаніемъ изъ тѣла матки. Влагалищная часть матки конической формы, обращена вправо; тѣло матки увеличено, плотной консистенціи, длина ея полости 15 сант., зондъ идетъ кзади и влѣво. Высота дна опухоли надъ симфизомъ 19 сант., поперечникъ=20 сант. До операціи у больной были регулы въ обильномъ количествѣ, продолжавшіеся 8 дней. Высота дна опухоли во время регулъ= 23 сант., поперечн. 21 сант.

Діагнозъ. Fybromyoma interstitiale et subserosum uteri cavernosum.

Терапія—castratio duplex 17 февраля 1890 года.

Брюшная полость вскрыта разрѣзомъ въ 17 сант. по бѣлой линіи отъ пупка до симфиза. На края брюшной раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. При изслѣдованіи найдено, что опухоль межуточная фиброміома, исходитъ изъ дна матки и передней стѣнки ея; лѣвый яичникъ оказался неизмѣненнымъ, правый же кистовидно-перерожденнымъ до величины куринаго яйца, который и былъ принятъ при внутреннемъ изслѣдованіи за субсерозный фиброидъ. Оба яичника удалены по наложеніи на ихъ ножки двойныхъ лигатуръ, которыми онѣ были завязаны въ два пучка. При удаленіи праваго яичника, который былъ сросшенъ съ окружающими частями, кистовидная полость лопнула и густая, темнаго цвѣта жидкость излилась въ полость брюшины. Ножка лѣваго яичника состояла изъ lig. ovarii и lig. lati. Туалетъ брюшины произведенъ губками, смоченными 2% растворомъ acid. carbolici. Брюшная рана зашита 15 шелковыми узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 30 мин.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ при повышенной температурѣ, доходящей по временамъ къ вечеру до 39°, къ утру же она рѣзко падала до 36,9°. Больная жаловалась на сильный кашель съ мокротой, при изслѣдованіи найдено pneumonia chronica, боли въ животѣ—небольшой parametritis dextr. Со второго же дня послѣ операціи у больной появились кровянистыя отдѣленія, продолжавшіяся двѣ недѣли съ промежутками въ 1—2 дня. На 11 день сняты швы—prima intentio. На 58 день больная выписалась

изъ клиники съ улучшеніемъ состоянія здоровья. При выпискѣ найдено: высота опухоли надъ симфизомъ 11 сант., поперечникъ тоже 11 сант.

Описаніе препарата. Правый яичникъ вѣсомъ 11 grm., длиною 4,5 сант., шириною 2,7 сант., толщиною 2,3 сант. На наружномъ концѣ его находится лопнувшая киста, имѣвшая большій размѣръ 3,5 сант., меньшій 1,9 сант., толщина стѣнки отъ одного до трехъ миллиметровъ; кромѣ этого при разрѣзѣ яичника найдены еще 3 кистовидныя полости разной величины.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ 5 грм., длина 3,8 сант., ширина 2,4 сант., толщина 1,7 сант., поверхность его бугриста, различаются 4 возвышенія, въ своей паренхимѣ содержитъ также нѣсколько небольшихъ кистовидныхъ полостей съ прозрачнымъ жидкимъ содержимымъ.

№ 26.

А. Н. поступила въ клинику 21 октября 1891 года. Крестьянка Смоленской губ., живетъ въ Петербургѣ, православнаго вѣроисповѣданія, 38 лѣтъ, по занятію кухарка. Менструаціи первый разъ на 16 году и приходятъ теперь, какъ и прежде до болѣзни, черезъ 3—4 недѣли по 6—7 дней. Замужъ вышла на 19 году, беременна не была.

Жалуется на опухоль внизу живота, которую она замѣтила 2 года тому назадъ. Сначала опухоль росла медленно, а потомъ въ послѣдній годъ стала быстро увеличиваться, при этомъ появились и сильныя боли внизу живота и поясницѣ, которыя ее безпокоятъ особенно во время работы, приходится часто бросать ее и ложиться въ постель.

Status praesens. Больная—шатенка, средняго роста, съ правильно-развитой костно-мышечной системой и хорошо упитана. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Животъ въ нижней своей части представляется увеличеннымъ; размѣры его:

Окружность на уровнѣ пупка	89	сант.
Наибольшая	92	„
Отъ пупка до лобка	22	„
„ „ „ мечевиднаго отростка .	16	„
„ „ „ правой sp. il. ant. sup. .	19	„
„ „ „ лѣвой „ „ „ „ .	19	„

При ощупываніи находимъ въ полости живота, расположенную по средней линіи, плотную, вездѣ равномѣрной консистенціи, бугристую опухоль. Высота стоянія ея 21 сант. (доходитъ до пупка), наибольшая ширина ея 15,5 сант. При внутреннемъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки переходитъ прямо въ опухоль, прощупываемую черезъ брюшныя стѣнки. Правый и лѣвый своды отчасти выпячены этой опухолью. Опухоль бугристая и весьма плотной консистенціи, имѣетъ подвижность, но двигается вмѣстѣ съ маткой. Матка, повидимому, находится въ anteversio, увеличена въ объемѣ, плотна, длина ея полости 15 сант.; зондъ направляется кпереди. Изслѣдованіе зондомъ показало, что опухоль сидитъ

въ передней стѣнкѣ матки. Во время пребыванія больной въ клиникѣ до операціи, замѣчено увеличеніе опухоли во время регулъ: наибольшій поперечникъ 17,5 сант., высота надъ лобкомъ 24 сант., наибольшая окружность 95 сант.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale (cavernosum).

Терапія-castratio duplex—24 ноября 1890 года.

Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи разрѣзомъ отъ пупка внизъ къ лонному соединенію не доходя до него пальца на два. Опухоль оказалась интерстиціальной фиброміомой, исходящей изъ дна и передней стѣнки матки. Сначала былъ удаленъ лѣвый яичникъ по наложеніи на его ножку двойной шелковой лигатуры. Яичникъ добытъ съ трудомъ, ибо онъ лежалъ глубоко въ тазу. Правый яичникъ достигнуть оказалось еще труднѣе, онъ находился позади опухоли, такъ что пришлось увеличить разрѣзъ брюшной раны вверхъ выше пупка (пупокъ обойденъ влѣво). Захваченный правый яичникъ былъ выведенъ наружу, ножка его (lig. ovarii) тоже перевязана въ два пучка двойной шелковой лигатурой и яичникъ удаленъ. Брюшная рана, длиною 19 сант., зашита наглухо 17 глубокими шелковыми узловатыми швами. Наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 50 минутъ.

Хлороформированіе длилось 1 часъ 15 минутъ.

Послѣопераціонное теченіе. Первые 4 дня температура была нѣсколько повышена, колебалась между 37,0 и 38 4°, пульсъ полный отъ 70 до 90 ударовъ въ минуту; болѣлъ животъ, нѣсколько разъ была тошнота и рвота, а также больную безпокоилъ нѣкоторое время кашель; въ остальномъ все шло гладко; на 6 день изъ половыхъ частей показалась кровь—3 дня. На 10 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. На 17 день встала съ постели, а на 21 день выписалась изъ клиники.

Опухоль безъ измѣненій; поперечникъ 17 сант., длина 21 сант. Самочувствіе прекрасное.

Больная черезъ три мѣсяца пришла въ клинику, причемъ найдено весьма замѣтное уменьшеніе опухоли. Регулъ не было, чувствуетъ себя хорошо. Полость матки 12 сантиметровъ.

№ 27.

П. П. поступила въ клинику 4 января 1891 года. Мѣщанка Калужской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, живетъ въ Петербургѣ, 34 лѣтъ, по занятію акушерка.

Первая манструація на 18 году; въ теченіи года послѣ того крови являлись каждую недѣлю и шли 4—5 дней. Въ дальнѣйшемъ теченіи крови стали появляться правильно черезъ 3 недѣли по 6—7 дней. Замужъ вышла на 18 году, первый и послѣдній ребенокъ недоношенный (8 мѣсяцевъ) на 19 году. Послѣ родовъ перенесла какое-то пуэрперальное заболѣваніе; болѣе беременной не была; регулы теперь являются правильно, но сдѣлались обильными 3 недѣли по 6—8 дней. Лѣтъ 8 тому назадъ замѣтила увеличеніе живота, а 4 года назадъ врачъ въ г. Рязани опредѣлилъ фиброміому матки. Лечилась электричествомъ, но безъ успѣха.

Жалуется на боли, обильныя крови, сильные запоры, задержаніе мочи и пр.

Status praesens. Больная средняго роста, плохо упитана. Органы дыханія, кровообращенія и пищеварительные ничего особеннаго не представляютъ. При ощупываніи въ полости живота опредѣляется весьма плотная бугристая опухоль, величиной въ голову взрослаго человѣка. На самой опухоли тупой тонъ, вокругъ тимпаничный. Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка . . .	84	сант.
Наибольшая окружность	86	»
Отъ пупка до лобка	20	»
Отъ пупка до мечевид. отрост. . .	16	»
» » до правой sp. il. ant sup.	21	»
» » до лѣвой sp. il. ant. sup.	20	»

Размѣры опухоли: высота надъ лобкомъ 17 сант., наибольшій поперечникъ 26 сант. При изслѣдованіи per. vaginam: port. vagin. не достигается, стоитъ высоко; боковые своды выполнены сегментами твердой бугристой опухоли, въ заднемъ сводѣ помѣщается главная масса опухоли. Тѣло матки отодвинуто влѣво, впередъ и вверхъ. При изслѣдованіи зондомъ, онъ входитъ на 9 сант., но вслѣдствіе громадной трудности изслѣдованія нельзя быть увѣреннымъ, что опредѣлена вся полость матки. Влагалище сдавлено опухолью. Опухоль неподвижна, не выводится изъ полости таза. Прямая кишка также сдавлена и опухоль выполняетъ все заднее Дугласово пространство.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri retrocervicale.

Терапія— castratio (duplex) 23 января 91 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи длиною 19 сант. Брюшина вскрыта по пальцу ножницами. Матка съ приросшими къ ней сальникомъ и частью опухоли выведена наружу. Опухоль фиброміома, начинающаяся съ нижне-задней поверхности тѣла матки и ея шейки и вколоченная глубоко въ малый тазъ, между маткой и прямой кишкой. Сначала удаленъ былъ лѣвый яичникъ вмѣстѣ съ частью фаллопіевой трубы, его ножка перевязана въ два пучка двойной шелковой лигатурой. Отыскиваніе праваго яичника было гораздо затруднительнѣе, вслѣдствіе обширныхъ сращеній матки и опухоли съ окружающими частями, наконецъ онъ былъ найденъ и удаленъ такъ же, какъ и лѣвый; послѣ удаленія яичниковъ, матка была опущена въ брюшную полость. Брюшная рана была зашита 14 глубокими и 6 поверхностными швами изъ шелка и наложена повязка. Продолжительность операціи 44 минуты. Продолжительность наркоза 1 ч. 2 м.

Послѣоперационный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной температурѣ. На 10 день сняты швы,—рана зажила первымъ натяженіемъ. На 18 день встала, на 30 день больная выписалась изъ клиники вполнѣ здоровой.

Изслѣдованіе при выпискѣ: влагалищная часть матки лежитъ сзади symphisis pubis, достигается легко пальцемъ; боковые своды начинаютъ контурироваться, болѣе отдавленъ внизъ задній сводъ. Rectum очень мало

сдавленъ оставшеюся частью опухоли; испражненія безъ клизмы, безболѣзненны, чего не было уже въ теченіи 2 лѣтъ. Общее состояніе здоровья превосходно.

Размѣры опухоли:

вертикальный	13 сант.
горизонтальный.	19 »

По выпискѣ изъ клиники больная явилась 19 марта 91 года. Опухоль величиной не больше кулака, лежитъ сзади и нѣсколько вправо, легко подвижна; надъ simphisis pubis не выдается, rectum не сдавлено. Крови не было.

(Этотъ случай сообщенъ д-ромъ Новицкимъ въ засѣданіи С.-Петербургскаго медицинскаго общества 26 марта 1891 года).

№ 28.

Е. С. поступила въ клинику 8 марта 1891 года. Дворянка, незамужняя, 40 лѣтъ, родилась въ г. Петербургѣ, гдѣ и живетъ постоянно, православнаго вѣроисповѣданія, по занятію классная дама. Первая менструація на 17 году и сразу приняла вполнѣ правильный типъ черезъ 3 недѣли, продолжаясь по 5 дней. Лѣтъ 15 тому назадъ послѣ сильной простуды появились у больной обильныя бѣли, которыя продолжаются и до сихъ поръ. Регулы стали являться нѣсколько раньше нормальнаго и продолжаются по 6—7 дней, очень обильные и сопровождаются болями въ нижней части живота и поясницѣ. Кромѣ того больная жалуется на запоры, одышку, сердцебіеніе.

Status praesens. Шатенка, средняго тѣлосложенія и роста, плохаго питанія, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Со стороны органовъ кровообращенія и дыханія ничего ненормальнаго незамѣчается.

При ощупываніи живота опредѣляется гладкая опухоль, круглой формы, твердой консистенціи, стоящая пальца на три надъ лобкомъ, съ голову новорожденнаго. При внутреннемъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки конической формы, слегка увеличена, плотна и направлена кзади; матка находится въ anteversio, плотная, объемъ ея увеличенъ; длина ея полости 12 сант. (зондъ направляется при введеніи впередъ, вверхъ и влѣво). Черезъ правый и передній сводъ прощупывается слегка бугристая опухоль безъ эластическихъ участковъ. Она, повидимому, исходитъ изъ передней правой стѣнки матки, подвижна вмѣстѣ съ маткой. Яичники опредѣлены и тотъ и другой.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Терапія—castratio duplex 13 марта 1891 года.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною 17 сант., проведенъ по бѣлой линіи отъ пупка до лоннаго соединенія. На брюшныя стѣнки наложены двѣ провизорныя лигатуры. Сначала былъ удаленъ лѣвый яичникъ съ частью трубы, послѣ перевязки его ножки (lig. ovar. sin.) двойной шелковой лигатурой, а затѣмъ такимъ же образомъ и правый яичникъ. Въ виду тяжелаго вылущенія опухоли изъ стѣнки матки, при чемъ пришлось бы удалить и большую часть матки, сдѣлана кастрація, такъ какъ послѣ нея менорраги должны прекратиться, а присутствіе опухоли, вслѣдствіе ея незначительной величины, не представляетъ опасности, тѣмъ болѣе, что перевязкой art. spermaticae нарушается ея питаніе.

Брюшная рана завязана 12 шелковыми глубокими узловатыми швами и наложена обычная повязка. Продолжительность операціи 32 минуты.

Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ; въ первые дни больную безпокоили нѣсколько боли въ животѣ и метеоризмъ, который устранялся вставленіемъ трубки и клизмами. На 4 день появились кровянистыя отдѣленія, которыя продолжались 5 дней. На 9 день сняты швы; повсюду=первое натяженіе; на 18 день позволено встать съ постели; на 28 больная выписалась изъ клиники здоровой.

Изслѣдованіе при выпискѣ дало слѣд.: опухоль немного уменьшилась, матка слегка болѣзненна. Желудокъ работаетъ хорошо, стулъ произвольный.

№ 29.

М. Т. поступила въ клинику 18 октября 1891 года. Крестьянка Тверской губ., 39 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, живетъ въ Петербургѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація на 16 году, типъ ихъ до заболѣванія черезъ 3 нед., по 6 дней. Вышла замужъ на 20 году, рожала 1 разъ благополучно, 18 лѣтъ тому назадъ. Черезъ 2½ г. послѣ родовъ безъ опредѣленной причины появилось значительное кровотеченіе, продолжавшееся нѣсколько мѣсяцевъ, съ небольшими промежутками; затѣмъ до послѣдняго времени была здорова, только шли незначительныя бѣли. Въ іюлѣ 1891 года, послѣ тяжелой работы, появились сильныя схваткообразныя боли въ лѣвой сторонѣ живота и тамъ образовалась плотная болѣзненная опухоль, величиной въ кулакъ. Въ сентябрѣ того-же года открылись сильныя кровотеченія, опухоль за это время увеличилась. Лежаніе на спинѣ и лѣвомъ боку затруднительно, является одышка, тяжесть въ животѣ и головныя боли.

Жалуется на обильныя кровотеченія, тяжесть внизу живота и упорныя констипаціи.

Status praesens. Брюнетка, средняго тѣлосложенія и роста, плохаго питанія.

Въ полости живота прощупывается плотная гладкая опухоль, рѣзко ограниченная, величиной съ голову взрослаго человѣка; подвижна она справа на лѣво и почти неподвижна сверху внизъ; довольно болѣзненна; снизу и по бокамъ ея прощупываются круглыя маточныя связки. Высота стоянія опухоли надъ симфизомъ 17 сант., ширина опухоли 14—15 сант.

При бимануальномъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки конической формы, обращена кзади; положеніе матки=anteversio, увеличена,

плотна, болѣзненна; длина ея бужомъ 18 сант., зондъ идетъ впередъ и вправо, затѣмъ впередъ и влѣво на 15 сант. Опредѣляемая наружными пріемами опухоль при внутреннемъ изслѣдованіи оказывается исходящей изъ тѣла матки сзади и слѣва. Лѣвый яичникъ кистовидно—перерожденный, прощупывается сбоку отъ опухоли; правый найти не удается.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Во время пребыванія въ клиникѣ у больной были регулы, продолжавшіеся 7 дней; послѣ нихъ появились кровянистыя отдѣленія, прекратившіяся черезъ 4 дня.

Терапія—castratio 9 ноября 1891 года. Брюшная полость вскрыта разрѣзомъ по бѣлой линіи длиной 16 сант. На края брюшной раны наложены двѣ провизорныя лигатуры. Опухоль гладкая, синеватаго цвѣта, фибрознаго характера, сидитъ въ задне-лѣвой стѣнкѣ матки. Лѣвый яичникъ лежалъ поверхностно, значительно увеличенный и кистовидно-перерожденный; онъ удаленъ послѣ перевязки его ножки двойной шелковой лигатурой въ два пучка. Отыскиваніе праваго яичника было болѣе затруднительно, вслѣдствіе болѣе глубокаго его положенія: онъ перевязанъ и удаленъ такимъ же образомъ, какъ и лѣвый. Брюшная рана зашита 12 глубокими шелковыми швами. Операція продолжалась 48 минутъ.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій, при нормальной t° и пульсѣ. Больную безпокоили сильныя боли въ животѣ, которыя устранялись впрыскиваніемъ раствора Morphii miriat. gr. 1/6 и въ первые сутки появились кровянистыя отдѣленія. На 9 день сняты швы—первое натяженіе. На 19 день позволено ходить, на 34 выписалась изъ клиники съ прекраснымъ самочувствіемъ; боли прекратились.

№ 30.

М. М. поступила въ клинику 19 января 1892 года. Больная—мѣщанка Петербургской губ., 29 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, по занятію портниха, не замужняя. Первые регулы появились на 15 году, повторялись всегда черезъ 3 недѣли, по 7—8 дней, очень обильные; беременной не была. Больной себя считаетъ 4 года, когда регулы стали приходить крайне неправильно со схваткообразными болями, а кромѣ того стали появляться кровотеченія и въ межменструальномъ періодѣ.

Жалобы больной главнымъ образомъ сводятся на обильныя потери крови, боли внизу живота, слабость, головокруженія. Лечится уже два года. Въ октябрѣ 1890 года, въ Маріинской больницѣ, докторомъ Кирѣевымъ было сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, послѣ чего, въ продолженіи шести мѣсяцевъ, больная чувствовала себя отлично, кровотеченія отсутствовали. Съ апрѣля 1891 года всѣ болѣзненные припадки снова появились и, несмотря на повторное (2 раза) выскабливаніе слизистой оболочки, кровотеченія оставались по прежнему сильны, посему 29 февраля 1892 года было рѣшено сдѣлать кастрацію.

Status praesens. Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, очень блѣдная, анемичная особа. При выслушиваніи сердца находимъ на

верхушкѣ небольшой систолическій шумокъ, въ остальныхъ органахъ ничего анормальнаго не обнаружено. При бимануальномъ изслѣдованіи: p. vagin. конической формы, плотной консистенціи, обращена кзади. Orif. ext. круглой формы; изъ цервикальнаго канала выдѣляется значительное количество слизи. Матка въ anteversio, изъ задней стѣнки ея выходитъ весьма плотная, бугристая опухоль, величиной съ кулакъ. Матка вмѣстѣ съ опухолью свободно подвижна во всѣ стороны. Длина полости матки 12 сант. Яичники опредѣляются на нормальномъ мѣстѣ. Увеличеніе опухоли во время регулъ и уменьшеніе ея было весьма замѣтно.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Терапія—castratio duplex—29 февраля 1892 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 10 сант. На брюшныя стѣнки наложены 2 провизорныя лигатуры. Кровотеченіе небольшое. Кровь совершенно блѣдная, похожая на сукровицу. Оба яичника извлечены легко, ножки ихъ (lig. ovar. et tubae Fallopii) перевязаны въ два пучка и яичники удалены. Брюшная рана зашита 11 глубокими шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 20 минутъ. Хлороформа израсходовано 30 грм.

Послѣопераціонный періодъ въ первые 10 дней протекалъ при нормальной t° и пульсѣ. На 10 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ; особыхъ жалобъ у больной не было. На второй день послѣ операціи у больной появились кровянистыя отдѣленія, продолжавшіяся дней десять. Съ десятаго дня послѣ операціи больная начала лихорадить, причемъ кривая t° имѣла правильный типъ: утромъ — 37°—37,5°, а вечеромъ — 38°—38,5°; такъ продолжалось до самаго выхода ея изъ клиники.

На 40 день послѣ операціи выписалась изъ клиники. Дома у больной вскорѣ появились такіе отеки ногъ и живота, что она не могла ходить и поступила въ Маріинскую больницу. Оттуда черезъ мѣсяцъ выписалась, немного поправившись, и уѣхала въ деревню. Въ декабрѣ 1892 года она явилась въ клинику. При изслѣдованіи было найдено значительное уменьшеніе опухоли. Полость матки=8 сант., чувствуетъ себя хорошо, отековъ нѣтъ, кровотеченія прекратились.

№ 31.

Н. С. поступила въ клинику 23 февраля 1892 года. Больная дворянка, 36 лѣтъ отъ роду, католическаго вѣроисповѣданія, родилась и живетъ въ Волынской губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы пришли на 15 году, до болѣзни появлялись черезъ 4 недѣли по 2—3 дня. Беременной не была. 5 лѣтъ тому назадъ впервые замѣтила въ нижней части плотную опухоль величиной въ гусиное яйцо, которая съ тѣхъ поръ стала постепенно расти и наконецъ достигла настоящихъ размѣровъ. Съ этого же времени появились боли въ поясницѣ и боку. Увеличеніе регулъ, причемъ иногда они продолжались 10—18 дней въ обильномъ количествѣ, и частые болѣзненные позывы на мочеиспусканіе; одышка, тяжесть внизу живота.

Status praesens. Больная брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія, средняго роста, удовлетворительнаго питанія, но очень анемична, блѣдна. Въ органахъ грудной полости ничего особеннаго не найдено, слышенъ только небольшой шумокъ у верхушки.

Животъ представляется увеличеннымъ во всѣхъ своихъ размѣрахъ, выполненъ плотною опухолью мало подвижной, расположенной по средней линіи.

Окружность на уровнѣ пупка	93	сант.
Наибольшая окружность	93	„
Отъ правой sp. il. ant. sup.	25	„
Отъ лѣвой sp. il. ant. sup.	26	„
Отъ пупка до мечевидн. отростка . . .	22	„
Отъ пупка до лоннаго соединенія . . .	22	„

Брюшныя стѣнки сильно напряжены. При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginal. конической формы, смѣщена вправо и кпереди. Матка отдѣльно отъ опухоли не прощупывается. a port. vaginalis какъ бы непосредственно переходитъ въ опухоль. Полость матки 23 сант. Опухоль, повидимому, выходитъ изъ передней и лѣвой стѣнки матки.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Терапія—castratio duplex—2 апрѣля 1892 года.

До операціи состояніе больной было вполнѣ удовлетворительное. 8 марта пришли крови, продолжавшіяся 5 дней въ обильномъ количествѣ. Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 19 сант., пупокъ обойденъ влѣво. Опухоль интерстиціальная фиброміома, весьма сосудистая; сидитъ въ передней и лѣвой стѣнкѣ матки, величиной съ 9 мѣсячную беременную матку. Оба яичника, особенно правый, кистовидно-перерожденные, извлечены съ трудомъ и по наложеніи на ихъ ножки двойныхъ шелковыхъ лигатуръ удалены. Рана зашита 15 глубокими узловатыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 23 мин.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ лихорадочная t°, нагноеніе въ ранѣ и расхожденіе краевъ ея ниже пупка. У больной на 2 день появились регулы, рвота и сильный кашель. На 10 день сняты всѣ швы. Ежедневное промываніе и перевязка раны. 25 апрѣля края раны снова окровавлены и рана соединена швами—11 глубокими, 1 поверхностнымъ. Опухоль нѣсколько уменьшилась и посему при сшиваніи раны не получилось такого сильнаго натяженія. Рана заросла, за исключеніемъ небольшаго участка въ нижнемъ углу брюшной раны. На 37 день выписалась на квартиру, гдѣ заживленіе раны пошло весьма быстро и въ скоромъ времени совершенно зарубцевалась. Опухоль видимо уменьшилась.

Ventrofixatio uteri.

№ 1.

Н. К. поступила въ клинику 19 ноября 1889 года. Дворянка, родилась въ Виленской губерніи, живетъ въ г. Каменецъ-Подольскѣ, 22 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первая менструація 14 лѣтъ, типъ ихъ какъ до болѣзни, такъ и во время нея черезъ 4 недѣли по 4—5 дней, вышла замужъ на 19 году, рожала 1 разъ на 14 году, 8 лѣтъ тому назадъ. Больная происходитъ изъ семьи съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ нервнымъ заболѣваніямъ. Отличается сама легкой нервной возбудимостью. Родила 1 разъ на 13 ¾ году жизни, роды прошли правильно, на 9 день встала, приблизительно черезъ мѣсяцъ послѣ родовъ появились боли въ ногахъ и поясницѣ—лечилась нѣсколько недѣль и поправилась. Послѣ этого до выхода замужъ была вполнѣ здорова. Первыя мѣсячныя крови послѣ замужества пришли съ болями, которыя постепенно дѣлались все сильнѣе и сильнѣе, наконецъ стали появляться и въ интерменструальномъ періодѣ, заставляли больную ложиться въ постель, такъ что она только нѣсколько дней проводила внѣ постели.

Жалуется на боли надъ лобкомъ, въ области яичниковъ, въ крестцѣ, копчикѣ, постоянные запоры, нервное разстройство съ истерическими припадками. Лечилась всевозможными лекарствами, климатическими и физическими средствами.

Status praesens. Больная роста ниже средняго, удовлетворительнаго питанія, хорошаго тѣлосложенія. По изслѣдованію терапевта, со стороны грудныхъ органовъ отклоненій отъ нормы нѣтъ, въ брюшныхъ—въ области правой почки значительная чувствительность при надавливаніи, подъ рукой опредѣляется вытянутое въ поперечномъ направленіи тѣло безъ рѣзкихъ границъ, толщиной въ 2—3 поперечныхъ пальца. Въ области лѣвой почки чувствительность повышена, но не въ такой степени, какъ справа. Въ органахъ кровообращенія измѣненій нѣтъ. При наружномъ изслѣдованіи живота незначительная чувствительность внизу его. При бимануальномъ изслѣдованіи: port. vaginalis цилиндрической формы, увеличена; матка также увеличена, плотна, находится въ retroflexio; при попыткѣ вывести

матку изъ положенія retroflexio появляются очень сильныя боли и операція эта не удается. Въ заднемъ сводѣ прощупывается периметритическія перемычки съ яичникомъ и трубами Правый яичникъ увеличенъ.

Діагнозъ. Retroflexio uteri fixata, perimetritis post. et perioophoritis duplex.

Терапія—Ventrofixatio uteri 3 декабря 1889 года. Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи, причемъ разрѣзъ начатъ на 2 пальца выше пупка, обходя его слѣва, и оконченъ на палецъ надъ лобкомъ, 15 ctm. длиной. Подкожный жирный слой развитъ очень сильно. На края брюшной раны наложены двѣ провизорныхъ лигатуры. Матка и придатки ея отдѣлены рукой, введенной въ полость peritonei, отъ сращеній и тѣло матки фиксировано къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ нижнемъ углу раны проведено 3 шелковыхъ лигатуры такимъ образомъ, что захватывали брюшныя стѣнки и переднюю стѣнку матки (2 шва) и дно матки (1 шовъ), а затѣмъ наложено на брюшную рану 9 глубокихъ и 2 поверхностныхъ шелковыхъ узловатыхъ шва и обычная повязка. Во влагалище введенъ тампонъ. Операція продолжалась 35 минутъ, хлороформированіе 50 минутъ, потрачено хлороформа 45 граммъ.

Послѣоперацiонный періодъ протекалъ при повышенной температурѣ. На 10 день сняты швы за исключеніемъ 3 маточныхъ швовъ. На 6 швѣ, снизу, замѣчается абсцессъ, который вскрылся и выдѣлилъ довольно значительное количество гноя. На 19 день сняты маточные швы—на мѣстѣ верхняго маточнаго шва нѣсколько времени спустя образовался гнойный фокусъ, изъ котораго вышло 1/2 чайной ложки гноя, затѣмъ вскорѣ послѣ этого образовался абсцессъ на мѣстѣ другого маточнаго шва и этотъ послѣдній соединился ходомъ, идущимъ довольно поверхностно подъ рубцомъ, съ предыдущимъ свищемъ. Эти свищевые ходы выдѣляли нѣкоторое время гной.

Кромѣ этого больная жаловалась на боли въ животѣ, метеоризмъ, безсонницу, галлюцинаціи и наконецъ у нея развился психозъ, который сцеціалисты поставили въ зависимость отъ упадка питанія и наслѣдственности. Больная отказывалась отъ пищи и по временамъ бывалъ буйный бредъ.

14 февраля 1890 года у больной появились регулы послѣ 3 мѣсячнаго перерыва, пришли безболѣзненно, въ обильномъ количествѣ, продолжались 5 дней. Со стороны желудочно-кишечнаго канала:—то запоры, то поносы. 15 марта 1890 года, снова пришли регулы безъ всякихъ болевыхъ и другихъ предвѣстниковъ и менѣе обильныя, продолжались 9 дней. Больная выписалась изъ клиники здоровой 28 марта, на 108 день послѣ операціи, психическое разстройство прошло.

Матка при изслѣдованіи въ anteversio, дно ея фиксировано къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ лѣвомъ углу небольшой эксудатъ. Самочувствіе очень хорошее.

№ 2.

А. З. поступила въ клинику 2 декабря 1892 года. Крестьянка Тверской губерніи, живетъ въ Петербургѣ, 42 лѣтъ отъ роду, православнаго

вѣроисповѣданія, занимается хозяйствомъ. Первые регулы явились на 16 году, типъ ихъ черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, теперь они болѣе обильны и болѣзненны. Замужъ вышла на 17 году, рожала три раза, послѣдніе роды 21 годъ тому назадъ. Послѣ первыхъ родовъ, которые были на 18 году жизни, около мѣсяца пролежала въ постели, вслѣдствіе сильныхъ болей внизу живота и жгучей боли въ заднемъ проходѣ. Въ послѣродовомъ періодѣ лихорадила недѣли двѣ. Когда больная встала съ постели, боли въ заднемъ проходѣ и кончикѣ оставались по прежнему, и появились запоры. Черезъ 6 мѣсяцевъ у больной было опредѣлено врачами retroflexio uteri. Черезъ годъ послѣ первыхъ родовъ забеременѣла снова; въ этой беременности, сопровождавшейся сильной рвотой, боли въ заднемъ проходѣ и кончикѣ ослабѣли. Роды протекли нормально и съ тѣхъ поръ субъективныя явленія (боли) улучшились и больная считала себя почти здоровой. Черезъ 1 1/2 года забеременѣла въ третій разъ. Беременность протекла также со рвотой, но никакихъ болей не было. Черезъ 10 лѣтъ больная захворала воспаленіемъ лѣваго яичника, 2 мѣсяца лежала въ постели, послѣ этого осталась боль въ лѣвомъ паху, которая отдавалась въ ногу; затѣмъ явились сильныя боли въ поясницѣ и въ ногахъ; послѣдніе 2 года страдаетъ болью въ крестцѣ и внизу живота. Кромѣ этого больная жалуется на боли и тяжесть внизу живота, обильныя бѣли и головныя боли со рвотой.

Status praesens. Больная брюнетка, хорошаго тѣлосложенія, средняго роста, умѣреннаго питанія. Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и пищеваренія ничего ненормальнаго не замѣчается. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей замѣчается разрывъ промежности II степени. При внутреннемъ изслѣдованіи: влагалищная часть матки смотритъ впереди, цилиндрической формы, немного увеличена; въ заднемъ сводѣ опредѣляется плотное, увеличенное тѣло матки, фиксированное въ данномъ положеніи (retroversio), всякая попытка вывести его изъ этого положенія, редрессировать, не увѣнчалась успѣхомъ; лѣвый сводъ менѣе обширенъ, чѣмъ правый. и въ немъ прощупывается плотный тяжъ, идущій отъ матки къ стѣнкѣ таза.

Діагнозъ. Retroversio uteri fixata.

Терапія до операціи: ванны, ношеніе пессарія Hodge'a и проч.

Операція: Ventrofixatio uteri 20 декабря 1889 года. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ брюшныя стѣнки вскрыты по бѣлой линіи, на края брюшной раны наложены двѣ провизорныя лигатуры, для удержанія кишекъ вложены двѣ губки. При изслѣдованіи черезъ рану оказалось, что мы имѣемъ матку плотно сращенную съ брюшиной въ заднемъ Дуглассовомъ пространствѣ. Широкія связки сильно сокращены. Всѣ сращенія сзади, съ правой стороны были съ большимъ трудомъ,—вслѣдствіе ихъ плотности,—разорваны; матка съ трудомъ вытянута впереди, приведена въ положеніе anteversio и пришита тремя шелковыми швами къ брюшной стѣнкѣ; швы эти проведены были черезъ всю брюшную стѣнку, серозный покровъ и часть мышечной ткани матки, такимъ образомъ, что одинъ шовъ проходитъ черезъ дно, и 2 черезъ переднюю стѣнку матки.

Затѣмъ наложенъ на апоневрозъ и брюшину обвивной кетгутовой

швъ. Рана зашита 14 глубокими и 4 поверхностными шелковыми швами и наложена обычная повязка. Операція продолжалась 40 минутъ. Хлороформу потрачено 65 grm.; въ передній сводъ былъ введенъ тампонъ. Въ послѣопераціонномъ періодѣ: perimetritis sinistra эксудатъ преимущественно занимаетъ лѣвый сводъ. Температура выше 37,9° не поднималась, пульсъ былъ все время полный. Больная жаловалась на боли въ животѣ, крестцѣ и онѣмѣніе въ ногахъ. На 10 день сняты швы — рана зажила первымъ натяженіемъ. На 15 день удалены маточные швы. 6 апрѣля встала съ постели, а 15 выписалась изъ клиники съ улучшеніемъ состоянія здоровья. Изслѣдованіе при выпискѣ: матка плотно фиксирована около передней брюшной стѣнки; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается плотный небольшой эксудатъ.

СЛУЧАИ ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

№ 1.

Е. С. поступила въ клинику 25 сентября 1890 г. Больная крестьянка Псковской губ., 30 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы на 15 году, приходили всегда правильно черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 7 дней. Замужъ вышла на 20 году, беременной не была. До сего времени была совершенно здорова. Въ половинѣ февраля 1889 года у нея прекратились регулы и до конца декабря 1889 года ихъ не было. Въ продолженіи всего этого времени у больной постепенно увеличивался животъ и достигъ значительнаго напряженія. Въ началѣ болѣзни больная чувствовала рѣжущую боль въ поясницѣ и временами въ животѣ; были часто тошнота и рвота. Замѣчалось припуханіе грудей и отдѣленіе изъ нихъ молозива. Приблизительно черезъ 20 недѣль послѣ прекращенія регулъ въ первый разъ замѣтила шевеленіе плода въ правой половинѣ живота, которое скоро прекратилось и больная болѣе его не слыхала. Въ началѣ мая 1889 года почувствовала сильную слабость, не могла даже стоять на ногахъ. Боли въ поясницѣ и внизу живота, безпокоившія больную по временамъ, особенно усилились передъ Рождествомъ 1889 года, продолжались 3 дня подъ рядъ и были очень мучительны. 1 января 1891 года у больной открылись крови, продолжавшіяся недѣлю, затѣмъ семь дней ихъ не было, а потомъ опять начались и тоже продолжались недѣлю. Съ этого времени больная стала чувствовать себя лучше, боли въ поясницѣ и внизу живота почти совсѣмъ исчезли. Регулъ до апрѣля мѣсяца 1890 года не было, а съ апрѣля онѣ появились и уже приходили правильно до самаго поступленія въ клинику; животъ въ періодъ времени отъ января до апрѣля постепенно уменьшался, а съ апрѣля до сего времени онъ остается въ одномъ положеніи. Лѣтомъ чувствовала себя настолько хорошо, что могла выполнять сельскія работы.

Status praesens. Брюнетка, средняго роста, довольно крѣпкаго тѣлосложенія, но съ ослабленнымъ питаніемъ. Въ органахъ дыханія, кровообращенія и пищеварительныхъ ничего особеннаго не замѣчается. Животъ

представляется увеличеннымъ соотвѣтственно 8 мѣсяцу беременности. Въ полости его прощупывается опухоль, лежащая нѣсколько ассиметрично больше въ правой сторонѣ живота, по формѣ своей напоминаетъ беременную матку. Кожа брюшныхъ стѣнокъ вялая и образуетъ рядъ складокъ, ясно говорящихъ за то, что брюшныя стѣнки были нѣкогда растянуты больше. Перкуссія въ области опухоли даетъ тупой тонъ, который при измѣненіи положенія тѣла больной остается безъ перемѣны. Опухоль неравномѣрной консистенціи, мѣстами плотной, мѣстами эластической, въ верхней ея части получается зыбленіе, между тѣмъ какъ въ нижней въ болѣе плотномъ отдѣлѣ ея тотчасъ же справа отъ бѣлой линіи—прощупывается круглое тѣло весьма плотной консистенціи, напоминающее головку плода, съ бороздами въ родѣ швовъ и слышится крепитація. Съ лѣвой стороны опухоли, тотчасъ же подъ брюшной стѣнкой, прощупывается тяжъ шириною въ два поперечныхъ пальца, спаянный съ опухолью. Поперечный размѣръ опухоли 21 сант., вертикальный 21 сант., высота опухоли надъ лобкомъ 33 сант. Груди нѣсколько увеличены, изъ нихъ выжимается непрозрачная, бѣловатая жидкость, въ которой подъ микроскопомъ найдены молочныя тѣльца. Тѣло матки увеличено въ объемѣ приблизительно какъ на 2 мѣсяцѣ беременности, длина полости 10½ сант., плотной консистенціи, мало подвижна, безболѣзненна, находится въ положеніи antelatero—flexio sinistra; правая ея сторона примыкаетъ къ опухоли, Portio vaginal. немного кзади и вправо, конической формы. Положеніе яичниковъ опредѣлить не удалось. Черезъ своды прощупываются сегменты опухоли, мѣстами эластической, мѣстами плотной консистенціи, яснѣе всего опухоль опредѣляется въ заднемъ сводѣ. Опухоль тѣсно прилежитъ къ маткѣ и двигается вмѣстѣ съ ней, но весьма мало. Суточное количество мочи 1800—1900 куб. с. удѣльный вѣсъ 1015—1012.

Діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria.

Терапія Laparo-kelyphoectomia.

Операція 13 ноября 1890 года. Брюшная стѣнка значительно истонченная, вскрыта по бѣлой линіи отъ пупка до лобка. По вскрытіи оказалось, что опухоль была срощена съ передней брюшной стѣнкой на всемъ протяженіи разрѣза. Отдѣливъ опухоль отъ сращеній съ брюшной стѣнкой, что представляло большія трудности, удалось, наконецъ, проникнуть въ полость живота. Затѣмъ передняя стѣнка опухоли была вскрыта на протяженіи 5 сантиметровъ; въ отверстіе показалась правая ручка плода и вылилось значительное количество буроватой, густой жидкости безъ запаха. Мѣшокъ тотчасъ же былъ хорошо промытъ 3% салициловымъ растворомъ, послѣ чего разрѣзъ въ мѣшкѣ былъ увеличенъ и мертвый плодъ извлеченъ за ножку. Перерѣзавъ пуповину и промывъ еще разъ полость мѣшка, приступили къ отдѣленію placent'ы. Дѣтское мѣсто сѣроватаго цвѣта, плотно сращенное съ подлежащей тканью, было отдѣлена рукой, затѣмъ было приступлено къ отдѣленію сращенныхъ съ мѣшкомъ сальника и петель тонкихъ кишекъ. Сращенія эти наблюдались какъ въ верхней периферіи мѣшка, такъ равно и съ боковъ, особенно плотно была срощена съ опухолью flexura sigmoidea. Отдѣленная отъ сращеній часть опухоли срѣзана, а остатокъ ея постепенно вылущенъ изъ широкой связки. На капсулу, состоящую изъ листковъ широкихъ связокъ наложенъ матрацный шовъ (9 двойныхъ лигатуръ), излишекъ ткани поверхъ лигатуръ срѣзанъ ножницами и культя опущена въ полость брюшины. Брюшная рана, длиной въ 20 сант., зашита 19 шелковыми швами. Продолжительность операціи 1 ч. 25 мин.

Послѣопераціонный періодъ. Въ первый день къ вечеру появились крови. Температура въ первые четыре дня, колебалась между 37,1°—38,4°, пульсъ 80—130 уд. въ минуту, больная по временамъ жаловалась на боли внизу живота. На 10 день сняты швы; рана зажила первымъ натяженіемъ. Въ области рубца пальца на полтора отъ него въ ту и другую сторону, а также въ паховой области прощупывается инфильтратъ довольно плотный, но не особенно болѣзненный. На 25 день больная встала съ постели, а на 45 день выписалась изъ клиники здоровой.

Описаніе препарата: Плодъ женскаго пола, доношенный, вѣсъ 3185 грм., длина 50 сант. Кожа безъ признаковъ мацераціи съ достаточнымъ отложеніемъ подкожнаго жирнаго слоя. Головка покрыта довольно густыми волосами. Кости черепа плотны и краями своими заходятъ одна подъ другую. Плодный мѣшокъ съ placent'ой 1090 грм. Плодный мѣшокъ снизу былъ толще (до ½ с.), снаружи неровный бахромчатый. Плацента занимала въ немъ протяженіе очень обширное и, постепенно истончаясь, переходила въ chorion verum. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ тканяхъ мѣшка полная картина обратныхъ измѣненій. Соединительно тканный мѣшокъ бѣденъ клѣточными элементами и содержитъ массу тканеваго распада. Въ decidu serotina, загустѣвшіе сосуды и звѣздчатыя гигантскія клѣтки. Въ ткани дѣтскаго мѣста тѣже измѣненія.

№ 2.

Е. Н. поступила въ клинику 13 сентября 1891 года. Больная—крестьянка, 33 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, родилась и живетъ въ г. Новгородѣ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы пришли на 15 году. типъ ихъ до заболѣванія, черезъ 3 недѣли по 5 дней. Замужъ вышла на 20 году, рожала 1 разъ, 12 лѣтъ тому назадъ. До начала 1890 года чувствовала себя здоровой, въ началѣ же его внезапно появились сильныя схваткообразныя боли внизу живота и обильное кровотеченіе; боли утихли черезъ недѣлю, крови же шли не переставая въ теченіи 3 мѣсяцевъ. Боли съ тѣхъ поръ являются временами независимо отъ регулъ, эти же послѣднія приходятъ болѣе часто: черезъ 1½—2 недѣли, по 7—8 дней. Во время приступа болей замѣчаетъ увеличеніе живота, который опять принимаетъ нормальный объемъ. Перерыва въ мѣсячныхъ, въ теченіи года, предшествовавшаго поступленію въ клинику, у больной ни разу не было; лѣтомъ 1891 года, стали по утрамъ являться тошноты и рвота. 12 августа сего года безъ всякой причины явились сильныя боли въ животѣ; онъ ясно увеличился въ объемѣ и остался такимъ до сихъ поръ.

Кровянистыя отдѣленія съ 12 августа съ перерывами въ нѣсколько

дней идутъ до сихъ поръ. Въ началѣ болѣзни были сильные запоры, — теперь нѣтъ.

Status praesens. Больная средняго роста, блондинка, съ ослабленнымъ питаніемъ, крайне малокровная. У верхушки сердца выслушивается систолическій (анемичный) шумъ, сердце какъ въ длинникѣ, такъ и въ поперечникѣ увеличено, въ правомъ легкомъ повсемѣстно разбросаны мелкіе крепитирующіе хрипы, вибрація усилена, отхаркиваетъ большое количество комковатой мокроты зеленаго цвѣта. Изъ грудей въ обильномъ количествѣ выдавливается молозиво. Въ нижней части живота прощупывается однородная, упругая опухоль, помѣщающаяся болѣе справа и сверху и на палецъ не доходящая до пупка. Слизистая оболочка влагалища и влагалищной части разрыхлена и представляетъ явленія гипереміи; зѣвъ раскрытъ, такъ что пропускаетъ палецъ. Тѣло матки придвинуто впередъ и увеличено, особенно въ поперечникѣ, длина ея полости 9 ctm., легко кровоточитъ. Правый, задній и отчасти лѣвый сводъ заняты опухолью, неравномѣрно плотной, мѣстами тѣстоватой консистенціи.

Опухоль эта настолько тѣсно сливается съ тѣломъ матки, что послѣднюю трудно отграничить отъ нея. Смѣщая матку, она сдавливаетъ прямую кишку, черезъ стѣнку которой опредѣляется очень легко. Кривая температура—лихорадочная, неправильнаго типа.

Діагнозъ. Graviditas extrauterina (срокомъ около 5 мѣсяцевъ).

Терапія. Laparokelyphotomia 9 октября 1891 года.

Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лоннаго соединенія въ 16 ctm. Въ подбрюшинной клѣтчаткѣ было найдено обильное количество переполненныхъ венъ, давшихъ значительное кровотеченіе. Пройдя за этотъ слой въ глубину, оказалось, что брюшина срощена съ опухолью. Пришлось поэтому пройти въ брюшную полость подъ верхней границей опухоли, причемъ послѣдняя оказалась тѣсносрощенной не только съ пристѣночнымъ, но и съ внутренностнымъ листками брюшины. Отдѣливъ брюшину отъ опухоли снутри и разрѣзавъ ее ножницами, наконецъ дошли до самой опухоли. Это былъ тонкостѣнный темнокрасный мѣшокъ, дававшій ясное зыбленіе. Несмотря на то, проколъ мѣшка троакаромъ не далъ ни одной капли жидкости: въ отверстіе появился лишь сгустокъ темной свернувшейся крови. При расширеніи отверстія такихъ сгустковъ было выпущено значительное количество, вмѣстѣ съ жидкой кровью. Въ то же время стѣнка мѣшка оказалась до того рыхлой, что рвалась при захватываніи ея щипцами. Дойдя до края дѣтскаго мѣста, была сдѣлана попытка къ ея отдѣленію, но эта попытка вызвала такое страшное кровотеченіе, что его можно было остановить лишь тампонаціей. Полость мѣшка была выполнена одинадцатью тампонами изъ іодоформированной марли, затѣмъ мѣшокъ былъ отдѣленъ отъ остальной брюшной полости большимъ компрессомъ изъ такой же марли; конецъ послѣдняго былъ выведенъ въ брюшную рану, которая оставлена незакрытой на протяженіи 5—6 ctm., тогда какъ выше и ниже этого мѣста было наложено 11 шелковыхъ узловатыхъ шва и наложена обычная повязка. Операція продолжалась одинъ часъ, хлороформа потрачено 45 grm.

Состояніе больной послѣ операціи было крайне критическое. Сильная потеря крови, въ связи съ предшествовавшимъ истощеніемъ, грозила смертью. Пульсъ едва ощущаемый — 125 уд. въ минуту, вслѣдствіе чего были примѣнены возбуждающія дѣятельность сердца средства, которыя и дали желательный результатъ. Больная въ такомъ состояніи пробыла 3 дня, а на 4 стала видимо оправляться. Въ продолженіи недѣли тампоны постепенно были удалены, на 15 день сняты швы, рана зажила первымъ натяженіемъ. Брюшная полость ежедневно промывалась салициловымъ растворомъ и постепенно изъ нея были удалены, при помощи пинцета, омертвѣвшіе и оторвавшіеся куски дѣтскаго мѣста. Рана постепенно гранулировалась, силы больной быстро возстановлялись. Температура все время была нормальная, за исключеніемъ нѣсколькихъ дней, гдѣ она доходила до 38,5°. 22 декабря на 74 день выписалась изъ клиники здоровой, значительно пополнѣла и оправилась.

(Этотъ случай доложенъ на торжественномъ засѣданіи въ память Пирогова, 23 ноября 1891 г. проф. А. И. Лебедевымъ).

№ 3.

М. С. поступила въ гинекологическій баракъ Рождественской барачной больницы. Крестьянка 32 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы появились у нея на 19 году, до замужества приходили черезъ 6 недѣль, а послѣ замужества черезъ 4 недѣли и продолжались по 6 дней безъ болей. Замужъ больная вышла на 20 году, вскорѣ забеременѣла и родила въ срокъ живаго мальчика, затѣмъ въ теченіи 11 лѣтъ больная беременной не была. Въ августѣ 1880 года она замѣтила прекращеніе кровей болѣе чѣмъ на два мѣсяца. Все это время она чувствовала себя хорошо и считала себя правильно забеременѣвшей. 26 октября у нея появилось маточное кровотеченіе, продолжавшееся одинъ день.

Съ тѣхъ поръ она стала замѣчать увеличеніе живота, рѣзь и потужныя боли въ послѣднемъ. 25 декабря она почувствовала первое движеніе плода, причемъ боли въ животѣ стихли, но въ апрѣлѣ текущаго года онѣ вновь появились, послѣ чего больная замѣтила прекращеніе движеній плода. Къ этому времени животъ, по ея словамъ, по величинѣ соотвѣтствовалъ концу беременности. 20 мая 1891 года появились особенно сильныя боли въ правомъ паху и поясницѣ, сопровождавшіяся сначала слизистымъ, а затѣмъ обильнымъ кровянистымъ отдѣленіемъ изъ влагалища. Въ виду этого, въ указанный день были приглашены къ ней врачъ и бабка. По свѣдѣніямъ, полученнымъ отъ послѣдней, верхняя граница опухоли живота въ то время доходила выше середины между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, опухоль лежала болѣе въ правой половинѣ живота и была неравномѣрной плотности; при выслушиваніи нельзя было замѣтить ни сердцебіенія, ни движенія плода. Шейка матки стояла высоко и на ощупь была рыхла, а наружный зѣвъ расширенъ. Сукровичное выдѣленіе продолжалось до 15 мая, послѣ чего прекратилось. Одновременно

съ этимъ животъ началъ опадать. Изслѣдованіе въ гинекологическомъ баракѣ дало слѣдующіе результаты.

Status praesens. Больная средняго роста и тѣлосложенія съ плохимъ питаніемъ. Груди вялы и отвислы; соски сильно пигментированы; изъ нихъ выдавливается очень малое количество молозива. Животъ какъ при 7 мѣсячной беременности; въ немъ прощупывается яйцевидная опухоль, рѣзко очерченная и лежащая болѣе въ правой половинѣ такимъ образомъ, что длинникъ ея идетъ слѣва и снизу, вправо и вверхъ. Опухоль эта очень подвижна въ обѣ стороны—направо и налѣво, а равно и снизу вверхъ, причемъ нижній отрѣзокъ можетъ быть настолько смѣщенъ вверхъ и влѣво, что опухоль становится своимъ длинникомъ поперекъ живота.

Плотность опухоли при ощупываніи неравномѣрная: вверху она даетъ ощущеніе поверхностнаго зыбленія, въ серединѣ плотна, а внизу слѣва мягка, причемъ соотвѣтственно этому мѣсту на ней замѣтно возвышеніе, въ видѣ валика. Въ средней части опухоли справа прощупывается плотныя какъ-бы костныя части, дающія рукѣ изслѣдователя ощущеніе какъ бы шва на головкѣ плода, но отдѣльныхъ частей опредѣлить не удалось. Наружныя половыя части нормальны, слизистая оболочка влагалища слегка гиперэмирована. Матка находится въ anteversio—flexio второй степени, подвижная, безболѣзненная, полость ея имѣетъ въ длину 9 ctm., ткань нормальной плотности, свойственной не беременной маткѣ. Оба яичника ясно прощупываются, подвижны и безболѣзненны. Черезъ своды можно прощупать и нижней отрѣзокъ опухоли. Какого нибудь тяжа, связывающаго послѣднюю съ маткой, при этомъ опредѣлить не удается, но при смѣщеніи опухоли кверху, матка замѣтно слѣдуетъ за ней. На этомъ основаніи поставленъ діагнозъ перепошенной и въ значительной степени подвергшейся обратному развитію внѣматочной беременности.

Терапія Laporokelaloectomia. 27 Октября 91 года. Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 22 ctm. При изслѣдованіи черезъ рану глазамъ представилась опухоль, поверхность которой по всей окружности была покрыта приросшимъ къ ней сальникомъ, съ сильно развитыми венами, такъ что свободнымъ оставался лишь нижній отрѣзокъ опухоли. Когда сальникъ былъ отдѣленъ рукой, опухоль осталась на ножкѣ (10—12 ctm. длиной), образованная правой фаллопіевой трубой и частью широкой связки; прикрѣплялась ножка къ нижней части опухоли, нѣсколько влѣво. Кромѣ нея отъ праваго угла матки къ опухоли шли тонкія ложныя перепонки, окутывавшія собою правый яичникъ. Ножка была перерѣзана между двумя лигатурами; опухоль удалена и рана зашита. Операція продолжалась 30 мин.

Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій, на 10 день сняты швы—prima intentio. Выписалась на 28 день послѣ операціи здоровой.

Описаніе препарата: опухоль представляетъ собой яйцевидный мѣшокъ съ равномѣрно плотными почти кожистыми стѣнками, въ два—три милиметра толщиной. Наибольшій размѣръ мѣшка 23, наименьшій 15 ctm., наибольшая окружность 55, наименьшая 44 ctm Наружная поверхность мѣшка покрыта обрывками ткани, неровна, а внутренняя болѣе гладка, но мѣстами бородавчата безъ всякихъ признаковъ водной оболочки., Короткій конецъ фаллопіевой трубы теряется въ стѣнкахъ мѣшка, не представляя слѣда бахромокъ. Послѣ разрѣза мѣшка, внутри его оказалось: плодъ, дѣтское мѣсто и около стакана жидкости.

Послѣдняя имѣла мутный, клочковатый видъ, была совершенно лишена запаха, уд. вѣсъ 1,018. Дѣтское мѣсто было расположено въ томъ концѣ мѣшка, въ которомъ прикрѣплялась ножка и образовала чашкообразное вмѣстилище для головки плода. Размѣры дѣтскаго мѣста 22 и 15 ctm., а наибольшая толщина 3,7 ctm. Вѣсъ вмѣстѣ съ мѣшкомъ 510 grm. Внутренняя поверхность placent'ы покрыта водной оболочкой, сосуды ея, какъ и сосуды въ стѣнкахъ мѣшка закупорены.

Спирально скрученная пуповина, длиною 75 ctm., была прикрѣплена эксцентрически. Кромѣ того, на 53 сант. своей длины она была плотна прирощена къ внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, будучи прижата здѣсь головкой плода. Плодъ мужскаго пола, длина его головки до ягодицъ 22 ctm., вѣсъ 1285 grm. Членорасположеніе нормально.

(Этотъ случай доложенъ проф. А. И. Лебедевымъ въ торжественномъ засѣданіи въ память Пирогова 23 ноября 1891 года).

СЛУЧАЙ ЭКСТИРПАЦІИ МАТКИ per vaginam u per laporatamiam.

П. Д. [1]) поступила въ клинику 29 сентября 1887 года. Первыя мѣсячныя крови появились на 20 году. Уже послѣ вторыхъ родовъ, являлись онѣ черезъ каждыя 3—4 недѣли, продолжаясь по 3 дня; рожала 2 раза, послѣдній разъ 21 годъ тому назадъ.

Жалуется на крайне обильныя крови, продолжающіяся по 7 дней, но съ правильными 3-хъ недѣльными промежутками, отсутствіе аппетита и общую слабость. Чувствуетъ себя нездоровой около $1^1/_2$ года.

Satus praesens. Высокаго роста, средняго сложенія и питанія. Матка увеличена соотвѣтственно 2-хъ мѣсячной беременности,—главнымъ образомъ, на счетъ передней стѣнки,—и съ трудомъ приподнимается вверхъ изъ малаго таза, по всей вѣроятности, вслѣдствіе периметритическихъ тяжей, открываемыхъ въ заднемъ сводѣ. Справа, вблизи боковой стѣнки матки прощупывается небольшой болѣзненный выступъ, принятый за увеличенный яичникъ. Высота дна матки надъ лоннымъ сращеніемъ 10 ctm.. Длина ея полости—12 ctm. При ощупываніи на передней губѣ цилиндрической, немного увеличенной, плотной влагалищной части замѣчается хрящеватой плотности изъязвленіе, занимающее всю переднюю губу. Сливается оно съ слизистой оболочкой канала шейки и произошло, повидимому, на почвѣ выворота послѣдней (ectropion).

Край изъязвленія рѣзко ограниченъ и нѣсколько возвышенъ, поверхность его при малѣйшемъ дотрогиваніи, вслѣдствіе хрупкости ткани, очень сильно кровоточитъ.

Діагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale et cancer portionis vaginalis.

Какъ коренное леченіе, признано показаннымъ полное удаленіе матки.

Больная была также изслѣдована подъ хлороформомъ, но это не прибавило ничего новаго къ прежде добытымъ даннымъ. Спустя недѣлю послѣ поступленія въ клинику, появились регулы, крайне обильные, продолжавшіеся 7 дней. Черезъ 3 дня по окончаніи кровей произведена операція съ удаленіемъ всей матки. Для этого былъ выбранъ сочетанный способъ, состоящій въ отдѣленіи всѣхъ сводовъ отъ шейки матки черезъ рукавъ и въ дальнѣйшемъ отдѣленіи прикрѣпленій матки и извлеченіи ея черезъ чревосѣченіе.

[1]) Случай этотъ подробно описанъ и разобранъ д-ромъ Замшинымъ. Врачъ 8881 г. №№ 43 и 44.

Отъ типичнаго изсѣченія матки по Czerny—Schroeder'у черезъ рукавъ въ данномъ случаѣ пришлось отказаться, вслѣдствіе величины органа и отчасти большихъ препятствій, которыя могли бы встрѣтиться при извлеченіи матки. Способъ же Freund'a—удаленіе матки чрезъ чревосѣченіе въ чистой его формѣ, представилъ бы затрудненія при накладываніи лигатуръ на глубоколежавшія въ маломъ тазѣ прикрѣпленія матки.

Операція назначена на 17 ноября. Ванны, спрыцеванія растворомъ. Въ крестцево-спинномъ положеніи больной, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ половыхъ органовъ и рукава произведена perineotomia сантиметра на 2.

Влагалище растянуто зеркалами и подъемниками, обеззаражено 5% растворомъ карболовой кислоты, равно какъ и влагалищная часть матки; послѣдняя захвачена Мюзеевскими щипцами. На своды, сначала на лѣвый, а потомъ и на правый, наложено по 2 временныя лигатуры, дабы захватить маточныя артеріи обѣихъ сторонъ. Послѣ разрѣза полукруговымъ сѣченіемъ слизистой и подслизистой ткани передняго свода, у мѣста прикрѣпленія его, произведено отдѣленіе его отъ пузыря пальцемъ. Также поступлено и съ заднимъ сводомъ, причемъ на кровоточившую послѣ разсѣченія его артерію наложена лигатура, равно какъ и на край свода; оттягивая щипцами матку, а лигатурой—сводъ, операторъ пальцемъ прошелъ между маткой и кишкой до брюшины.

Послѣ этого передній и задній разрѣзы на обѣихъ сторонахъ соединены и произведено отдѣленіе боковыхъ сводовъ отъ шейки тоже пальцемъ на возможную глубину, послѣ чего въ задній сводъ, между маткой и кишкой, и въ передній, между маткой и мочевымъ пузыремъ, введено по небольшой губкѣ. Рукавъ выполненъ кольпейринтеромъ и немедленно приступлено къ чревосѣченію. Больная переложена въ обычное для чревосѣченія положеніе, сдѣланъ разрѣзъ по бѣлой линіи живота, отъ пупка до лоннаго сращенія. Подкожный жирный слой, оказалось, достигалъ въ толщину до 3 поперечныхъ пальцевъ. Въ полость брюшины введены двѣ губки. Разрѣзъ увеличенъ нѣсколько внизъ въ виду невозможности извлечь матку. Въ нижнемъ углу раны наложены на кровоточившіе сосуды 3 Péan'овскихъ пинцета. Матка извлечена наружу а въ полость брюшины вложена 4 губка.

Черезъ дно матки проведена лигатура. При извлеченіи матки наружу оказалось, что вслѣдствіе короткихъ широкихъ связокъ она могла быть выведена изъ брюшной полости лишь въ недостаточной степени, такъ что только дно ея находилось надъ краемъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ и широкія связки пришлось перевязывать въ глубинѣ брюшной полости. Для этого матка подтягивалась за лигатуру, проведенную черезъ дно ея. Сначала была перевязана 3 лигатурами, расположенными въ одинъ рядъ, правая широкая связка, начиная отъ свободнаго края въ глубину,

затѣмъ матка отдѣлена отъ широкой связки на протяженіи наложенныхъ лигатуръ. На кровоточившій изъ матки сосудъ наложена лигатура. Тоже самое было произведено и съ лѣвой стороны. Яичники и брюшные концы фаллопіевыхъ трубъ остались при этомъ снаружи отъ лигатуръ.

Прежде чѣмъ наложить послѣднія лигатуры на оставшіяся боковыя прикрѣпленія матки, было произведено вскрытіе передняго и задняго Douglas'овыхъ пространствъ на томъ мѣстѣ, гдѣ въ нихъ вложены были губки. Только тогда получилась возможность наложить лигатуру на остатокъ боковыхъ прикрѣпленій матки, помощью аневризматической иглы, которая сначала справа была введена черезъ переднее Douglas'ово пространство во влагалище и выведена обратно въ полость брюшины черезъ заднее Douglas'ово пространство. Петля лигатуры, которой вооружена была игла, захвачена пинцетомъ, а самая игла выведена обратно наружу черезъ переднее Douglas'ово пространство. Конецъ лигатуры, выведенной черезъ заднее Douglas'ово пространство, продѣтъ въ кривую тупую иглу и проколомъ черезъ толщу оставшейся неперевязанною части широкой связки выведенъ въ переднее Douglas'ово пространство. Этотъ послѣдній пріемъ произведенъ, чтобы предупредить соскальзываніе лигатуры.

Точно также поступлено и на лѣвой сторонѣ. Все это произведено въ глубинѣ таза подъ руководствомъ пальца. Лигатуры завязаны и матка отдѣлена окончательно отъ ея боковыхъ прикрѣпленій. Полость брюшины осушена губками на губкодержателяхъ. Введенная въ полость брюшины рука оператора нашла растянутую правую трубу, сросшуюся съ яичникомъ и окружающими частями. Послѣ перевязки ножки въ 2 пучка, труба отдѣлена ножницами. Всѣ лигатуры коротко обрѣзаны; губки въ полости брюшины замѣнены одной свѣжей, которая передъ затягиваніемъ швовъ вынута. Брюшная рана соединена 11 швами; длина ея равна 19 сант. Обычная повязка.

Продолжительность чревосѣченія 37 минутъ. Послѣ приведенія больной опять въ крестцевопоясничное положеніе извлечены кольпейринтеръ и обѣ губки; при этомъ замѣчено легкое кровоотдѣленіе; рана тщательно проспринцевана теплымъ 2% растворомъ карболовой кислоты. Во влагалище введенъ мѣшечекъ изъ марли, дно котораго черезъ рану въ сводахъ достигало до полости брюшины. Мѣшочекъ этотъ наполненъ ватными шариками, причемъ часть тампона находилась въ брюшной полости; другая-же его часть была во влагалищѣ; соединялись эти части между собой шейкой, на подобіе песочныхъ часовъ. Перехватъ на тампонѣ соотвѣтствовалъ отверстію въ сводахъ.

Разрѣзъ промежности зашитъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Продолжительность всей операціи 2 часа.

Послѣопераціонный періодъ протекъ довольно гладко, хотя на 11 день послѣ операціи ночью и появился знобъ съ единичнымъ поднятіемъ температуры до 41°, которая, впрочемъ уже къ слѣдующему утру спала до нормы. Въ первые дни послѣ операціи больная жаловалась на сильныя боли и тошноту; ее рвало нѣсколько разъ. Примѣнялись обычныя соотвѣтственныя средства. На 3 день послѣ операціи боли почти совсѣмъ утихли и самочувствіе стало вполнѣ удовлетворительно. На 4 день, чтобы

уменьшить давленіе на прямую кишку со стороны влагалищнаго тампона, изъ послѣдняго вынуто нѣсколько шариковъ. На 10 день сняты швы съ брюшной раны—первое натяженіе; тампонъ замѣненъ однимъ влагалищнымъ, тоже изъ іодоформной марли съ шариками, послѣ предварительнаго спринцеванія полости рукава и раны въ сводахъ растворомъ салициловой кислоты (1:1000). Этотъ второй тампонъ черезъ 4 дня замѣненъ такимъ-же третьимъ, который, пролежавъ 3 дня вынутъ; послѣ этого влагалище проспринцевано такимъ-же растворомъ салициловой кислоты и оставлено безъ тампона; при спринцеваніи удаленъ прорѣзавшійся шовъ; остальные лежали въ глубинѣ сводовъ въ крайне узкомъ воронкообразномъ отверстіи.

14 ноября больная выписалась съ лигатурами, лежавшими въ cul de sac, образованномъ влагалищемъ, и съ выпотомъ въ области культей широкихъ связокъ. 23 ноября, на амбулаторномъ пріемѣ въ клиникѣ, у больной констатированъ плотный, нѣсколько болѣзненный выпотъ, шедшій справа на лѣво. При изслѣдованіи зеркаломъ въ слѣпомъ мѣшкѣ сводовъ виденъ пучокъ лигатуръ, завязанныхъ узломъ. Узелъ былъ отрѣзанъ, послѣ чего остались еще 4 лигатуры. Больная спринцуется aceto pyroligноso (столовая ложка на кружку воды комнатной температуры). 3 декабря больная опять пришла въ амбулаторію клиники: выпотъ безъ перемѣны, лигатуръ больше не оказалось.

Извлеченная матка вѣсила 470 грам.; длина ея 15 cim., ширина 10, длина полости 12, причемъ на полость тѣла приходится 8, а на каналъ шейки—4 cim. Передняя губа занята изъявленіемъ съ изрытыми краями, а въ передней стѣнкѣ, справа, лежитъ фиброзный узелъ, съ гусиное яйцо. Въ полости матки заключается маленькій фиброзный полипъ.

Удаленный яичникъ окутанъ спайками, соединяющими его съ трубой, стѣнки которой утолщены, а полость содержитъ тягучее отдѣленіе.

КЕСАРСКІЯ СѢЧЕНІЯ.

НБ ХНМУ

№ 1.

2 октября, 1887 г., въ 11 ч. утра, въ клинику прибыла роженица М. И., 26 л., 1 рага, брюнетка, малаго роста (140 с.), хорошаго питанія и тѣлосложенія, скелетъ не представляетъ никакихъ неправильностей Первая менструація появилась на 21 году и приняла 5 дневный типъ съ 3 недѣльнымъ промежуткомъ. Ходить начала только на пятомъ году. Послѣдніе регулы были въ декабрѣ 1885 г., времени перваго движенія плода не помнитъ.

Родовыя боли появились, по словамъ роженицы, въ 2 часа ночи, т. е. за 7 часовъ до поступленія въ клинику. Изслѣдованіе роженицы, при поступленіи ея въ клинику, дало слѣдующіе результаты.

Размѣры живота: наибольшая окружность 96 сант., на уровнѣ пупка—94 сант., ниже пупка 91 сант. Разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка 44 сант. Высота дна матки надъ лобкомъ 37 сант., надъ пупкомъ 17 сант. Размѣры таза: D. sp. 24 с., D. Cr. 24,75, с., Conj. ext. 16,5 с., D. tr. 27 с., Conj. diag. 10 сант. (C. vera приблизит. 8 сант.). Дальнѣйшее изслѣдованіе роженицы доставило слѣдующія данныя: Надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода. Сердцебіеніе выслушивается ясно, вправо, ниже пупка (128 ударовъ въ 1 минуту). Родовыя боли часты и сильны. T°—37, пульсъ—68.

Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на $1^1/_2$ пальца, края его тонки, пузырь цѣлъ, наливается. Въ виду предупрежденія рановременнаго отхожденія водъ, былъ примѣненъ кольпейринтеръ. Въ 3 час. 10 мин. веч. пузырь при сильныхъ боляхъ опустился почти до половой щели и былъ вскрытъ при зѣвѣ открытомъ на $4^1/_2$ пальца, послѣ чего зѣвъ спался, головка же осталась подвижной надъ входомъ таза въ переднемъ видѣ втораго затылочнаго положенія. Головка очень объемиста, кости ея плотны, швы и роднички имѣютъ нормальную ширину этихъ частей у доношеннаго плода. Боли сильны и часты.

7 час. вечера. Предлежащая часть вколочена во входѣ; незначительный caput succedaneum. Боли часты и сильны, съ потужнымъ характеромъ. Сердцебіеніе плода слышно хорошо. Назначена ванна (28° R) и клизма съ t ra opii simpl. 9 gtt XV. 10 ч. 30 м. вечера. Головная опухоль

больше. Края зѣва отечны; предлежащая часть въ томъ же положеніи Боли сильны, съ прежнимъ характеромъ. Незначительно выраженный constrictionsring. Назначена клизма съ Chloralhydrat'омъ и повторныя клизмы съ tra opii по 10 капель.

9¾ час. утра. Отекъ зѣва и головная опухоль увеличились. Предлежащая часть въ томъ же видѣ и положеніи. Caput succedaneum значительно увеличилась. T° нормальна. Сердцебіеніе плода правильно, по прежнему 128 въ минуту, но слышно глуше. Кольцо сокращенія выражено рѣзко. Боли по прежнему часты, съ рѣзкимъ спазматическимъ характеромъ. Въ 10 ч. 5 м. утра наложены подъ хлороформомъ щипцы Брейса въ поперечномъ размѣрѣ таза. Сдѣлано 6 сильныхъ тракцій безъ малѣйшаго поступательнаго движенія головки, послѣ чего щипцы сняты.

Въ виду отсутствія какого бы ни было поступательнаго движенія, предлежащей части, все болѣе и болѣе рѣзко выражающейся ретракціи мускулатуры матки (кольцо сокращенія, передвинувшись выше и находясь на 2½—3 п. ниже пупка, обозначается все рѣзче и рѣзче), а равно также заглушенія сердцебіенія плода, стало яснымъ что роды неуменьшеннаго въ объемѣ плода въ данномъ случаѣ совершиться не могутъ, а потому въ 1 ч. 30 м. дня, т. е. черезъ 41 часъ съ начала родовъ и 32 ч. съ отхода водъ приступлено къ операціи кесарскаго сѣченія.

Послѣ произведенной, по принятому въ клиникѣ способу, дезинфекціи живота, сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ, длиною въ 18 сант., по linea alba. Положеніе разрѣза было таково, что одна половина его длины приходилась надъ пупкомъ, а другая ниже пупка, причемъ нижній уголъ разрѣза оканчивался почти на ширину 4 поперечныхъ пальцевъ (6 сант. надъ лобкомъ). Это отклоненіе отъ обычнаго при всякомъ другомъ чревосѣченіи положенія разрѣза брюшныхъ стѣнокъ обусловливалось тѣмъ, что вслѣдствіе ретракціи мускулатуры матки и вслѣдствіе значительнаго растяженія нижняго сегмента ея, мочевой пузырь и передняя дугласова складка стояли выше обыкновеннаго.

По вскрытіи полости брюшины, введенною въ нее рукою было опредѣлено положеніе угловъ матки (мѣсто отхожденія отъ нея фаллопіевыхъ трубъ), чтобы начать разрѣзъ нѣсколько выше ихъ уровня. Лишь только стѣнка матки широкимъ взмахомъ была разрѣзана (16 сант.), какъ изъ разрѣза показался участокъ плаценты, она также однимъ широкимъ взмахомъ бистури была разсѣчена, причемъ оказалось, что разрѣзъ прошелъ какъ разъ рядомъ съ мѣстомъ прикрѣпленія пуповины. Такъ какъ все это время ассистентъ плотно прижималъ края брюшной раны къ поверхности матки, то этимъ вполнѣ было предупреждено попаданіе въ полость брюшины околоплодной жидкости, истеченіе которой наступило въ этотъ моментъ.

Быстро введенною вслѣдъ за этимъ рукою были захвачены ножки плода, который безъ труда и былъ извлеченъ наружу. Онъ былъ въ глубокой асфиксіи. Послѣ перерѣзки пуповины, ребенокъ былъ переданъ въ руки одного изъ врачей, который напередъ уже принялъ на себя всѣ заботы по оживленію его. По извлеченіи плода, матка тотчасъ же сократилась и кровотеченіе значительно уменьшилось. Выпятившаяся въ разрѣзъ плацента, при легкомъ потягиваніи за нее, вскорѣ была удалена вмѣстѣ съ оболочками. Матка вслѣдъ затѣмъ извлечена наружу, а на мѣсто ея въ брюшную полость введена широкая плоская губка для предупрежденія выпаденія кишекъ.

На нижній сегментъ матки наложена провизорная эластическая лигатура, которая окончательно остановила кровотеченіе изъ разрѣза стѣнокъ ея. Сшиваніе краевъ маточной раны произведено было по принципу этажнаго шва, введеннаго Schroeder'омъ и употребляемаго при надвлагалищной ампутаціи тѣла матки. Нѣкоторое видоизмѣненіе состояло только въ томъ, что для субперитонеальнаго и перитонеальнаго соединенія краевъ маточной раны былъ примѣненъ непрерывный шовъ изъ кэтгута, обработанный въ ol. juniperi. Вся эта процедура по порядку состояла въ слѣдующемъ: безъ резекціи muscularis и безъ отпрепаровыванія серознаго покрова на края разрѣза былъ наложенъ глубокій рядъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, не проникавшихъ въ полость матки. Вслѣдъ за этимъ, послѣ тщательной дезинфекціи послѣдней, швы эти завязаны и коротко обрѣзаны въ глубинѣ раны. Этотъ рядъ швовъ можетъ быть названъ мышечно-субдецидуальнымъ въ отличіе отъ слѣдующаго, который, близко подходя къ серозному покрову матки, можетъ быть названъ мышечно-субсерознымъ.

Швы и въ этомъ ряду лежали исключительно въ мышечномъ слоѣ, нигдѣ не проникая черезъ серозный покровъ матки. При затягиваніи этого ряда швовъ, края раны такъ прилаживались другъ къ другу, что нигдѣ не получалось выворота ихъ наружу. Наоборотъ, серозный покровъ ихъ слегка завертывался внутрь. Въ нижнемъ углу маточной раны, переходившей здѣсь сант. на 2½ въ область истонченнаго нижняго сегмента матки, края ея были на столько тонки, что подсерозно-мышечный рядъ швовъ переходилъ здѣсь въ поверхностный серозный, откуда онъ и продолжался на всю остальную рану до самаго верхняго угла. Такимъ образомъ, нижній уголъ раны былъ закрытъ двухъ-этажнымъ швомъ, тогда какъ остальная ея часть зашита въ 3 этажа.

Поверхностный или серозный непрерывный шовъ, наложенъ былъ такимъ образомъ, что разстояніе между сосѣдними турами его было не болѣе 4—5 mm. Кровоостанавливающій эффектъ наложенныхъ такимъ образомъ швовъ былъ настолько полонъ, что, по удаленіи провизорной лигатуры, не выступило ни одной капли крови на серозную поверхность матки, которая сократилась очень хорошо.

Закрытіе брюшной раны и повязка сдѣланы, какъ при всякой лапаротоміи. Подъ кожу былъ вспрыснутъ тотчасъ послѣ операціи шприцъ Верниховскаго эрготина. Къ этому времени ребенокъ совершенно оправился уже отъ асфиксіи и хорошо кричалъ. Вѣсъ и размѣры его слѣдующіе: мальчикъ 3750 grm. вѣсомъ, длиною 50 ctm. Размѣры головки: прямой=13 ctm., большой косой=15, малой косой=11, большой поперечный=10,5, малый поперечный=7, вертикальный=10. Прямая окружность головки=39 ctm., косая=42, вертикальная=33. Плечики: окружность=40, поперечный діаметръ=15. Ягодицы окружность=33, поперечный діаметръ=10,5

Наибольшій передне-задній размѣръ грудной клѣтки=9 ctm. Значительной величины родовая опухоль.

Соотвѣтственно положенію ложекъ щипцовъ находятся поверхностныя ссадины и экхимозы на затылочной части головки и верхней губѣ.

Послѣдъ вѣсилъ 560 grm., размѣры плянцеты $^{20}/_{21}$, прикрѣпленіе пуповины центральное. Операціоннымъ разрѣзомъ плянцета раздѣлена была на двѣ, почти равныя, половины, такъ что въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ такъ называемой placenta praevia centralis caesarea. Послѣопераціонное выздоровленіе паціентки прошло такъ гладко, что оно весьма мало отличалось отъ нормальнаго послѣродоваго періода. Только на 2 и 6 день вечеромъ набдюдалось повышеніе t^0 до 38,6 (наивысшая t^0); въ остальные же дни она колебалась въ предѣлахъ отъ 37,2 до 38,3, пока, наконецъ, къ 12 дню не упала до нормы.

Пульсъ за все время ни разу не учащался больше 108 ударовъ въ минуту. Мало безпокоилъ оперированную даже обычный въ послѣродомъ періодѣ метеоризмъ; впрочемъ, въ первые дни ей дѣлали клизмы cum. ol. terebenthinae. Что касается послѣродовыхъ очищеній, то въ первые дни кровянистое очищеніе (lochia cruenta) было довольно обильное и дало 2—3 большихъ сгустка, обусловившихъ довольно продолжительныя и болѣзненныя сокращенія матки. На 11 день сняты были швы съ брюшной раны, а на 21 день оперированной позволено ходить. Произведенное около того времени изслѣдованіе показало, что матка стоитъ высоко и срощена съ передней брюшной стѣнкой. Обратное развитіе ея нѣсколько задержано. Не смотря на перитонеальныя сокращенія, оперированная не испытываетъ въ животѣ при ходьбѣ никакихъ болей. Назначено pulv. sec. corn. gr. jjj по 2 порошка въ день. Къ 3 дню обратное развитіе матки подвинулось значительно впередъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ, она опустилась ниже. На 5 недѣлѣ послѣ операціи пришли регулы, сопровождавшіеся легкими болями въ животѣ, продолжались около 6—7 дней и окончились благополучно.

Черезъ 6 недѣль послѣ операціи—22 ноября 1886 года больная выписалась здоровою.

№ 2.

Въ 12 ч. 15 м. ночи, 26 января 1887 г. въ акушерскую клинику поступила роженица, мѣщанка А. И., 34 лѣтъ, I рага, блондинка, малаго роста (138 ctm.), слабаго тѣлосложенія и плохаго питанія, слизистыя оболочки блѣдны; скелетъ, не представляетъ видимыхъ неправильностей. Первая менструація появилась на 16 году и приняла 3-хъ дневный типъ съ 4-хъ недѣльнымъ промежуткомъ. Послѣднія регулы были 14 апрѣля 1886 г Родовыя боли появились приблизительно за 14 часовъ до поступленія въ клинику. Размѣры живота: окружность на уровнѣ пупка—87 ctm.; выше—88 ctm., ниже—87 ctm., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—37 ctm. Высота дна матки надъ лобкомъ—30 ctm., надъ пупкомъ—13 ctm.

Размѣры таза: окружность—78 ctm., D. tr.—27 ctm. D. Cr.—24 ctm. D. Sr.—21 ctm., Conj. ext.—15,5 ctm., Conj, diag.—10 ctm., vera—8 ctm.

На основаніи этого измѣренія былъ поставленъ діагнозъ общесъуженнаго плоскаго таза. Изслѣдованіе роженицы при ея поступленіи въ клинику дало слѣдующіе результаты: надъ входомъ таза опредѣляется подвижно стоящая головка плода, вправо и вверху мелкія части. Сердцебіеніе выслушивается ниже пупка почти одинаково ясно съ той и другой стороны. Родовыя боли часты и сильны; t^0—37° п. 76 Шейка сглажена, края ея тонки. Зѣвъ открытъ на $1^1/_2$ пальца. Пузырь цѣлъ, напряженъ. При сильныхъ болях и зѣвѣ открытомъ на 4 пальца отошли воды въ 4 ч. 5 м. ночи, послѣ чего зѣвъ спался до $2^1/_2$ пальцевъ и головка осталась подвижной надъ входомъ таза со стрѣловиднымъ швомъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ и большимъ родничкомъ у лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія. Малый родничекъ недостижимъ. Стрѣловидный шовъ приближенъ въ promontorium'y, причемъ въ проводной оси таза находится лѣвая темянная кость—второе темянное положеніе съ Негелевскимъ наклоненіемъ. Боли, постепенно усиливаясь, приняли спазматическій характеръ. Назначены: теплая ванна, опій въ клизмѣ. Въ 11 ч. утра сердцебіеніе плода выслушивается съ обѣихъ сторонъ, рѣзче справа на уровнѣ и ниже пупка, неправильное, матка плотна съ рѣзкимъ перехватомъ въ области пупочной линіи.

Внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ хлороформомъ, дало слѣдующіе резутьтаты: зѣвъ на $4^1/_2$ п. Головка надъ входомъ, стрѣловидный шовъ по прежнему въ лѣвомъ косомъ, большой родничекъ влѣво и кзади, малый впередъ и вправо, высоко надъ l. innominata. На лѣвой темянной кости большая родовая опухоль. Выливающаяся околоплодная жидкость содержитъ очень значительную примѣсь meconium'a.

Изслѣдованіе, произведенное въ 1 ч. 30 м. дня, дало тѣ же результаты. Caput succedaneum, выраженъ рѣзче. Meconium выдѣляется по прежнему. Сердцебіеніе плода рѣже. Перехватъ матки выраженъ сильнѣе. Схватки съ рѣзкимъ спазматическимъ характеромъ. Замѣчается упадокъ силъ роженицы. Въ 1 ч. 50 м. дня приступлено къ операціи кесарскаго сѣченія, спустя приблизительно 30 ч. съ начала болей и $9^3/_4$ часа послѣ отхожденія водъ, съ поступленія же роженицы въ клинику прошло 13 ч. 35 м. Разрѣзъ по l. alba длиною въ 21 ctm., причемъ $^1/_2$ его длины пришлась надъ пупкомъ, а остальныя $^2/_3$ ниже пупка, не доходя на 4 поперечныхъ пальца до симфизы. Показавшіяся въ верхнемъ углу раны, петли кишекъ вправлены въ брюшную полость и удержаны введенною въ нее плоскою губкою. Въ то время какъ края брюшной раны были ассистентомъ плотно прижаты къ маткѣ, послѣдняя вскрыта однимъ разрѣзомъ бистури, проведеннымъ отъ дна матки къ шейкѣ ея, длиною около 18 ctm. Довольно сильное кровотеченіе. Въ разрѣзѣ появилась спинка плода, который немедленно былъ извлеченъ за ножки, причемъ тѣло его оказалось покрытымъ густымъ слоемъ meconii. Ребенокъ не представлялъ однако явленій асфиксіи и вскорѣ громко закричалъ, будучи переданъ послѣ перерѣзки пуповины на руки акушерки. По опорожненіи содержимаго матка спалась, но нисколько не сократилась, оставаясь вялою до самаго конца

операціи, несмотря на настойчивое механическое раздраженіе и на вприскиванія подъ кожу эргатина Wernich'a въ количествѣ 1½ грана. Сдѣлано ручное отдѣленіе и выдѣленіе послѣда, который прикрѣплялся къ задней стѣнкѣ матки и у дна ея. Довольно сильное кровотеченіе остановлено наложеніемъ эластическаго жгута на нижній отрѣзокъ матки, причемъ первый обхватывалъ послѣдній 2-мя круговыми ходами, закрѣпленными крѣпкимъ Hegar'овскимъ пинцетомъ.

Внутренняя поверхность матки, принявшая отъ обильнаго количества mecopii сѣрозеленоватый цвѣтъ, промыта 2% растворомъ карболовой кислоты, послѣ чего приступлено къ наложенію швовъ на матку, причемъ послѣдняя у дна и съ боковъ была прикрыта теплыми губками для защиты отъ охлажденія. Сшиваніе раны матки произведено наложеніемъ швовъ въ 3 этажа, при этомъ нижняя ¼ раны зашита только однимъ рядомъ въ три шелковыхъ узловатыхъшва, захватывающихъ мышечную стѣнку и peritoneum, такъ какъ она находилась въ области крайне тонкостѣннаго, растянутаго сегмента матки. Первый внутренній или мышечно-субдецидуальный этажъ состоялъ изъ ряда въ 15 шелковыхъ, сулемованныхъ (№ 10) узловатыхъ швовъ, причемъ каждый изъ нихъ проводился такимъ образомъ, что игла вкалывалась на серединѣ мышечнаго слоя одной стороны разрѣза и выкалывалась какъ разъ надъ слизистой оболочкой внутренней поверхности матки; переходя на другую сторону разрѣза, игла вводилась соотвѣтственно послѣдней точкѣ, выводилась же соотвѣтственно первой.

Послѣ проведенія вышеупомянутыхъ швовъ полость матки была промыта 5% карболовымъ растворомъ и швы затянуты. Слѣдующіе 2 ряда швовъ наложены изъ кэтгута (№ 4, обработаннаго въ ol. juniperi) по методу непрерывнаго шва. Внутренній изъ нихъ, мышечно-субсерозный проведенъ такимъ образомъ, что игла вкалывалась на одной сторонѣ также подъ слоемъ peritonei и выводилась въ серединѣ мышечнаго слоя матки, на другой же сторонѣ мѣста вкола соотвѣтствовало послѣднему пункту, а выкола—первому. При наложеніи этого ряда швовъ наблюдалось, чтобы мѣсто вкола и выкола приходилось въ серединѣ разстоянія между швами глубже лежащаго—нижняго этажа. Поверхъ втораго этажа наложенъ 3 рядъ швовъ собственно перитонеальныхъ, тоже непрерывный изъ кэтгута, идя отъ нижняго угла раны кверху (обратно предшествовавшему).

Послѣ этого жгутъ былъ снятъ и наложены три вышеупомянутыхъ шелковыхъ шва на нижній уголъ раны. Кровотеченія изъ раны нѣтъ. Матка, по прежнему вялая, опущена въ полость брюшины и наложено 18 шелковыхъ (сулемованныхъ № 12 швовъ на брюшную рану).

Тотчасъ по окончаніи операціи, продолжавшейся 1 час. 10 мин. замѣчено сильное кровотеченіе изъ влагалища. Такъ какъ причина его, очевидно, лежала въ полной атоніи матки, то для остановки его въ цервикальный каналъ былъ введенъ аппаратъ Heitzmann'a съ циркулировавшею въ 40° (R.) водою. Такимъ образомъ удалось остановить кровотеченіе. Послѣ наложенія обычной антисептической повязки, укрѣпленной слоями крахмальнаго бинта, больная перевезена въ палату

Извлеченная дѣвочка вѣситъ 2900 grm., длина 44 ctm., окружность головки прямая—32, косая—37, вертикальная—31, размѣръ головки: прямой—10, большой косой—13, малый косой—10, большой поперечный—9, малый поперечный—6, вертикальный—8; окружность плечиковъ—34½, размѣръ ихъ 13½; окружность ягодицъ—29, размѣръ ихъ—9ctm. Значительная головная опухоль на лѣвой теменной кости и сильно выраженная конфигурація головки. Послѣдъ вѣситъ 550 grm; размѣры его 17—13. Пуповина, длиною 46 ctm., прикрѣплялась близъ края placentae. Состояніе оперированной въ первые дни послѣ операціи было довольно удовлетворительное. Болѣе всего безпокоили родильницу боли въ животѣ и метеоризмъ, затруднявшій дыханіе, въ силу чего крахмальная повязка была разрѣзана; кромѣ того была незначительная рвота. Температура хотя и была повышена съ перваго дня послѣ операціи, но пульсъ держался при этомъ на не очень высокихъ цифрахъ.

Подъ конецъ же третьихъ сутокъ и особенно 4 сутки больная начала кашлять и вмѣстѣ съ этимъ жаловаться на боли въ правой сторонѣ груди. На 5 день объективно была констатирована крупозная пнеймонія, занявшая значительную часть праваго легкаго, причемъ проф. А. И. Лебедевымъ было высказано предположеніе объ эмболіи, какъ этіологическомъ моментѣ данной пнеймоніи. Больная сильно кашляла и выдѣляла большое количество густой, тягучей сѣрой мокроты, съ примѣсью крови.

Назначена была соотвѣтственная терапія. Пнеймонія съ рѣзкими колебаніями температуры продолжалась двѣ недѣли и сильно истощила больную. На 14 день послѣдовало паденіе температуры, что совпало и съ объективными явленіями разрѣшенія пнеймоніи. Мѣстный процессъ протекъ безъ осложненій, хотя инволюція матки шла медленно, не смотря на примѣнявшееся въ первые дни послѣродоваго періода впрыскиваніе эрготина Wernich'a. На 12 день сняты швы—prima intentio. На 5 недѣлѣ послѣ родовъ больная стала вставать. Черезъ 11 недѣль появились весьма скудныя крови, сопровождавшіяся незначительною болью въ поясницѣ и продолжавшіяся три дня.

При выпискѣ больной, т. е. черезъ 12 недѣль послѣ операціи, матка была инвольвирована удовлетворительно, наклонена впередъ и нѣсколько фиксирована въ этомъ положеніи.

№ 3.

П. Л. поступила въ V баракъ Рождественской городской больницы 20 февраля 1889 года. Крестьянка, 23 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, уроженка Ярославской губерніи, по занятію—горничная. Первые регулы явились на 17 году, приходили черезъ 4 недѣли, продолжаясь по 3 дня, въ маломъ количествѣ. Беременна 2 разъ. Первые роды 4 года тому назадъ, тянулись 5 дней и были окончены щипцами (мертвый ребенокъ) въ этой-же больницѣ. Послѣ родовъ осталась пузырно-влагалищная фистула, изъ за которой она пролежала 5 мѣсяцевъ и выписалась вполнѣ поправившись. Въ дѣтствѣ страдала рахитомъ. Послѣдніе регулы въ маѣ 1888 года. Первое движеніе плода не помнитъ. Недѣли двѣ до родовъ на-

чались поносы, явилась потеря аппетита, сильнѣйшій кашель съ мокротой, по временамъ лихорадка.

Въ настоящее время: Icterus et bronchitis—t° 37,7, пульсъ 76, дыханіе 20. Ростъ 1 метръ 43 с. Тѣлосложеніе среднее. Окружность живота 96 с. Наклоненіе дна матки влѣво. Разстояніе отъ пупка до лобка 17 с., отъ лобка до мечевиднаго отростка 37 с. Измѣреніе таза: d. tr 30, d. Cr. 26,5 с., d. sp. 25 с. conjug. ext., 17,5 с., conjug. diag. 9,5 conjug. vera—8 сантиметровъ. Положеніе плода первое затылочное, сердцебіеніе слѣва, ниже пупка. Шейка матки сглажена, пузырь хорошо наливается, зѣвъ открытъ вполнѣ. Боли начались въ 2 ч. утра 20 февраля 1889 г., воды отошли въ 10 час. утра 20 февраля, сердцебіеніе дѣлается рѣже и глуше; головка стоитъ неподвижно въ Негелевскомъ наклоненіи. Наложены щипцы Лазаревича, затѣмъ Simpson'овскіе, но безъ успѣха, головка осталась неподвижной, несмотря на энергическія тракціи и сильныя схватки. Въ 6½ часовъ вечера 20 февраля произведено кесарское сѣченіе. Послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота, сдѣланъ разрѣзъ по l. alba, длиной 20 ctm., пупокъ обойденъ влѣво. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. Между этой послѣдней и брюшной стѣнкой положены двѣ губки и брюшныя стѣнки плотно прижаты къ маткѣ. Плодъ извлеченъ за ножки въ глубокой асфиксіи. Матка быстро сократилась; на шейку матки наложенъ эластическій жгутъ. Послѣдъ, сидѣвшій на задней стѣнкѣ матки, удаленъ. Полость ея промыта 5% растворомъ карболовой кислоты. Кровотеченія почти не было. Рана матки зашита 15 шелковыми швами, которыми захваченъ мышечный слой. Peritoneum и часть мышечной ткани соединены непрерывнымъ кэтгутомъ; въ верхнемъ углу маточной раны кэтгутъ наложенъ въ 2 этажа, вслѣдствіе толщины стѣнки въ этомъ мѣстѣ. Жгутъ снятъ. Брюшная рана зашита 26 шелковыми швами и наложена обычная повязка.

Больная переведена въ палату. Въ бедро вспрыснутъ эрготинъ. Больная все время субъективно чувствовала себя хорошо, жаловалась только на кашель и боли въ животѣ. Температура въ продолженіи 8 дней лихорадочная (38°—39,7°) Bronchitis et icterus. На 8 день первое послабленіе. Послѣ этого стойкое пониженіе температуры. Швы сняты на 10 день,—1 натяженіе. Icterus исчезъ. Отдѣленія изъ матки все время въ умѣренномъ количествѣ. Инволюція матки шла вполнѣ удовлетворительно. Съ 15 по 22 довольно обильные регулы. Выписалась здоровой съ ребенкомъ на 62 день послѣ операціи. Въ первые 10 дней давали pulv. secal. comm. gr. V два раза въ день. Плодъ—дѣвочка, извлеченный въ асфиксіи былъ приведенъ къ жизни. Вѣсъ 2,900 грам. Дл. 48 ctm. Размѣры головки: прямой 12, Б. косой 14, М. косой 1 octm. Окружность головки 36—34 ctm. Размѣръ плечиковъ 11 с. Размѣръ ягодицъ 9 ctm. Послѣда вѣсъ 560 grm. Околоплодныхъ водъ много.

№ 4.

Е. Р. поступила въ клинику 22 октября 1889 г. Крестьянка, 19 лѣтъ, беременна въ первый разъ, ростъ ея 144 сант., хорошаго тѣлосложенія и питанія, послѣдніе регулы были 2 февраля, времени перваго движенія плода не помнитъ; продолжительность беременности около 9 мѣсяцевъ. Боли начались въ 5 ч. дня 19 октября, воды прошли 20 октября въ 5 часовъ 30 минутъ утра.

Изслѣдованіе при поступленіи въ клинику: окружность живота 97 с.; размѣры таза: sp. il. 24, cr. il. 25, c. d. troch. 26½, conjugat. ext. 15½, conjug. diagonal. 8, conjug. vera 6,25 сантиметровъ, абсолютно съуженный тазъ. Надъ входомъ въ тазъ подвижная головка плода, сердцебіеніе его ясно слѣва ниже пупка 138 уд. въ одну минуту, родовые боли тетаническаго характера; на 3 пальца выше пупка опредѣляется ясное кольцо сокращенія, t° 37,3°, пульсъ 98 уд., дыханіе 34. Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 3 пальца, вслѣдствіе развитой головной опухоли ріентированіе относительно родничковъ было затруднительно. Въ виду абсолютнаго съуженія таза приступлено къ кесарскому сѣченію по способу Sänger'a. Послѣ обычной дезинфекціи покрововъ живота, произведенъ разрѣзъ по бѣлой линіи, начиная на 4 пальца выше пупка и доводя на 4 стм. ниже пупка. По вскрытіи брюшины показалось тѣло матки въ видѣ синевато-краснаго гладкаго шара. Быстро затѣмъ разсѣчена передняя стѣнка матки на протяженіи 15 сант., въ нижнемъ углу раны показалась лѣвая ручка плода. Младенецъ былъ тотчасъ же извлеченъ за вышележащую лѣвую ножку, пуповина перевязана и отрѣзана. Дѣтское мѣсто, прикрѣпленное у дна матки, на задней стѣнкѣ, отдѣлено, полость матки обеззаражена 5% растворомъ карболовой кислоты. Матка хорошо сократилась, на нижній отдѣлъ ея наложенъ эластическій жгутъ, остановившій кровотеченіе. Рана матки зашита по способу проф. Лебедева, въ глубинѣ матки наложено 17 шелковыхъ узловатыхъ швовъ. На фаллопіеву трубу съ каждой стороны положено по двѣ лигатуры, между которыми труба перерѣзана, брюшная рана зашита 25 шелков. швами, наложена обычная повязка. Послѣ операціи незначительное кровотеченіе изъ влагалища. До десятаго дня t° давала лихорадочныя повышенія съ знобами. На десятый день сняты швы,—первое натяженіе раны. Съ этого дня теченіе правильное, родильница быстро оправилась и выписалась вполнѣ здоровой. Ребенокъ былъ извлеченъ въ глубокой асфиксіи и несмотря на всѣ принятыя мѣры, его не удалось оживить.

Плодъ—дѣвочка 2556 грам., длина 47 сант. Размѣры головки 11½, 13½, 9½, 9,8 сант. Особенность этого случая операціи: для того, чтобы не было снова беременности—это перевязки фаллопіевыхъ трубъ и ихъ перерѣзки (Sterilisatio artificialis способъ проф. А. И. Лебедева).

№ 5.

М. Ш. [1]) крестьянка поступила въ клинику 9 декабря 1889 года. Беременна въ первый разъ, 21 года, средняго роста, съ удовлетворительнымъ тѣлосложеніемъ и питаніемъ. Продолжительность беременности девять мѣсяцевъ; родовыя боли начались 9 декабря въ 1 часъ ночи, воды прошли 9 декабря въ 10 часовъ утра. При поступленіи въ клинику (въ 10 час. 30 мин. вечера) произведенное изслѣдованіе показало: окружность живота 96 с. Размѣры таза: sp. il. 22½ сант., cr. il. 24 сант., d. troch. 28 сант., conjugat. ext. 16½ сант., conjugat. vera 10,—общесъуженный тазъ. Сердцебіеніе плода слышится ясно слѣва ниже пупка 138 ударовъ въ минуту, положеніе плода продольное, надъ входомъ въ тазъ опредѣляется большая, подвижная головка. Родовыя боли частыя и сильныя; t° 37,1 пульсъ 88, дыханіе 36. Зѣвъ открытъ на 1½ пальца, воды отошли, надъ входомъ въ тазъ твердая подвижная головка со стрѣловиднымъ швомъ въ правомъ косомъ размѣрѣ, малый родничекъ обращенъ впередъ и влѣво, большой не достигается. До 6 час. вечера слѣдующаго дня зѣвъ раскрылся на 2½ пальца, головная опухоль достигла значительныхъ размѣровъ, головка осталась подвижной, боли были все время достаточной силы. На уровнѣ пупка обозначается кольцо сокращенія, сердцебіеніе плода сдѣлалось глуше, нѣсколько участилось, затѣмъ опять упало въ числѣ. Общее состояніе матери—хорошее. Имѣя въ виду, что черезъ 41 часъ, при болѣхъ достаточной силы, головка оставалась все-таки подвижной и со стороны плода явились настоятельныя показанія къ скорѣйшему окончанію родовъ,—было приступлено въ 6 час. 43 минуты вечера 10 декабря къ кесарскому сѣченію, такъ какъ удовлетворительное общее состояніе матери дѣлало благопріятнымъ предсказаніе. Вслѣдствіе малаго открытія зѣва и подвижности головки не было возможности наложить щипцы.

Послѣ обычной дезинфекціи наружныхъ покрововъ живота, проведенъ разрѣзъ по бѣлой линіи длиной въ 19 сант., матка была вскрыта однимъ разрѣзомъ въ 16 сант. длины; извлеченный ребенокъ не представлялъ явленій асфиксіи. Послѣдъ оказался прикрѣпленнымъ на задней стѣнкѣ матки у ея дна; по его удаленіи на нижній отдѣлъ матки наложенъ эластическій жгутъ, остановившій кровотеченіе.

Полость матки дезинфецирована 5% растворомъ карболовой кислоты. Рана матки закрыта швомъ проф. А. И. Лебедева,—шелковыхъ швовъ наложено 16; на брюшныя стѣнки наложено 27 шелковыхъ, узловатыхъ швовъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій протекло при нормальной t° и пульсѣ, кровотеченіе изъ влагалища вскорѣ послѣ операціи было незначительно, рвота въ первые три дня являлась изрѣдка. 19 декабря

[1]) Случай этотъ описанъ въ дисс. д-ра Новицкаго „Способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ.

сняты швы—вездѣ первое натяженіе. Оперированная выписалась изъ клиники на 52 день, 30 января.

Ребенокъ мужскаго пола живой, вѣсъ его 3250 грм. длина 50 сант., размѣры головки: прямой 11½, б. косой 14½, м. косой 10, б. поперечникъ 9, м. попер. 7 сант.

Резюмируя все вышесказанное, мы видимъ, что изъ 200 чревосѣченій:

1)	Овaріотомія произведена	69 разъ.
2)	Удаленіе кистъ широкихъ связокъ. .	30 „
3)	Изсѣченіе фаллопіевыхъ трубъ . . .	35 „
4)	Міомотомія	22 „
5)	Оскопленіе	31 „
6)	Ventrofixatio	2 „
7)	Экстирпація матки по сочетанному способу	1 „
8)	Удаленіе селезенки.	1 „
9)	Операція при внѣматочной беременности	3 „
10)	Кесарское сѣченіе.	6 „
		200 „

Изъ всего числа больныхъ умерло послѣ операціи 7:—4 послѣ міомотоміи и 3 больныхъ послѣ удаленія кистъ широкихъ связокъ. Изъ четырехъ первыхъ больныхъ только у трехъ смерть можно поставить въ зависимость отъ операціи, а именно: одна больная умерла отъ пюка, другая отъ послѣдовательнаго внутрибрюшнаго кровотеченія, третья—отъ септическаго перитонита; четвертая-же больная погибла отъ случайно присоединившейся причины—отъ крупознаго воспаленія легкихъ, что было констатировано до операціи и подтверждено при вскрытіи проф. Виноградовымъ.

Изъ трехъ больныхъ, умершихъ послѣ удаленія кистъ широкихъ связокъ, только одна больная умерла непосредственно отъ операціи (ущемленіе кишекъ), у двухъ-же другихъ летальный исходъ не зависѣлъ отъ операціи, такъ: одна умерла на 77 день послѣ операціи отъ хроническаго перитонита, констатированнаго еще до операціи, у другой больной, умершей на 6 сутки, при вскрытіи было найдено гнѣздное размягченіе на днѣ четвертаго желудочка. Одно изъ гнѣздъ представляло слѣдъ отъ бывшаго когда-то и уже теперь закончившагося процесса размягченія. Отъ чего бы это размягченіе не произошло, его все-же трудно поставить въ связь съ операціей. Такимъ образомъ на 200 чревосѣченій можно считать четыре смертельныхъ исхода или 2% смертности.

Число смертныхъ случаевъ одинаково распредѣляется, какъ на первую, такъ и на вторую сотню чревосѣченій.

Этотъ процентъ смертности при второй сотнѣ можно считать большимъ успѣхомъ сравнительно съ первой сотней, такъ-какъ случаи, входящіе во вторую сотню, были несомнѣнно труднѣе и опаснѣе для жизни больныхъ. Въ общемъ такой исходъ чревосѣченій можно считать идеальнымъ. Чѣмъ объясняются такіе хорошіе результаты? Нѣкоторые авторы, цитируя проф. Лебедева (краткій отчетъ о 100 чревосѣченіяхъ. „Еженедѣльная клиническая газета“ 1889 г. № 21 и 22), объясняютъ это легкостью случаевъ, большимъ количествомъ удаленныхъ придатковъ матки. По моему мнѣнію, это объясненіе, по меньшей мѣрѣ, несправедливо, такъ-какъ хронически-воспаленные придатки, сросшіеся, въ большинствѣ случаевъ, весьма плотными многочисленными ложными перепонками съ сосѣдними частями, могутъ представить громадныя техническія трудности и удаленіе ихъ можетъ быть связано съ опаснымъ раненіемъ сосѣднихъ органовъ: мочеваго пузыря и прямой кишки; объясняется же это также не простымъ подборомъ случаевъ, а 1) строго выработанной діагностикой, 2) оперативной техникой, 3) быстротой операціи и 4) тщательнымъ проведеніемъ антисептики.

Въ заключеніе я позволю себѣ представить нижеслѣдующую таблицу чревосѣченій, произведенныхъ попреимуществу русскими операторами, что-бы имѣть представленіе о тѣхъ успѣхахъ, какихъ достигли, какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей.

Годъ производства 1 чревосѣченія.	Фамилія операторовъ.	Число чревосѣченій.	% смертности.
1862 г.	Крассовскій [1]) . .	194	37,1%
1864 „	Склифассовскій [2]) .	71	23,9 „
1869 „	Лазаревичъ [3]) . . .	31	41,9 „
1872 „	Коссинскій [4]) . . .	45	31,1 „
1876 „	Кузнецкій [5]) . . .	46	19,5 „
1878 „	Сутугинъ [6]) . . .	82	14,6 „
— „	Славянскій [7]) . . .	57	15,8 „
1882 „	Цандеръ [8])	35	14,2 „
1883 „	Рейнъ [9])	310	9,3 „
— „	Оттъ [10])	30	13 „
1884 „	Феноменовъ [11]) . .	290	8 „
— „	Лебедевъ	200	2 „
1885 „	Лѣневичъ [12]) . . .	25	24 „
1889 „	Кашкаровъ [13]) . .	100	9 „
— „	Воскресенскій [14]) . .	20	20 „
1890 „	Вастенъ [15]) . . .	30	3,3 „

Изъ цифръ опубликованныхъ за границей, которыя мы находимъ въ отчетахъ за послѣдніе года, приведемъ нѣкоторыя:

---

[1]) Крассовскій. Матеріалы къ вопросу объ овариотоміи въ Россіи. Дис. Матвѣева 1886 г. Ж. ак. и ж. б. 1887, 1888 и 1891 года.

[2]) Склифассовскій. Цит. по проф. Лебедеву. (Краткій отчетъ о 100 чревосѣченіяхъ. «Еженед. клин. газета» 1889 г.).

[3]) Лазаревичъ Цит. по проф. Лебедеву.

[4]) Коссинскій. ibid.

[5]) Кузнецкій ibid.

[6]) Сутугинъ. Врачъ 88 и 91 года.

[7]) Славянскій. Цит. по проф. Лебедеву и ж. ак. и женск. б. 1889 г.

[8]) Цандеръ. Врачъ 1890 г. № 48.

[9]) Рейнъ. Протоколы засѣданій акушерско-гинеколог. общества въ Кіевѣ т. V 1892 г.

[10]) Оттъ. Врачъ 88 г.

[11]) Феноменовъ. Врачъ 88, 90 и 93 года.

[12]) Лѣневичъ. Хирургическій вѣстникъ 1890 г.

[13]) Кашкаровъ. Клиническія бесѣды о чревосѣченіяхъ при болѣзняхъ женск. полов. органовъ 1893 г.

[14]) Воскресенскій. Протоколы засѣданій акушерскаго гинекол. общества въ Кіевѣ т. VI в. 12.

[15]) Вастенъ. Отчетъ о 30 овріо-сальпинготоміяхъ. Больничная газета Боткина 1892 г.

	Число чревосѣченій.	Процентъ смертности.
L. Tait [16]) 1	1000 . . .	9,2%
„ 1	1000 . . .	5,3%
Thomas Savage [17])	104 . . .	6%
Olshausen [18])	425 . . .	10%
Braun [19])	100 овріот.	13%
Nicoladoni [20])	50 . . .	10%
Taufer [21]) (въ Буда-Пештѣ). . .	295 . . .	17,2%
Adolf Törngren [22]) (Helsingfors) .	50 . . .	10%
Ruggi (Bologna) [23])	100 . . .	9%
Dorhn [24])	100 . . .	4%
Terillon [25]).	200 овар. .	8%
Omori und Jkeda [26])	100 овар. .	5%
Bantock [27])	238 овар. .	8,4%

Заканчивая свой трудъ, считаю для себя священнымъ долгомъ выразить глубокую сердечную благодарность многоуважаемому учителю моему, профессору А. И. Лебедеву какъ за предложеніе заняться обработкой клиническаго матеріала, за его руководство и совѣты по написанію этой работы, такъ равно и за то клиническое образованіе, которое я получаю въ его клиникѣ.

Не могу также не поблагодарить дорогаго друга, ассистента клиники Д. А. Парышева за его сердечное отношеніе и постоянную готовность помочь словомъ и дѣломъ при всѣхъ моихъ клиническихъ занятіяхъ.

---

[16]) L. Tait. Brit. med. journ. Nov. 17, 1888 г.

[17]) Th. Savage. Brit. med. journ. 1885 г. (реф.).

[18]) Olshausen: Zeitshrift für geb. und gynäk. Bd. XX 1890 г.

[19]) Braun: Wiener klinischer Wochenschrift. № 4, 1888 г.

[20]) Nicoladoni—Wiener medicinisch. presse 1887 г.

[21]) Taufer. Centralblatt für gynäkolog. 1890 г.

[22]) Törgren. Centralblatt f. gynäk. № 45, 1891 г.

[23]) Ruggi. Centralblatt f. gynäk. № 17 1891 г.

[24]) Dorhn. Centralblatt f. gynäk № 9, 1890 г.

[25]) Terillon. An. de gynäk et d'obst. T. 34, 1890 г.

[26]) Ommori und Jkeda. Centralblatt № 52, 1892 г.

[27]) Bantock. Brit; sch. gynäek. journ. J ond. 1889 г. (реф.).

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Слѣдуетъ по возможности всегда устанавливать діагностику заболѣванія до вскрытія брюшной полости и избѣгать эксплораторныхъ чревосѣченій.

2) При чревосѣченіяхъ слѣдуетъ обращать главное вниманіе на обеззараживаніе всего того, что приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ операціоннымъ полемъ.

3) Выскабливаніе слизистой оболочки матки при интерстиціальныхъ фибромiомахъ матки, производящихъ сильныя кровотеченія, даетъ не только остановку кровотеченія, часто на довольно продолжительное время, но и ведетъ къ уменьшенію самой опухоли.

4) При retroversio и flexio uteri adhaesiva слѣдуетъ оперативному леченію предпосылать лѣченіе массажемъ.

5) Ammonium sulfo-ichtiolicum съ глицериномъ служитъ не только паліативнымъ болеутоляющимъ средствомъ при сальпингоофоритахъ, но и можетъ совершенно излечить болѣзнь.

6) Было-бы желательно выдавать въ клиникѣ безплатно лекарства амбулаторнымъ больнымъ.

Curriculum vitae.

Всеволодъ Николаевичъ Орловъ, потомственный дворянинъ, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Астрахани въ 1866 году. Въ 1876 году поступилъ въ приготсвительный классъ Астраханской гимназіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1885 году съ серебряной медалью. Въ томъ же году поступилъ на первый курсъ Военно-Медицинской Академіи. Въ 1890 году окончилъ курсъ вторымъ съ награжденіемъ преміей Дѣйствительнаго Статскаго Совѣтника Иванова и занесеніемъ имени на мраморную доску. Постановленіемъ конференціи оставленъ при профессорскомъ институтѣ для дальнѣйшаго усовершенствованія въ наукахъ съ прикомандированіемъ къ Клиническому Военному Госпиталю, безъ содержанія, на основаніи 129 ст. положенія объ И. В. Медицинской Академіи. Съ тѣхъ поръ состоитъ ординаторомъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева. Въ теченіи 1891—92-го учебнаго года завѣдывалъ родильнымъ покоемъ клиники. Докторскіе экзамены окончилъ въ маѣ 1892 года и для полученія степени доктора медицины представляетъ настоящую работу подъ названіемъ: „Клинической отчетъ о 200-хъ чревосѣченіяхъ, пропзведенныхъ профессоромъ А. И. Лебедевымъ, за время съ 31 октября 1884 года по 18 Апрѣля 1892 года“.

Серія докторскихъ диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1899—1900 учеб. году.

123/2

№ 77.

МАТЕРІАЛЫ

къ вопросу о леченіи тампонаціей влагалища хроническихъ воспаленій придатковъ матки.

Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины
А. Э. Карницкаго.

Цензорами диссертаціи по порученію Конференціи были профессоры: *А. И. Лебедевъ*, *Н. А. Вельяминовъ* и приватъ-доцентъ *В. Я. Миллеръ*.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Спб. Т-ва Печ. и Изд. дѣла „Трудъ“ Фонтанка, 86.
1900.